



**Projet d'Appui aux **S**ystèmes de **S**anté des  
**R**egions **M**édicales de **K**aolack et **F**atick (ASSRMKF)**

**RAPPORT ANNUEL 2007**

JANVIER 2008

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Fiche projet</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>situation ACTUELLE EN BREF</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Bilan de la planification des activités</b> .....	<b>7</b>
	3.2. <i>Analyse de la planification des activités</i> .....	11
<b>4</b>	<b>Bilan des finances</b> .....	<b>13</b>
	4.1 <i>Aperçu des dépenses par rapport au planning financier</i> .....	13
	4.1.1. <i>Exécution budget projet</i> .....	13
	4.1.2. <i>Taux de déboursement en 2007 (par ligne budgétaire)</i> .....	16
	4.1.3. <i>Taux de déboursement en 2007 (résumé par résultat)</i> .....	17
	4.2 <i>Analyse du planning financier (2 pages maximum)</i> .....	18
<b>5</b>	<b>Suivi des indicateurs (max. 3 pages)</b> .....	<b>20</b>
	5.1 <i>Objectif spécifique</i> .....	20
	5.2 <i>Résultats</i> .....	20
	5.3 <i>Évolution des indicateurs (graphique)</i> .....	25
<b>6</b>	<b>Appréciation des critères de suivi</b> .....	<b>28</b>
	6.1 <i>Efficiences</i> .....	28
	6.2 <i>Efficacité</i> .....	28
	6.3 <i>Durabilité</i> .....	29
<b>7</b>	<b>Mesures et recommandations (Max. 2 pages)</b> .....	<b>32</b>
	7.1 <i>Synthèse des critères d'appréciation</i> .....	32
	7.2 <i>Recommandations</i> .....	32
<b>8</b>	<b>NouveAU planNING (année n+1) (Max. 4 pages)</b> .....	<b>33</b>
	8.1 <i>Planning des activités de l'année 2008</i> .....	33
	8.2 <i>Planning financier de l'année N+1</i> .....	37
<b>9</b>	<b>Conclusions</b> .....	<b>40</b>
	9.1 <i>Activités et Finances</i> .....	40
	9.2 <i>Critères de suivi</i> .....	40
	9.2.1 <i>Efficiences</i> .....	40
	9.2.2 <i>Efficacité</i> .....	40
	9.2.3 <i>Durabilité</i> .....	40
	9.3 <i>Avis de la SMCL sur les recommandations</i> .....	41
	9.3.1 <i>Recommandations relatives au planning des activités</i> .....	41
	9.3.2 <i>Recommandations relatives au planning financier</i> .....	41

9.3.3	Recommandations relatives au Cadre logique.....	41
9.3.4	Autres recommandations.....	41
<b>10.</b>	<b>Annexes.....</b>	<b>42</b>
10.1	<i>Tracking Gantt view / Activités .....</i>	<i>42</i>
10.2	<i>Aperçu des marchés publics.....</i>	<i>47</i>

## 1 FICHE PROJET

<b>Titre de la prestation</b>	<b>Appui aux systèmes de santé des Régions Médicales de Kaolack et Fatick (ASSRMKF)</b>					
<b>Pays Partenaire</b>	Sénégal					
<b>N° d'intervention DGCD</b>	19727 / 11					
<b>Code Navision CTB</b>	SEN 04 009 01					
<b>Secteur (CODE CAD)</b>	12220: Soins de Santé Primaires					
<b>Institution partenaire</b>	Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale					
<b>Groupes cibles</b>	Régions Médicales et Districts de Santé de Kaolack et Fatick (Population couverte : 1 800 000 habitants)					
<b>Contribution du pays partenaire</b>	2.553.998 EUR					
<b>Contribution belge</b>	9.248.979 EUR (y compris la formulation)					
<b>Contribution totale</b>	11.802.977 EUR					
<b>Durée de l'intervention</b>	48 mois					
<b>Début CS</b>	02/12/2005	<b>Durée CS</b>	66 mois	<b>Fin CS</b>	03/06/2011	<b>Prolong. CS</b>
<b>Démarrage effectif</b>	16/05/2006	<b>Durée projet</b>	48 mois	<b>Fin projet</b>	15/05/2010	
08/02/2006	Notification à la CTB de la CMO signée					
02/02/2006	Signature de la Convention de Mise en Oeuvre					
02/12/2005	Signature de la Convention Spécifique					
30/12/2003	Approbation du DTF par la SMCL					
<b>Objectifs</b>						
<b>Général</b>	L'état de santé de la population des Régions de Kaolack et de Fatick est amélioré					
<b>Intervention</b>	L'accès de la population à des soins de santé de qualité est amélioré					

**Résultats**

Les activités sont structurées autour de six grands axes :

1. l'amélioration de la qualité des soins, avec l'accent sur le renforcement des capacités de gestion des équipes cadres de région et des équipes cadres de district ;
2. le renforcement de la participation communautaire dans les services de santé;
3. la réhabilitation (et construction si jugé nécessaire) de postes de santé et centres de santé ;
4. la mise à disposition d'équipement nécessaire au niveau des postes de santé et centres de santé (radiographie, extension des tests de laboratoires, etc.) Une activité clé sera l'introduction de la chirurgie essentielle au niveau des centres de santé des districts pilotes ;
5. le renforcement du système de référence – contre référence ;
6. l'amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé en appuyant le dialogue entre les services de santé et les mutuelles existantes et aussi en introduisant un système de paiement par épisode ;

## 2 SITUATION ACTUELLE EN BREF

Ce chapitre présente brièvement le contexte du projet. Il détaille les évènements majeurs survenus au cours de l'année 2007 et éventuellement leurs conséquences sur le projet.

### **Principales évolutions dans le secteur et/ou régions du projet**

Le remaniement ministériel intervenu à la suite de l'élection présidentielle de février 2007 n'a pas été sans conséquence sur le projet. En effet, les exigences de passation de services entre les Ministres de la Santé sortant et entrant n'a pu permettre à trois Directeurs nationaux (Directeurs de la Santé, des ressources humaines et des établissements de Santé) d'effectuer le voyage d'étude de l'offre de soins chirurgicaux prévu sur le Maroc dans la cadre du projet.

Le transfert du volet « infrastructures hospitalières » du Ministère de la Santé au Ministère de l'Habitat n'est pas de nature à faciliter la collaboration dans le cadre du suivi du volet Génie civil du projet.

Le redécoupage du territoire national en districts sanitaires avec la création de trois nouveaux districts dans la zone du projet (Ndoffane, Passy et Malem Hodar) a créé de nouveaux besoins et par conséquent, complique la gestion des ressources du projet.

L'aboutissement de la réforme des organes de participation communautaire à l'effort de santé n'ayant pas eu lieu en 2007 comme prévu, l'essentiel des activités du résultat 2 du projet suspendues à cette réforme n'a pu être exécuté

L'instabilité du personnel, particulièrement des Médecins Chef de Régions Adjoints (Médecins BRISE) n'a pas été sans conséquence sur la stabilité des Equipes Cadres Régionales et la disponibilité des interlocuteurs du projet au niveau des régions médicales.

Le manque à gagner lié aux programmes dits « gratuits » diminue la capacité de négociation des mutuelles de santé.

La non exécution de l'étude sur les coûts des soins au niveau national a occasionné un retard important dans la mise en œuvre du volet tarification forfaitaire.

La relance du dialogue entre la chaire de chirurgie et le ministère de la santé ainsi que les difficultés autour de la disponibilité du personnel SOUC au niveau des centres de santé de type II a contribué au développement d'une nouvelle vision de la décentralisation de l'offre de soins chirurgicaux.

### **Changements ou évolutions à l'échelon du projet**

Trois « assistantes junior » se sont jointes à l'équipe du projet. Un assistant au responsable administratif et financier ainsi qu'un technicien en bâtiment (superviseur des travaux de Génie civil) ont été recrutés. Cela a significativement contribué à renforcer les capacités techniques de l'équipe du projet.

Des locaux réhabilités par le Ministère de la santé et de la Prévention à usage de bureaux à Kaolack et Fatick ont été octroyés au projet, améliorant très sensiblement son cadre de travail.

La SMCL de janvier 2007 a pris des décisions importantes ayant donné lieu à :

- (i) l'élargissement de l'intervention du projet dans le secteur de la mutualité,
- (ii) la révision des indicateurs du projet et la reformulation du résultat intermédiaire 2 validées lors d'un comité de pilotage extraordinaire à travers un avenant au DTF,
- (iii) la relance du dialogue entre le MSP et la Chaire de Chirurgie Générale de la Faculté de Médecine de l'UCAD autour de la décentralisation de l'offre de soins chirurgicaux.

Des voyages d'études au Burkina Faso, en Tunisie et au Maroc dans le cadre de l'harmonisation de la compréhension de la notion de « district sanitaire fonctionnel » et de la décentralisation de l'offre de soins chirurgicaux ont été sources d'inspiration pour l'application des leçons tirées dans le contexte sénégalais.

La mission de Bruxelles conduite par le Président du Comité de Direction de la CTB, la participation au séminaire d'été et à celui sur le développement urbain durable à Bruxelles, la participation à l'atelier de partage des expériences de ARMD II et au séminaire de bilan à mi-parcours de FORESA au Bénin en 2007 etc. n'ont été sans effet sur les activités du projet.

### 3 BILAN DE LA PLANIFICATION DES ACTIVITES

#### 3.1. Aperçu des activités

RI 1: La qualité des services est améliorée	BILAN
<b>1.1 Renforcer les capacités managériales de l'ECD</b>	
Appui à la supervision	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui à la coordination	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui au monitoring	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui à la planification	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui au fonctionnement	<input checked="" type="checkbox"/>
Equiperment des bureaux ECD/ECR	<input checked="" type="checkbox"/>
Acquisition voitures de supervision	<input checked="" type="checkbox"/>
Mise en place bibliothèque & abonnements journaux	Non réalisé
Voyages d'études	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>1.2 Mettre en place des systèmes effectifs de gestion de ressources</b>	
Mise en place d'une base de données sanitaires (sous traitance)	<input checked="" type="checkbox"/>
Mise en place d'un système de gestion des ressources (RH/ME/RF) – MP	En cours de réalisation
Recyclage des membres des ECD et ECR en management des districts	Non réalisé
Appuyer la formation/recyclage des dépositaires sur la gestion des ME	Non réalisé
<b>1.3 Assurer des soins de haute qualité</b>	
Evaluation des besoins de formation: Bilan de compétences	Non réalisé
Elaboration d'un plan de formation	Non réalisé
Exécution du plan de formation	Réalisé partiellement
<b>1.4 Organiser des services de haute qualité</b>	
Appui à la réorganisation de l'offre de soins	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui à l'organisation des services de santé	Réalisé partiellement
Rencontre de coordination avec les services technique du MSPM	<input checked="" type="checkbox"/>
Atelier d'introduction des principes de management de la qualité dans les CS des districts pilotes	Non réalisé
<b>1.5 Rationaliser (Protocoles de diagnostic et traitement, RA)</b>	
Elaboration actualisation des ordinogrammes niveau PS	Non réalisé
Elaboration actualisation protocoles thérapeutiques CS (urgences)	<input checked="" type="checkbox"/>
Recherches actions	Réalisé partiellement

<b>RI 2: Le rôle des comités de santé est renforcé</b>	<b>BILAN</b>
<b>2.1 Rendre effectif les comités de gestion</b>	
<b>2.2 Former les membres du comité de gestion et du comité de santé</b>	
Appui à l'organisation de la formation des membres de COSA	Réalisé partiellement
<b>2.3 Associer les comités de gestion à toute la vie des services de santé</b>	
Appui à la micro planification communautaire	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>2.4 Renforcer le dialogue entre les services de santé et la population</b>	
Elaboration Plan de promotion de la santé à base communautaire	<input checked="" type="checkbox"/>
Appuyer la mise en œuvre du plan de communication pour les thèmes prioritaires du projet	<input checked="" type="checkbox"/>
Etude sur la satisfaction/insatisfaction des utilisateurs	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>RI.3. L'infrastructure du système de santé est adéquate</b>	<b>BILAN</b>
<b>3.1 Inventorier les infrastructures de santé</b>	
<b>3.2 Prioriser les travaux à effectuer</b>	
Evaluation technique avec estimation des coûts pour l'amélioration des infrastructures des CS des DP	Non réalisé
<b>3.3 Réhabiliter / construire</b>	
Contrat de Sous traitance volet génie civil avec AGETIP	<input checked="" type="checkbox"/>
Réhabilitation / construction des infrastructures	Réalisé partiellement
Suivi des travaux par la DIEM	Réalisé partiellement
<b>3.4 Elaborer un plan de maintenance et contrôle d'hygiène</b>	
<b>RI.4 L'équipement nécessaire pour répondre à la demande de la population est en place</b>	<b>BILAN</b>
<b>4.1 Assurer un équipement minimum dans les PS et former personnel</b>	
Lancer l'appel d'offre et acheter le matériel	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>4.2 Mettre en place l'équipement diagnostique au niveau du CS</b>	
Elaborer le DAO et lancer l'appel d'offre	<input checked="" type="checkbox"/>
Achat motos pour Brigade Hygiène	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>4.3 Mettre en place l'équipement thérapeutique au niveau du CS</b>	
Elaborer le DAO et lancer l'appel d'offre	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>4.4 Mettre en place un personnel formé / former le personnel existant</b>	
Formation du personnel spécialisé pour les nouveaux services médico-technique	Partiellement réalisé
<b>4.5 Communiquer les nouveaux services offerts aux populations</b>	
Campagne médiatique	Non réalisé
<b>4.6 Etablir un plan de maintenance et contrôle d'hygiène</b>	



<b>RI 5: Le système de référence – contre référence est fortifié</b>	<b>BILAN</b>
<b>5.1 Etablir une organisation claire des services au CS</b>	
Appui à la réorganisation des services	En cours de réalisation
<b>5.2 Mettre en place un équipement standard de communication</b>	
Mettre en place un équipement standard de communication	Réalisé partiellement
Appui intranet CHR	En cours de réalisation
<b>5.3 Mettre en place un système d'appel ou de transport</b>	
<b>5.4 Elaborer des outils de référence consensuels</b>	
Appui à la supervision des outils de RCR	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>5.5 Organiser au niveau des CS un service d'urgence</b>	
Appui à l'organisation des services des urgences	En cours de réalisation
Former les prestataires sur la prise en charge des urgences	En cours de réalisation
<b>5.6 Compléter au nombre de 2 les ambulances par district</b>	
Acquisition des ambulances médicalisées	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>5.7 Organiser la concertation avec toutes les parties-prenantes</b>	
Appui à la finalisation des plans d'amélioration de la RCR	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>5.8 Evaluer périodiquement le feedback</b>	
<b>5.9 Augmenter PCA au CS ou pour décentraliser activités aux PS</b>	

<b>RI 6 : L'accès financier de la population aux soins de santé est amélioré</b>	
<b>6.1 Promouvoir la formation de mutuelles de santé</b>	
Former les agents de santé à chaque niveau sur les mutuelles de santé	<input checked="" type="checkbox"/>
Dynamiser le dialogue entre les mutuelles et les services de santé	<input checked="" type="checkbox"/>
Faire des études d'impact des mutuelles sur l'utilisation des services	Non réalisé
Mise en place d'un réseau des MS à Fatick	<input checked="" type="checkbox"/>
Mise en place d'un cadre de concertation des promoteurs	<input checked="" type="checkbox"/>
Achat motos EPS (4/DP) et MS (16)	<input checked="" type="checkbox"/>
Appuyer les cadres de concertation locale	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui au fonctionnement des MS (organisation des instances statutaires - AG)	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui à la sensibilisation de la population sur le partage du risque maladie (RTS)	Partiellement réalisé
Formation en MAS Gestion	Non réalisé

<sup>1</sup> Mais les motos n'ont pas été affectées aux mutuelles de santé comme initialement prévu.

Formation sur la contractualisation	Partiellement réalisé
Formation structures d'encadrement en suivi évaluation	Partiellement réalisé
Encadrement MS - contrat avec les CS des districts pilotes	Non réalisé
Appui à l'élaboration plan de développement des MS	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>6.2 Introduction du système de paiement par épisode</b>	
Appui à l'élaboration des protocoles de diagnostic et de traitement	Non réalisé
Appui à la formation sur la prescription rationnelle des médicaments et application des protocoles	Non réalisé
Introduire le paiement par épisode et information de la population	Non réalisé
Appui à la supervision de l'adhésion aux protocoles établis	Non réalisé

<b>Autres activités</b>	
Organisation du comité de pilotage	<input checked="" type="checkbox"/>
Mission du suivi scientifique	<input checked="" type="checkbox"/>
Attribution des bourses de formation	<input checked="" type="checkbox"/>
Acquisition d'une voiture de liaison pour le projet	<input checked="" type="checkbox"/>
Fonctionnement des bureaux du projet (Administration du projet)	<input checked="" type="checkbox"/>

## 3.2. Analyse de la planification des activités

### RI 1 : La qualité des services est améliorée

#### ***A R1 01 Renforcer les capacités managériales de l'ECD***

L'ensemble des sous activités prévues ici ont été réalisées, à l'exception de la mise en place des bibliothèques et abonnements aux journaux qui ont été supprimés au regard de l'abondance de la littérature scientifique disponible sur Internet et de l'existence au niveau des districts et régions médicales des bibliothèques bleues mise en place par l'OMS.

#### ***A R1 02 Mettre en place un système effectif de gestion des ressources***

Deux des quatre sous activités prévues ici ont été réalisées à 70%. Il s'agit de l'élaboration de certains outils de gestion relatifs au système d'information pour la prise en charge du malade au niveau individuel (dossier hospitalier, registre des urgences, registre des références reçues et une série de fiches techniques de conduite à tenir devant des urgences les plus fréquemment rencontrées). A cela faut-il ajouter l'accompagnement technique et financier de la révision du guide de gestion du district sanitaire et l'élaboration du guide de gestion du centre de santé sous la direction de la Direction de la Santé. La formation en management du district a été différée en attendant la finalisation des ces guides de gestion et aussi à cause du fait que la formation organisée par le programme santé de l'USAID sur le leadership a couvert bien des aspects du management. A la place, il a été organisé sur demande du partenaire une formation en recherches sur les systèmes de santé au cours de l'année sous revue. Plutôt qu'une formation structurée, les dépositaires des districts de Fatick ont juste fait l'objet d'une supervision par l'ECR.

#### ***A R1 03 Assurer des soins de haute qualité***

Il s'agit ici essentiellement du renforcement des compétences techniques à tous les niveaux. Bien que l'évaluation des besoins de formation n'ait pas été faite de façon formelle/systématique et que le plan de formation n'ait pas été élaboré comme prévu, de nombreuses actions de formation continue ont été appuyées, notamment à travers les bourses de formation et/ou de stage au Sénégal et à l'étranger.

#### ***A R1 04 Organiser des services de haute qualité***

Le déficit dans la réponse aux besoins de chirurgie essentielle au niveau opérationnel mis en exergue lors de l'analyse situationnelle de départ se révèle persistant. Toutefois, le niveau relativement avancé des démarches autour de ce dossier est à constater.

L'organisation des services requiert un certain niveau de présence (notamment des AT) au sein des équipes de district. Malheureusement, le poids des tâches administratives et de gestion ne laisse pas assez temps pour l'appui technique requis aux équipes de district.

#### ***A R1 05 Rationaliser (protocole de diagnostic et traitement, recherche-action)***

Bien que planifiés pour révision, les ordinogrammes des PS sont assez récents et ne nécessitent guère une actualisation. Les fiches de conduite à tenir devant les urgences produites doivent encore faire l'objet d'une orientation et compléteront les ordinogrammes. A l'exception de l'étude sur la perception qui a été finalisée, les autres sont encore en chantier (assurance maladie des élèves, la tarification forfaitaire, la décentralisation de la chirurgie etc.)

### RI 2 : Les organes de participation de la population à l'effort de santé sont renforcés

Devant la réforme des organes de décentralisation/santé initiée par le MSPM, bon nombre d'activités du résultat 2 du projet (destinées aux comités de gestion et de santé) avaient été momentanément suspendues (en attendant son aboutissement). Mais au regard du retard accusé par cette réforme et étant donné l'absence de support de

formation des comités de santé, il a été procédé à l'élaboration du guide de formation des comités de santé en place, les prochaines étapes étant la formation des formateurs puis celle des membres des bureaux des comités de santé.

L'étude sur la satisfaction a lieu comme prévu avec la particularité qu'elle a été élargie afin de prendre également en compte la perception des non utilisateurs et autres acteurs sur l'offre de soins disponible.

Autres activités menées et/ou en cours :

- Appui à l'élaboration du plan de promotion de la santé de la région de Fatick
- Organisation des réunions de concertation avec les collectivités locales (= Comités Départementaux de Développement/CDD dans les 4 Départements abritant les districts pilotes)
- Elaboration du plan de communication du projet (+ création d'un site WEB)

### **RI 3 : L'infrastructure du système de santé est adéquate**

La signature de la convention de Maîtrise d'Ouvrage Déléguée ayant accusé plus de trois mois de retard, les ordres de services n'ont pu être émis qu'en décembre 2007.

Les centres de Kaffrine, Gossas et Sokone n'ayant pas été réceptionnés définitivement au cours de l'année sous revue, l'évaluation technique des travaux complémentaires envisagés n'a pu se faire. De même, il n'a pas été possible d'envisager l'évaluation des travaux supplémentaires du CS de Koungheul en 2007 par manque d'informations précises sur l'étendue de ceux entrepris par le MSP au cours de l'année sous revue

### **RI 4 : L'équipement nécessaire pour répondre à la demande de la population est en place au niveau de PS et CS**

Les techniciens de radiographie n'ayant pas encore été affectés, la formation continue envisagée pour ce nouveau service n'a pu avoir lieu. Il en est de même pour l'information de la population sur les nouveaux services médico-techniques qui n'a pu se faire pour la simple raison que ces services n'existent pas encore au niveau des centres de santé

### **RI 5 : Le système de référence – contre référence (RCR) est renforcé**

Il s'agit de développer une excellente collaboration entre les structures de première ligne ou de base (PS) et l'hôpital de référence (CS) avec un flux optimal des patients entre ces 2 niveaux sans duplication d'activités.

A l'exception de l'équipement standard de communication des districts pilotes qui n'a pas été achevé à cause de la non maîtrise des délais de passation des marchés publics, toutes les activités encore en cours de réalisation au niveau de ce résultat sont des activités continues (sur toute la durée du projet).

### **RI 6 : L'accessibilité financière de la population aux soins de santé est améliorée**

La plupart des activités prévues ont été totalement ou partiellement réalisées. L'évaluation de l'impact des mutuelles de santé sur l'utilisation des services de santé s'est cependant avérée prématurée, la priorité ayant été donnée aux activités permettant aux mutuelles d'élargir leur base d'adhésion (e.g. la mise en place d'une couverture assurance maladie pour les élèves).

Aucune activité prévue, relative à l'introduction du paiement par épisode maladie n'a été en effet réalisée. Cela dans la mesure où certaines d'entre elles planifiées en début d'année se sont avérées irréalistes au regard du contexte mais aussi les préalables pour la réalisation d'autres (activités) n'ont pu être réunis en 2007.

## 4 BILAN DES FINANCES

### 4.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning financier

#### 4.1.1. Exécution budget projet

Description des postes budgétaires	Budget total	Dépenses effectives 2006	Dépenses prévues pour 2007	Dépenses effectives par trimestre année 2007					Solde disponible fin 2007	Taux exécution fin 2007
				Q1	Q2	Q3	Q4	TOTAL		
<b>A. Activités</b>	<b>6.466,5</b>	<b>88,7</b>	<b>3.229,2</b>	<b>60,9</b>	<b>517,4</b>	<b>312,2</b>	<b>1.595,6</b>	<b>2.486,1</b>	<b>3.891,6</b>	<b>40%</b>
<b>01 La qualité des services est améliorée</b>	<b>792,3</b>	<b>46,4</b>	<b>568,3</b>	<b>27,5</b>	<b>78,2</b>	<b>113,5</b>	<b>118,1</b>	<b>337,3</b>	<b>408,6</b>	<b>48%</b>
01 Mettre en place des systèmes de gestion de ressources	282,5	0,0	61,2		0,7	2,2	12,8	15,7	266,9	6%
02 Renforcer les capacités managériales de l'ECD	290,4	42,5	387,2	26,6	68,5	105,0	91,6	291,7	-43,8	115%
03 Assurer des soins de haute qualité	71,2	3,2	52,0	0,9	6,5			7,4	60,6	15%
04 Organiser des services de haute qualité	28,0	0,8	20,6		2,5	6,3	13,7	22,5	4,7	83%
05 Rationaliser (Protocoles, Recherche action)	94,5	0,0	47,3					0,0	94,5	0%
06 Imprévus	25,7	0,0	0,0					0,0	25,7	0%
<b>02 Les organes de participation communautaire sont renforcés</b>	<b>550,1</b>	<b>2,4</b>	<b>134,3</b>	<b>11,5</b>	<b>9,9</b>	<b>5,7</b>	<b>13,6</b>	<b>40,7</b>	<b>479,1</b>	<b>8%</b>
01 Rendre effectif les comités de santé	48,4	2,4	0,0					0,0	46,0	5%
02 Former les membres des comités de santé	145,2	0,0	32,1					0,0	145,2	0%
03 Associer les comités de santé à toute la vie des SS	193,5	0,0	54,9	11,5			1,4	13,0	180,5	7%
04 Renforcer le dialogue entre les SS et la population	145,1	0,0	47,3		9,9	5,7	12,1	27,7	117,4	19%
05 Imprévus	17,9	0,0	0,0					0,0	17,9	0%
<b>03 L'infrastructure du système de santé est adéquate</b>	<b>2.224,4</b>	<b>7,2</b>	<b>1.833,8</b>		<b>366,7</b>	<b>0,2</b>	<b>1.116,8</b>	<b>1.483,7</b>	<b>733,4</b>	<b>67%</b>
01 Inventorier les infrastructures de santé	6,3	5,0	1,3		0,1			0,1	1,2	81%
02 Prioriser les travaux à effectuer	0,0	1,4	0,0					0,0	-1,4	1380000%
03 Réhabiliter/ construire	1.924,3	0,8	1.713,4		366,7	0,2	1.099,5	1.466,3	457,1	76%
04 Elaborer un plan de maintenance et contrôle d'hygiène	7,7	0,0	0,0				1,2	1,2	6,5	16%
05 Sous traitance volet génie civil	213,8	0,0	119,1				16,1	16,1	197,7	8%

06 Imprévus	72,3	0,0	0,0					0,0	72,3	0%
<b>04 L'équipement est en place au niveau de PS et CS</b>	<b>1.791,4</b>	<b>0,0</b>	<b>319,6</b>	<b>0,6</b>	<b>5,2</b>	<b>4,7</b>	<b>305,7</b>	<b>316,1</b>	<b>1.475,3</b>	<b>18%</b>
01 Assurer équipement minimum (PS) et former personnel	646,8	0,0	21,2	0,4	2,7	0,5	218,1	221,6	425,2	34%
02 Mettre en place l'équipement diagnostique au CS	512,8	0,0	70,0	0,2	1,6	0,8	0,3	2,9	509,9	1%
03 Mettre en plan l'équipement thérapeutique au CS	314,4	0,0	200,0			0,9	87,3	88,3	226,2	28%
04 Mettre en place personnel formé / former personnel existant	140,3	0,0	18,3		0,9	2,5		3,4	136,9	2%
05 Communiquer les nouveaux services aux populations	19,4	0,0	5,0					0,0	19,4	0%
06 Etablir un plan de maintenance et contrôle d'hygiène	99,5	0,0	5,0					0,0	99,5	0%
08 Imprévus	58,2	0,0	0,0					0,0	58,2	0%
<b>05 Le système de référence - contre référence est renforcé</b>	<b>762,1</b>	<b>29,2</b>	<b>286,3</b>	<b>15,5</b>	<b>44,6</b>	<b>187,9</b>	<b>12,8</b>	<b>260,7</b>	<b>472,1</b>	<b>38%</b>
01 Etablir une organisation claire des services au CS	4,8	14,2	0,0				5,3	5,3	-14,6	401%
02 Mettre en place un équipement de communication	144,4	5,9	16,6	14,6	8,1		3,4	26,1	112,5	22%
03 Mettre en place un système d'appel ou de transport	24,2	0,0	0,0				1,1	1,1	23,1	5%
04 Elaborer des outils de référence consensuels	14,4	0,2	9,1				3,0	3,0	11,2	22%
05 Organiser au niveau des CS un service d'urgence	246,7	0,0	1,0					0,0	246,7	0%
06 Compléter au nombre de 2 les ambulances par district	154,8	2,1	221,1		33,2	187,9		221,1	-68,4	144%
07 Organiser concertation avec toutes les parties-prenantes	4,8	6,9	5,0	0,9	3,4			4,2	-6,2	229%
08 Evaluer périodiquement le feedback	38,4	0,0	18,3					0,0	38,4	0%
09 Augmenter PCA au CS ou décentraliser activités au PS	104,7	0,0	15,2					0,0	104,7	0%
10 Imprévus	24,8	0,0	0,0					0,0	24,8	0%
<b>06 L'accessibilité financière est améliorée</b>	<b>346,3</b>	<b>3,5</b>	<b>87,0</b>	<b>5,9</b>	<b>12,7</b>	<b>0,3</b>	<b>28,7</b>	<b>47,6</b>	<b>295,2</b>	<b>15%</b>
01 Promouvoir le fonctionnement des mutuelles de santé	120,9	3,5	73,3	5,9	12,7	0,3	28,7	47,6	69,9	42%
02 Mettre en place paiement par épisode ou forfait	214,1	0,0	13,7					0,0	214,1	0%
03 Imprévus	11,3	0,0	0,0				0,0	0,0	11,2	0%
<b>Z Moyens Globaux</b>	<b>2.740,7</b>	<b>353,9</b>	<b>457,8</b>	<b>121,2</b>	<b>141,8</b>	<b>171,5</b>	<b>135,6</b>	<b>570,1</b>	<b>1.816,8</b>	<b>34%</b>
<b>02 Régie</b>	<b>1.983,5</b>	<b>216,4</b>	<b>308,4</b>	<b>92,6</b>	<b>104,9</b>	<b>90,0</b>	<b>82,6</b>	<b>370,2</b>	<b>1.397,0</b>	<b>30%</b>
01 Assistance technique internationale	1.200,0	119,5	195,0	69,8	57,5	54,6	60,3	242,2	838,3	30%
02 Appui conseil	61,0	0,0	4,0					0,0	61,0	0%
03 Bourses	140,0	0,0	40,3		45,2	19,5	16,3	81,0	59,0	58%
04 Moyens logistiques	156,5	77,7	7,6	0,0				0,0	78,8	50%

05 Fonctionnement	80,0	19,1	11,0	2,3	2,2	15,9	6,0	26,4	34,5	57%
06 Monitoring et évaluation	346,0	0,1	50,5	20,5				20,5	325,4	6%
<b>REGIE</b>	<b>1.983,5</b>	<b>216,4</b>	<b>308,4</b>	<b>92,6</b>	<b>104,9</b>	<b>90,0</b>	<b>82,6</b>	<b>370,2</b>	<b>1.397,0</b>	<b>30%</b>
<b>COGEST</b>	<b>7.223,7</b>	<b>226,2</b>	<b>3.378,6</b>	<b>89,5</b>	<b>554,3</b>	<b>393,8</b>	<b>1.648,6</b>	<b>2.686,1</b>	<b>4.311,4</b>	<b>40%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>9.207,2</b>	<b>442,6</b>	<b>3.687,0</b>	<b>182,1</b>	<b>659,2</b>	<b>483,7</b>	<b>1.731,2</b>	<b>3.056,2</b>	<b>5.708,4</b>	<b>38%</b>

## 4.1.2. Taux de déboursement en 2007 (par ligne budgétaire)

Description des postes budgétaires	Dépenses prévues pour 2007	Dépenses effectives par trimestre année 2007					Taux exécution prévisions 2007
		Q1	Q2	Q3	Q4	TOTAL	
<b>A. Activités</b>	<b>3 229,2</b>	<b>60,9</b>	<b>517,4</b>	<b>312,2</b>	<b>1.595,6</b>	<b>2.486,1</b>	<b>77%</b>
<b>01 La qualité des services est améliorée</b>	<b>568,3</b>	<b>27,5</b>	<b>78,2</b>	<b>113,5</b>	<b>118,1</b>	<b>337,3</b>	<b>59%</b>
01 Mettre en place des systèmes de gestion de ressources	61,2		0,7	2,2	12,8	15,7	26%
02 Renforcer les capacités managériales de l'ECD	387,2	26,6	68,5	105,0	91,6	291,7	75%
03 Assurer des soins de haute qualité	52,0	0,9	6,5			7,4	14%
04 Organiser des services de haute qualité	20,6		2,5	6,3	13,7	22,5	109%
05 Rationaliser (Protocoles, Recherche action)	47,3					0,0	0%
06 Imprévus	0,0					0,0	
<b>02 Les organes de participation communautaire sont renforcés</b>	<b>134,3</b>	<b>11,5</b>	<b>9,9</b>	<b>5,7</b>	<b>13,6</b>	<b>40,7</b>	<b>30%</b>
01 Rendre effectif les comités de santé	0,0					0,0	
02 Former les membres des comités de santé	32,1					0,0	0%
03 Associer les comités de santé à toute la vie des SS	54,9	11,5			1,4	13,0	24%
04 Renforcer le dialogue entre les SS et la population	47,3		9,9	5,7	12,1	27,7	59%
05 Imprévus	0,0					0,0	
<b>03 L'infrastructure du système de santé est adéquate</b>	<b>1 833,8</b>		<b>366,7</b>	<b>0,2</b>	<b>1 116,8</b>	<b>1 483,7</b>	<b>81%</b>
01 Inventorier les infrastructures de santé	1,3	0,1				0,1	8%
02 Prioriser les travaux à effectuer	0,0					0,0	
03 Réhabiliter/ construire	1 713,4		366,7	0,2	1 099,5	1 466,3	86%
04 Elaborer un plan de maintenance et contrôle d'hygiène	0,0				1,2	1,2	
05 Sous traitement volet génie civil	119,1				16,1	16,1	14%
06 Imprévus	0,0					0,0	
<b>04 L'équipement est en place au niveau de PS et CS</b>	<b>319,6</b>	<b>0,6</b>	<b>5,2</b>	<b>4,7</b>	<b>305,7</b>	<b>316,1</b>	<b>99%</b>
01 Assurer équipement minimum (PS) et former personnel	21,2	0,4	2,7	0,5	218,1	221,6	1045 %
02 Mettre en place l'équipement diagnostique au CS	70,0	0,2	1,6	0,8	0,3	2,9	4 %
03 Mettre en plan l'équipement thérapeutique au CS	200,0			1,0	87,3	88,3	44 %
04 Mettre en place personnel formé / former personnel existant	18,3		0,9	2,5		3,4	18 %
05 Communiquer les nouveaux services aux populations	5,0					0,0	0 %
06 Etablir un plan de maintenance et contrôle d'hygiène	5,0					0,0	0 %
08 Imprévus	0,0					0,0	
<b>05 Le système de référence - contre référence est renforcé</b>	<b>286,3</b>	<b>15,5</b>	<b>44,6</b>	<b>187,9</b>	<b>12,8</b>	<b>260,7</b>	<b>91 %</b>
01 Etablir une organisation claire des services au CS	0,0				5,3	5,3	
02 Mettre en place un équipement de communication	16,6	14,6	8,1		3,4	26,1	157 %
03 Mettre en place un système d'appel ou de transport	0,0				1,1	1,1	
04 Elaborer des outils de référence consensuels	9,1				3,1	3,1	33 %
05 Organiser au niveau des CS un service d'urgence	1,0					0,0	0 %
06 Compléter au nombre de 2 les ambulances par district	221,1		33,2	187,9		221,1	100 %
07 Organiser concertation avec toutes les parties-prenantes	5,0	0,9	3,4			4,2	84 %
08 Evaluer périodiquement le feedback	18,3					0,0	0 %
09 Augmenter PCA au CS ou décentraliser activités au PS	15,2					0,0	0 %
10 Imprévus	0,0					0,0	
<b>06 L'accessibilité financière est améliorée</b>	<b>87,0</b>	<b>5,9</b>	<b>12,7</b>	<b>0,3</b>	<b>28,7</b>	<b>47,6</b>	<b>55 %</b>



01 Promouvoir le fonctionnement des mutuelles de santé	73,3	5,9	12,7	0,3	28,7	47,6	65 %
02 Mettre en place paiement par épisode ou forfait	13,7					0,0	0 %
03 Imprévus	0,0				0,0	0,0	
<b>Z Moyens Globaux</b>	<b>457,8</b>	<b>121,2</b>	<b>141,8</b>	<b>171,5</b>	<b>135,6</b>	<b>570,1</b>	<b>125 %</b>
<b>01 Co-gestion</b>	<b>149,4</b>	<b>28,6</b>	<b>36,9</b>	<b>81,5</b>	<b>53,0</b>	<b>199,9</b>	<b>134 %</b>
01 Personnel national	74,8	19,6	19,5	21,4	23,8	84,2	113 %
02 Imprévus	0,0					0,0	
09 Investissement	15,9	0,7	5,4	36,1		42,2	265 %
10 Fonctionnement	58,8	8,2	12,0	24,1	29,2	73,5	125 %
<b>02 Régie</b>	<b>308,4</b>	<b>92,6</b>	<b>104,9</b>	<b>89,9</b>	<b>82,6</b>	<b>370,1</b>	<b>120 %</b>
01 Assistance technique internationale	195,0	69,8	57,5	54,6	60,3	242,2	124 %
02 Appui conseil	4,0					0,0	0 %
03 Bourses	40,3		45,2	19,5	16,3	81,0	201 %
04 Moyens logistiques	7,6	0,0				0,0	0 %
05 Fonctionnement	11,0	2,3	2,2	15,9	6,1	26,4	241%
06 Monitoring et évaluation	50,5	20,5				20,5	41%
<b>REGIE</b>	<b>308,4</b>	<b>92,6</b>	<b>104,9</b>	<b>89,9</b>	<b>82,6</b>	<b>370,1</b>	<b>120%</b>
<b>COGEST</b>	<b>3 378,6</b>	<b>89,5</b>	<b>554,3</b>	<b>393,8</b>	<b>1 676,4</b>	<b>2 713,9</b>	<b>80%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3 687,0</b>	<b>182,1</b>	<b>659,2</b>	<b>483,7</b>	<b>1 759,1</b>	<b>3 084,1</b>	<b>83%</b>

#### 4.1.3. Taux de déboursement en 2007 (résumé par résultat)

Description des postes budgétaires	Dépenses prévues pour 2007	Dépenses effectives 2007	Taux exécution 2007
<b>A. Activités</b>	<b>3.229,2</b>	<b>2.486,1</b>	<b>77%</b>
01 La qualité des services est améliorée	568,3	337,3	59%
02 Les organes de participation communautaire sont renforcés	134,3	40,7	30%
03 L'infrastructure du système de santé est adéquate	1.833,8	1.483,7	81%
04 L'équipement est en place au niveau de PS et CS	319,6	316,1	99%
05 Le système de référence - contre référence est renforcé	286,3	260,7	91%
06 L'accessibilité financière est améliorée	87,0	47,6	55%
<b>Z Moyens Globaux</b>	<b>457,8</b>	<b>570,1</b>	<b>125%</b>
01 Co-gestion	149,4	199,9	134%
02 Régie	308,4	370,2	120%
<b>REGIE</b>	<b>308,4</b>	<b>370,2</b>	<b>120%</b>
<b>COGEST</b>	<b>3.378,6</b>	<b>2.686,1</b>	<b>80%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3.687,0</b>	<b>3.056,2</b>	<b>83%</b>

Risque faible 

Risque moyen 

Risque élevé 

## 4.2 Analyse du planning financier (2 pages maximum)

### **R1 : 59% (risque élevé)**

Le faible taux de réalisation de ce résultat est lié :

- (i) à la non exécution de certaines activités pourtant planifiées :
  - soit parce qu'elles se sont en fin de compte avérées non ou peu pertinentes (e.g : mise en place bibliothèques & abonnements journaux),
  - soit parce qu'elles ont été remplacées par d'autres (e.g. : Recyclage des membres des ECD et ECR en management des districts)
  - ou simplement les conditions de leur exécution ne pouvaient être réunies au cours de l'année sous revue (e.g. Elaboration d'un plan de formation après bilan des compétences, élaboration/actualisation des ordigrammes niveau PS, introduction des principes de management de la qualité dans les CS des districts pilotes)
- (ii) au retard, à la surestimation de certaines lignes budgétaires, à la longue durée et/ou à la complexité d'exécution de certaines activités telles :
  - les recherches à mener pour rationaliser les soins dont les préparatifs ont été laborieux mais peu coûteux (élaboration des protocoles), les dépenses pour la mise en œuvre devant suivre en 2008 ;
  - l'élaboration des guides de gestion des districts sanitaires et centres de santé qui a démarré en retard. Cela à cause du changement d'approche. Alors qu'initialement il était prévu de confier ce travail à un bureau de consultance, il s'est avéré par la suite plus pertinent (notamment pour des raisons d'appropriation et d'efficacité) de faire élaborer ces outils par un groupe de professionnels expérimentés du ministère de la santé sous la direction de la Direction de la Santé. Cela avec l'appui technique, organisationnel et financier du projet. La finalisation de l'élaboration de ce guide est ainsi prévue pour courant 2008.

Globalement, l'atteinte du résultat 1 ne semble nullement être compromise. En dépit de la réalisation de 59% sur l'année sous revue, les quelques indicateurs de ce résultat, actuellement disponibles montrent en effet une tendance bien favorable.

Les dépenses totales du budget global du résultat 1 fin 2007 s'élevant déjà à 48% et compte tenu du fait que c'est ce résultat qui est en effet au cœur du projet, il est de toute évidence indiqué de revoir son budget à la hausse pour pouvoir couvrir de façon efficace l'exécution de l'essentiel de ses activités.

### **R2 : 51% (risque élevé)**

Le déficit noté par rapport à la programmation financière début 2007 de ce résultat s'explique pour l'essentiel par le fait que bon nombre d'activités planifiées n'ont pas été exécutées comme prévu. Cela pour la simple raison que la réforme des organes de décentralisation/santé (comités de santé et de gestion) initiée par le MSP, réforme à laquelle bon nombre d'activités du résultat 2 étaient suspendues n'a pu aboutir au cours de l'année sous revue comme initialement prévu.

Au regard du budget global du résultat 2, de son taux d'exécution qui n'est que de 13% fin 2007, de la nature et du coût estimatif des activités à réaliser, il apparaît qu'en dépit du relatif retard accusé dans la réalisation des activités, le budget de ce résultat s'avère être largement surestimé. Par conséquent, il pourrait être réaménagé dans le cadre de la révision budgétaire de ce début 2008.

**R6 : 57% (risque élevé)**

Raisons :

- cf R1 pour ce qui est de élaboration du protocole diagnostic et thérapeutique, de la formation et de la rationalisation des prescriptions ;
- Les dépenses de l'achat des motos destinées aux Mutuelles de Santé n'ont pu être imputées sur cette ligne suite à un problème administratif qui ne permet pas pour le moment d'affecter ces motos à ce groupe de destinataires comme initialement prévu ;
- Le retard accusé dans la réalisation de l'étude sur les coûts des soins par la CAFSP sur financement de la CTB (fonds d'études et d'expertise), étude considérée comme préalable à l'ensemble du processus de développement de la tarification forfaitaire n'a pu permettre la réalisation de cette activité. Toutefois, l'élaboration du protocole de l'étude sur cette tarification à l'épisode maladie a été initiée et les résultats de l'enquête ménage qui a été menée donne assez d'informations que pour pouvoir réaliser cette activité en 2008. Il n'en reste pas moins le volume budgétaire de cette activité, selon toute vraisemblance, s'avère être surdimensionné et devrait faire l'objet d'un réaménagement dans le cadre de la révision budgétaire de ce début 2008 ;

Il y a lieu de noter la tendance positive du développement des indicateurs de ce résultat.

**Dépenses moyens globaux cogestion : 139% (risque élevé)**

Raisons :

- Recrutement d'un assistant au Responsable Administratif et Financier ;
- Recrutement d'un contractuel pour le suivi des travaux « Génie civil » ;
- Réparation voiture de liaison, complément travaux nouveaux bureaux mis à disposition du projet par le Ministère de la santé, achat d'un groupe électrogène pour le bureau, achat équipement de la salle de réunion du projet, climatiseurs.

## 5 SUIVI DES INDICATEURS (MAX. 3 PAGES)

### 5.1 Objectif spécifique

Lors de son étude *Baseline*, l'équipe du projet a entre autres analysé les indicateurs retenus dans le DTF et a proposé au comité de pilotage la révision de certains d'entre eux. Une liste révisée d'indicateurs a ainsi été adoptée au cours d'un comité de pilotage extraordinaire tenu en avril 2007, nécessitant l'introduction de nouveaux supports pour le recueil des informations requises pour les renseigner. Malgré la mise en place d'un système de monitoring des indicateurs qui ne pouvaient être renseignés par les données de routine (recueillies dans le cadre du SNIS), l'on n'a pu réunir en 2007 l'essentiel des informations requises pour l'ensemble des indicateurs du projet.

#### **Indicateur 1: Taux d'utilisation CPC**

En appliquant la norme de l'OMS et en prenant en compte l'accessibilité géographique dans la zone d'intervention qui ne dépasse pas les 50%, l'équipe du projet s'est fixée comme valeur cible pour le taux d'utilisation de la CPC 0,5 contacts par habitant et par an avec une projection de 0,25 contacts par habitant et par an pour l'année 2007. Avec un niveau de 0,22 pour l'année 2007 la projection est atteinte à 88% (risque faible).

#### **Indicateur 2: Couverture CPN**

Le calcul de la couverture CPN se base sur la stratégie nationale qui prévoit une CPN par trimestre et une 4<sup>ème</sup> CPN au 9<sup>ème</sup> mois. La révision de la norme par l'augmentation du nombre de consultations de trois à quatre CPN a été introduite en 2007. Ce qui explique le niveau de départ relativement bas de l'indicateur (autour de 10%). Bien qu'il soit souhaitable que la totalité des femmes bénéficient d'une série complète de CPN, l'équipe du projet pense qu'il n'est pas réaliste d'envisager une augmentation au delà de 50% dans un environnement culturel qui amène les femmes à cacher leurs grossesses jusqu'à ce que celles-ci deviennent visibles. Pour l'année 2007, le niveau atteint est de 12,7% contre une projection de 15%. Avec un degré de 85% d'atteinte de la projection, le risque peut être considéré comme faible.

#### **Indicateur 3: Nombre d'hospitalisations**

Le calcul de cet indicateur a été limité aux 4 districts pilotes qui sont ciblés pour l'amélioration du plateau technique. En fonction du nombre de lits disponibles, d'un taux d'occupation moyen de 80% et d'une durée moyenne de séjour de plus ou moins 5 jours l'objectif à atteindre à la fin du projet a été fixé à 8000 avec une projection pour 2007 de 4000 hospitalisations. Le nombre effectif d'hospitalisations est de 3430 ce qui représente 85% de la projection pour 2007 (faible risque).

### 5.2 Résultats

#### **R1 : La qualité des services est améliorée**

##### **Indicateur 1.1 : Taux d'utilisation de la CPC**

Voir chapitre 5.1, Indicateur 1

##### **Indicateur 1.2 : Taux de satisfaction de la population**

Afin d'avoir assez d'informations permettant une meilleure adéquation entre planification des interventions du projet et demande des bénéficiaires, l'équipe du projet a opté pour une étude qualitative. La pondération des déterminants de l'utilisation des services de santé (sur une échelle de 1 à 5) a donné le résultat suivant :

Eléments de satisfaction :

Compétences reconnues aux soignants qualifiés	5
Empathie du soignant vis-à-vis du malade	4
Communication du soignant avec les patients et parturientes	4
Disponibilité des services multifonctionnels dans les centres	4
Infrastructures d'hospitalisation convenables	4
Insertion socioculturelle du prestataire	4
Confiance de la population aux soignants qualifiés	4
Respect des codes sociaux (aspects relationnels)	3
Hygiène respectée dans les locaux	3
Mutualisation locale, soutien social	3
IEC/CCC	3
Accueil	2
Intégrité du soignant	2

Eléments d'insatisfaction :

Rupture des médicaments	5
Références	4
Imprévisibilité des coûts des soins	4
Tarifs non standardisés	4
Recrutement (critères de choix), niveau de formation et motivation du personnel communautaire de soutien	4
Discontinuité du service lié au personnel	4
Contraintes liées au genre	3
Emplacement des lieux de soins et les contraintes architecturales (pour les personnes à mobilité réduite et la confidentialité)	2
Difficultés à se soustraire à l'habitude de se serrer la main et enfreinte des codes culturels en cas de refus	1
Ecart par rapport aux normes thérapeutiques	1

Résultat global 45/40 (la satisfaction l'emportant légèrement sur l'insatisfaction)

**Indicateur 1.3 : Taux de supervision de l'ECD effectuées / supervisions programmées (la norme est 6 supervisions par PS par semestre)**

Par rapport à la norme, le taux de réalisation de la supervision en 2007 a été de 50% (soit en moyenne une supervision par PS tous les 2 mois). Tenant compte d'un certain nombre paramètres (ou réalités de terrain), il est apparu plus réaliste de viser l'atteinte de dix (10) missions de supervision par PS par an. L'appui du projet (logistique, financier et technique) à cette activité étant déjà en place dans les districts pilotes, l'on devrait pouvoir atteindre cet objectif à la fin de l'année 2007.

**Indicateur 1.4 : Taux de réalisation des protocoles de recherche approuvés (les protocoles sont appréciés par l'équipe de suivi scientifique)**

Il n'existe pas de projection. La valeur de départ est zéro et le nombre d'études sera cumulé au cours de toute la durée du projet. Jusqu'à la fin de l'année 2007 quatre protocoles de recherche ont été élaborés. Deux études ont été finalisées (études sur la perception communautaire de la qualité des services et enquête ménage) et deux recherches actions sont en cours de réalisation (sur la décentralisation de la chirurgie et la mise en place d'une assurance maladie pour les élèves).

## R2 : Les organes de participation des populations à l'effort de santé sont renforcés

**Indicateur 2.1 :** *Nombre d'assemblées générales des organes de participation des populations à l'effort de santé tenues selon les obligations statutaires (fixées au nombre de 2 par an)*

Les données pour 2007 sont incomplètes et disponibles seulement pour un semestre avec un taux moyen de réalisation de 1,4 sur 2 assemblées générales attendues. L'écart de 70% situe le risque d'atteinte du résultat entre les niveaux faibles et moyens.

**Indicateur 2.2 :** *Nombre de membres des organes de participation des populations à l'effort de santé formés / nombre en place*

En 2007 la plupart des comités de santé ont été renouvelés, et seulement 19% des membres sont formés à leurs tâches. Cette information sur le nombre de personnes formées ne concerne que les districts pilotes qui vont bénéficier à l'avenir de l'appui du projet pour la réalisation des sessions de formation qui se feront sur la base d'un nouveau module élaboré à cet effet. Pour l'année 2008, il est envisagé d'augmenter le nombre de personnes formées à 50%.

**Indicateur 2.3 :** *Pourcentage d'organes de participation de la population à l'effort de santé impliqués dans le processus de micro-planification*

La restitution communautaire des résultats de monitoring se faisant de façon systématique au niveau des communautés rurales, l'on pourrait considérer que la micro planification liée à ces restitutions communautaires se fait aussi systématiquement (100%), du moins pour les districts pilotes.

## R3 : L'infrastructure du système de santé est adéquate

**Indicateur 3.1 :** *Nombre de structures réhabilitées par rapport au nombre retenu pour réhabilitation*

Le nombre de PS à rénover s'élève à 36. Les ordres de services sanctionnant le démarrage effectif des travaux ont été émis en décembre 2007

**Indicateur 3.2 :** *Plan stratégique de maintenance élaboré et réalisé*

L'élaboration du plan de maintenance régional attend la finalisation du plan stratégique au niveau national. Toutefois, l'état des lieux des services de maintenance des districts pilotes a été réalisé courant 2007.

## R4 : L'équipement nécessaire pour répondre à la demande de la population est en place au niveau des PS et CS

**Indicateur 4.1 :** *Nombre de PS équipés / nombre prévu*

Au cours de l'année 2007, seulement un lot sur les quatre (que comprend le marché des équipements des postes de santé) a été réceptionné, ce qui représente un taux de réalisation de 25%. La projection pour l'année 2008 est une réalisation à 100%.

**Indicateur 4.2 : Nombre de césariennes au district / nombre attendu**

Deux des quatre blocs opératoires des districts pilotes ont été rendus fonctionnels seulement au cours du 4<sup>ème</sup> trimestre 2007, les deux autres ayant connu des longues périodes d'inactivités (par absence temporaires des médecins et/ou anesthésistes) Ainsi, le nombre de césariennes réalisées en 2007 dans les blocs SOU des CS des deux régions du projet est de 134, représentant une part relative de 17,8% par rapport au nombre total de césariennes de la zone du projet (753) y compris celles du CHR de Kaolack. Bien que le rapport statistique du CHR de Kaolack ne précise pas la provenance des femmes césarisées, le taux de césariennes effectuées dans la zone du projet sur la base de 5% des accouchements attendue s'élève à 16,3%. Sur cette base, l'on peut grossièrement considérer que la projection de 15% faite pour 2007 a été légèrement dépassée.

**Indicateur 4.3 : Nombre de jours hors services de l'équipement / nombre de jours de la période**

Un support de collecte de l'information a été élaboré mais n'est pas encore introduit au niveau des CS. L'information n'est donc pas disponible.

**R5 : Le système de référence/contre référence est renforcé**

Le recueil des données sur la référence/contre référence ne fait pas partie du système national d'information sanitaire. Bien que les outils de gestion pour la référence/contre référence aient été mis à la disposition de tous les districts au début de l'année 2007, le monitoring du système de référence et contre référence est une nouvelle activité, encore en train d'être testé dans les districts pilotes. Les supports pour la compilation de certaines données ont été introduits seulement au début de l'année 2008, raison pour laquelle les données sont encore incomplètes. Un grand travail de sensibilisation reste à faire pour amener les prestataires à tous les niveaux à utiliser systématiquement les supports, et il est difficile en ce moment de faire des projections (sans connaître le point de départ).

**Indicateur 5.1 : Nombre de RCR accomplies**

Nombre malades contre-référés rapportés sur l'année : 119

**Indicateur 5.2 : Nombre de cas référés des PS vus par le médecin / total des cas référés des PS**

Le nombre de références fait par les PS dans les districts pilotes s'élève à 1033, mais on ne sait pas si elles ont été effectivement vues par le médecin ou par un infirmier en l'absence du médecin.

**Indicateur 5.3 : Nombre de cas référés des PS arrivant au CS / total des cas référés par les PS**

Le nombre des cas effectivement arrivés au CS n'est pas connu. Un registre des références reçues vient d'être mis en place début 2008.

**Indicateur 5.4 : Nombre de cas urgents référés et effectivement traités (pris en charge) au CS**

Un service des urgences proprement dit n'existe pas encore. Un registre devant être utilisé au niveau du tri et par l'équipe de garde a été élaboré de façon participative au cours d'un atelier auquel ont pris part tous les professionnels de la santé des deux régions du projet. Cet outil est prévu pour être introduit en début 2008.

**Indicateur 5.5 : Nombre de références non pertinentes réalisées du CS au CHR / total référées**

L'information n'est pas disponible. Il est prévu de se mettre d'accord avec les prestataires sur les critères et les modalités d'appréciation de la pertinence au cours de l'année 2008.

**Indicateur 5.6 : Nombre de cas référés vus par le médecin / total des malades référés**

Les registres des médecins ne sont pas exploitables par rapport à cet indicateur. En effet, les médecins ne notent pas systématiquement si le patient reçu est référé ou pas. En outre, les bulletins de référence devant accompagner le patient ne sont pas systématiquement archivés.

**Indicateur 5.7 : Nombre de cas référés des CS au CHR / nombre total des cas référés par les CS**

Le nombre de cas référés par le CS s'élève à 740. En théorie tous les cas passent par le CHR, mais certains malades se rendent directement à Dakar ou vont vers d'autres hôpitaux régionaux.

**R6 : L'accessibilité financière de la population aux soins de santé est améliorée**

**Indicateur 6.1 : Taux d'utilisation de la CPC**

Voir chapitre 5.1, Indicateur 1

**Indicateur 6.2 : Taux de non-utilisation pour raison de manque de moyens**

Les informations ont été récoltées dans le cadre d'une enquête ménage dans les districts pilotes. Sur un total de 791 épisodes maladie au cours du mois précédant l'enquête, 17,7% des patients n'ont pu consulter dans une structure agréée (publique ou privée) pour des raisons financières et 6,4% de ceux qui ont consulté n'ont pu acheter la totalité des médicaments prescrits par manque d'argent.

**Indicateur 6.3 : Nombre de consultants couverts par les mutuelles de santé / total des consultants**

Bien que les informations y afférentes sont incomplètes, on peut dire que le nombre des consultants couverts par les mutuelles a plus ou moins doublé entre 2006 et 2007. La part relative de consultants couverts par les mutuelles de santé sur le nombre total des consultants en 2007 est approximativement 1,2 %.

**Indicateur 6.4 : Nombre de mutuelles qui prennent en charge les soins secondaires / nombre de mutuelles existantes**

En 2006 seulement 6 mutuelles sur 12 (= 50%) avaient une convention avec un CS, pour 2007 les chiffres s'élèvent à 9 mutuelles sur 16 = 56%). Ces données portent sur l'ensemble des mutuelles de la région de Fatick et celles des districts pilotes de la région de Kaolack.

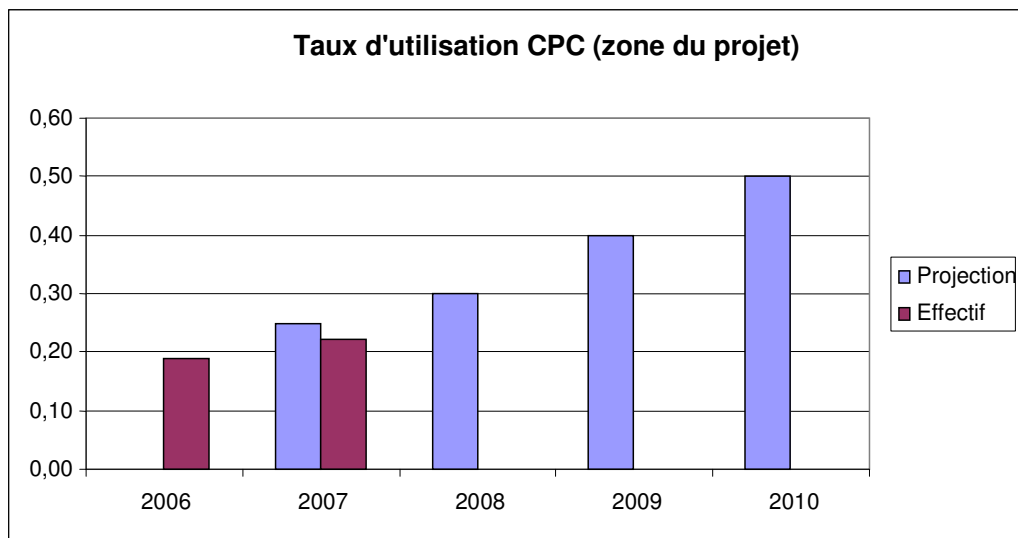
**Indicateur 6.5 : Evolution des taux d'utilisation CPC dans les CS avec tarification à l'épisode (forfaitaire)**

Indicateur pour le moment sans objet étant donné que la tarification forfaitaire n'a pas encore été introduite. Son introduction dans certains districts pilotes est prévue pour courant 2008.

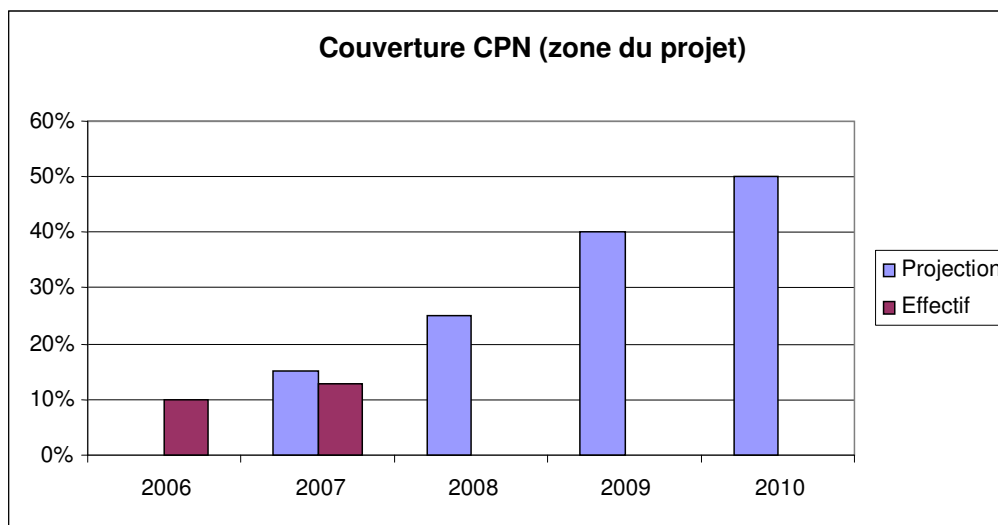


### 5.3 Évolution des indicateurs (graphique)

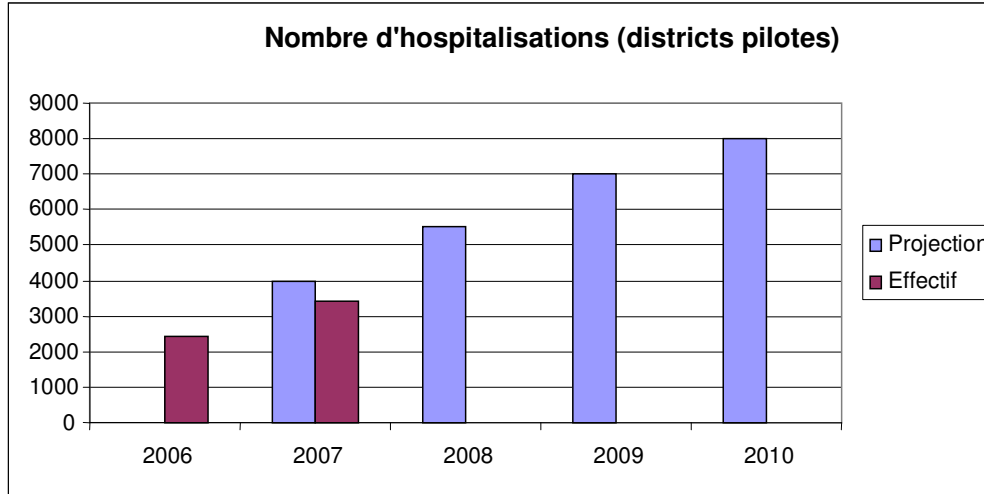
Les graphiques ci-dessous montrent pour certains indicateurs quantitatifs la situation de départ, les projections faites sur la base de l'étude baseline et le niveau atteint en 2007.



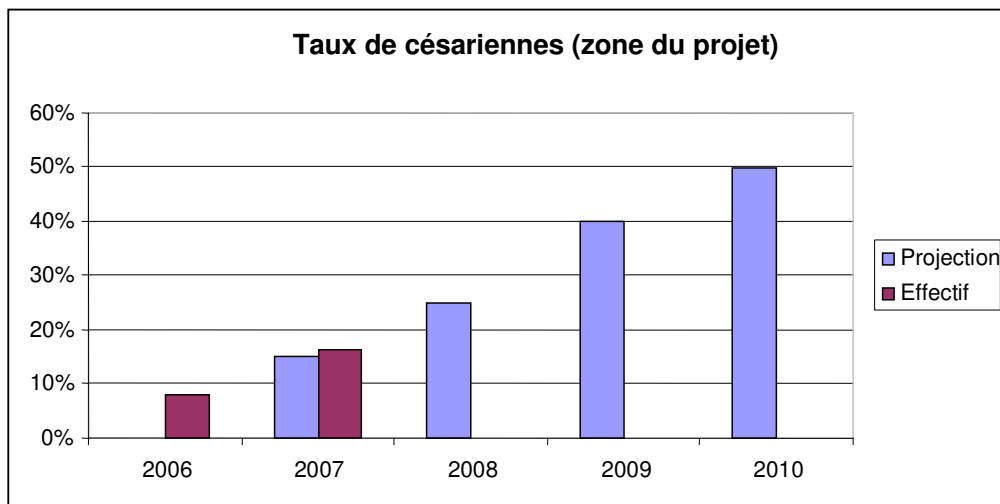
Il ressort de ce graphique que le niveau atteint en 2007 est légèrement inférieur à la projection de l'année. L'écart constaté présente un risque mineur



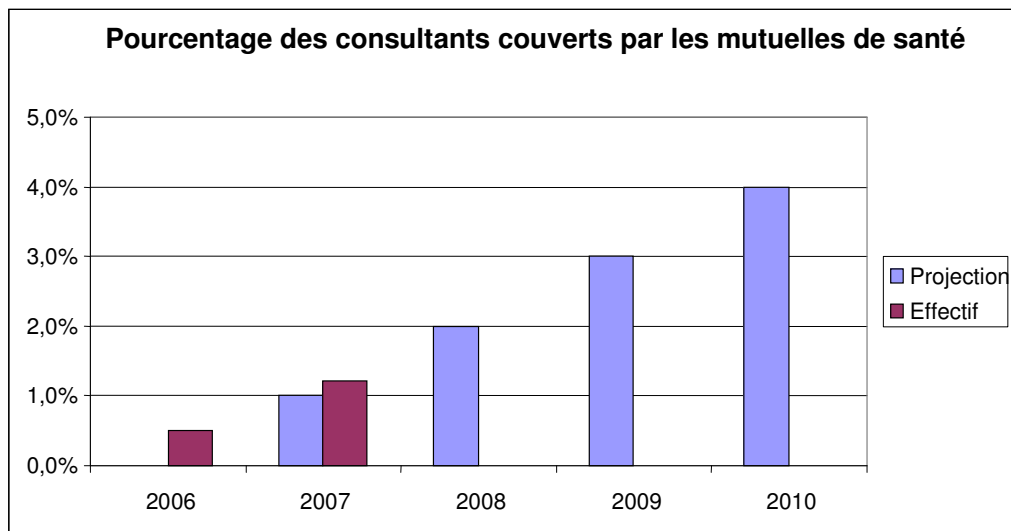
Même commentaire que pour la CPC.



Les projections, sans doute assez optimistes, se basent sur l'hypothèse que le nombre de lits hospitaliers dans les CS des districts pilotes a été mis en place en fonction des besoins réels. Pour l'année 2007, l'effectif reste au-dessous de la projection.



Pour le taux de césariennes, les activités du CHR ont été prises en compte tant au niveau des projections qu'au niveau des réalisations. Pour 2007 l'effectif a légèrement dépassé la projection.



Les projections pour le pourcentage des consultants couverts par les mutuelles semblent peut-être modestes, mais représentent en chiffre absolu une augmentation de 2500 cas en 2006 à plus de 80.000 en 2010 si les projections pour la CPC s'avèrent réalistes.

Globalement on constate un développement positif pour l'ensemble de ces indicateurs.

## 6 APPRECIATION DES CRITERES DE SUIVI

### 6.1 Efficience

Au regard de la nature et de la durée prévue de l'intervention (projet), l'on ne peut prétendre atteindre les résultats visés au terme de 17 mois de mise en œuvre. Toutefois, la qualité des activités développées au cours de la période sous revue ne laisse guère planer des doutes quant à la possibilité d'atteindre les résultats du projet.

#### ***Respect du timing pour les résultats***

Globalement, l'essentiel des activités du projet sont exécutées dans les délais requis. Après l'analyse situationnelle de départ (étude Baseline) effectuée en 2006, les activités de l'année sous revue ont visé autant l'amélioration des infrastructures, le relèvement du plateau technique, la référence/contre référence que la qualité des services et l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins. Le retard d'environ trois mois accusé par les travaux de Génie civil des postes de santé et celui des activités visant au renforcement du partenariat entre les professionnels de la santé, la société civile et les acteurs de la décentralisation ne peuvent constituer une menace pour l'atteinte des résultats du projet. Toutefois, il est à noter que la complexité du processus de décentralisation de l'offre de soins chirurgicaux risquerait à terme d'être une menace au développement d'un paquet complet de prestations de 1<sup>ère</sup> référence au niveau des centres de santé des districts pilotes dans la période du projet.

#### ***Moyens engagés dans l'exécution des activités***

Les activités menées au cours de la période sous revue sont pour l'essentiel jugées de bonne qualité dans la mesure où elles contribuent substantiellement à l'atteinte des résultats du projet. Il y a lieu toutefois de maximiser les chances d'atteinte des résultats du projet, particulièrement l'amélioration de la qualité des services, par le renforcement des capacités des principaux acteurs des districts sanitaires en améliorant le modèle organisationnel et fonctionnel des ressources humaines chargées de l'appui technique au niveau du projet. En effet, une implication plus conséquente des ressources humaines du projet au sein des équipes des districts pilotes permettrait de s'imprégner des forces et faiblesses respectives de ces équipes et de mieux cibler leur appui. Aussi, l'accompagnement technique systématique de l'essentiel des activités des districts financées par le projet contribuerait à en améliorer la qualité.

#### ***Taux de réalisation des indicateurs des résultats***

Toutes les activités de 2007 (réalisées ou en cours de réalisation) contribuent à l'atteinte des résultats du projet. Pour pouvoir suivre les progrès du projet de manière objective, le projet a eu besoin d'un état relativement précis des indicateurs initiaux décrivant la situation avant le démarrage du projet. Ce qui a été fait au cours de l'étude baseline et validé en avril 2007 lors d'un comité de pilotage extraordinaire. Si certains indicateurs peuvent être repris de la collecte de routine des statistiques, d'autres (tant qualitatifs que quantitatifs) ont fait ou doivent faire l'objet d'une étude par le projet même (par exemple satisfaction des patients) ou dépendent de la mise en place des outils devant servir à la collecte des informations les renseignant (par exemple le système de référence/contre référence, la maintenance, etc.).

Fort de ces raisons et de tant d'autres non évoquées ici (tels les retards de collecte de routine des statistiques), il n'est pas possible en ce début 2008 de calculer le taux de réalisation d'un certain nombre d'indicateurs par manque des informations. A ce niveau, il convient de souligner qu'autant il ne se pose aucun problème pour obtenir les indicateurs du processus de mise en œuvre du projet, autant il est difficile de calculer, ou mieux, d'apprécier la part relative/contributive du projet au niveau d'atteinte des indicateurs de résultat ou de fonctionnement des districts.

### 6.2 Efficacité

Comme déjà rapporté plus haut, l'on ne peut prétendre atteindre les résultats visés au terme de 17 mois de mise en œuvre d'un projet de quatre ans. Il y a lieu de reconnaître cependant que la qualité des activités développées

jusqu'à-là fait l'objet de beaucoup de satisfactions aussi bien de la part des partenaires à tous les niveaux que des bénéficiaires.

#### ***Taux de réalisation des indicateurs de l'objectif spécifique***

Tel que formulés, les résultats du projet une fois atteints contribueront chacun à l'atteinte de l'objectif spécifique du projet. A ce stade de mise en œuvre du projet, il n'est pas encore possible d'apprécier de façon réaliste le niveau de réalisation des indicateurs de l'objectif spécifique. L'implication des différents groupes-cibles initiée par le projet dans son processus de mise en œuvre s'avère être un atout non négligeable pour l'efficacité de l'intervention.

#### ***Autres facteurs ayant une incidence sur l'objectif spécifique***

Les différents aspects de situation actuelle décrits au chapitre 2 du présent rapport ne sont pas sans incidence directe ou indirecte, positive et/ou négative sur l'efficacité de l'intervention. A cela faut-il ajouter les contraintes et risques identifiés lors de la formulation en termes de conditions préalables, hypothèses et risques pour le bon déroulement du projet.

#### ***Satisfaction des groupes-cibles quant aux résultats***

Le projet ASSRMKF a été monté de manière à répondre le plus efficacement possible aux problèmes et priorités des groupes cibles de sa zone d'intervention. Ces derniers sont l'ensemble de la population des régions de Kaolack et Fatik (bénéficiaires directs) et tous les travailleurs de la santé de ces deux régions (bénéficiaires indirects) dont les formations, les changements dans l'organisation des services et la qualité des soins sont des bénéfices sur le plan personnel et au niveau du système de santé lui-même.

Autres externalités positives : bien que le projet n'appuie pas directement les programmes verticaux du PNDS, il y aura toutefois une influence bénéfique pour réussite de ces programmes de par l'exécution de ses activités. En renforçant le fonctionnement des districts sanitaires, les services de santé plus performants et mieux utilisés serviront à une structure de base où les programmes peuvent être intégrés avec plus de succès. En effet, des services mieux organisés et des soins de haute qualité, avec un paquet d'activités plus étendu, rétabliront la confiance de la population et auront un impact positif sur l'utilisation des services. Les programmes verticaux seront ensuite mieux acceptés par le groupe croissant d'utilisateurs.

## 6.3 Durabilité

Tel que le projet est formulé et mis en œuvre, la probabilité que les avantages recherchés et créés par le projet soient maintenus et reproduits au-delà de sa clôture est très élevée, les conditions optimales devant permettre d'augmenter les chances de durabilité étant suffisamment réunies.

#### ***Processus de développement lancés par le projet***

En sa qualité de projet d'appui institutionnel avec ancrage au niveau des régions médicales, le projet ASSRMKF n'a aucune activité propre ou spécifique. Il apporte un appui aux activités des systèmes de santé régionaux permettant la mise en œuvre de la politique nationale. L'assistance technique du projet travaille en équipe avec les ECR pour renforcer l'encadrement des ECD. Cet encadrement devrait permettre à ces équipes de district de se rendre plus fonctionnelles et d'améliorer leur efficacité sur le terrain. Epauler les ECD pour améliorer le fonctionnement, la planification et l'organisation des services sanitaires, constitue les activités principales du projet, afin de réaliser tous les autres aspects. Les ECD planifient leurs activités et le projet s'inscrit dedans. Il n'y a pas meilleure stratégie ou meilleure formule d'intégration du projet aux instances/institutions partenaires pour pouvoir prétendre s'inscrire dans la durabilité.

De par sa formulation, le projet ASSRMKF n'est rien d'autre qu'un outil de la mise en œuvre du PNDS. En effet, l'on peut constater que le projet a une influence directe sur les 7 objectifs stratégiques du PNDS II:

- Objectif 1 : (Améliorer l'accès des groupes vulnérables à des services de santé de qualité)<sup>2</sup> en travaillant sur l'accessibilité, financière et psychosociale, et sur la qualité des soins.
- Objectif 3 (Améliorer la disponibilité, la qualité et la performance des ressources humaines en santé) à travers des formations pour le personnel de santé et le suivi de leur performance pendant les supervisions.
- En ce qui concerne l'Objectif 4 (Améliorer les capacités institutionnelles du secteur), il est clair que l'appui technique intensif aux ECR et ECD devrait résulter dans une amélioration durable de leurs capacités institutionnelles.
- Objectif 6 (Renforcer le suivi-évaluation de la performance) : sera influencé positivement et documenté en détail par le suivi de l'avancement du projet. Ceci en incluant même des indicateurs non prévus dans la collecte de routine des données du système de santé sénégalais.
- L'objectif 7 (Améliorer les mécanismes de financement de la santé) : reçoit beaucoup d'attention dans le projet. Non seulement par les activités d'amélioration de la coopération entre les mutuelles et les services de santé, mais surtout par l'expérimentation d'une méthode de financement relativement neuve au Sénégal : le paiement par épisode ou forfait.

L'objectif 2 (Renforcer la prévention et développer la communication pour le changement de comportement) n'a pas été retenu explicitement dans les activités du projet mais il est inclus dans l'amélioration de la qualité des services touchant à tous les aspects des soins : promotion, prévention, curation et réhabilitation.

Concernant l'objectif 5 (Promouvoir le partenariat), le projet, étant financé par la Coopération Belge, représente déjà un résultat de l'objectif proposé.

### **Responsabilités des partenaires**

De par la définition et l'application des modalités d'exécution du projet, l'instance partenaire participe pleinement au déroulement de l'intervention, notamment à travers

(i) la Cogestion : il est à constater que les prestations de l'intervention sont essentiellement exécutées en cogestion. Cette approche, concrétisant le principe de partenariat basé sur l'égalité, est fondée sur la responsabilité partagée et sur la gestion conjointe des opérations. Le Sénégal est le maître d'œuvre de la prestation de coopération co-financée par la Belgique. Un des premiers buts de ce type de gestion est d'intégrer les autorités et les structures locales dans la prise de décision. Ceci constitue une condition nécessaire à la réussite de l'intervention, principalement en matière de continuité des activités en fin d'intervention.

Le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, désigné comme entité administrative et technique responsable de la réalisation de la prestation de coopération, a la charge de tout mettre en œuvre pour la réussite de celle-ci.

La Coopération technique Belge (CTB) est chargée par la partie belge de la réalisation de ses obligations pour la mise en œuvre et le suivi du projet.

Les dépenses sur la contribution belge sont approuvées à la fois par un Ordonnateur désigné par la partie sénégalaise, comme entité responsable du suivi financier de l'exécution et par un Co-ordonnateur désigné par la partie belge. L'ordonnateur et le Co-ordonnateur gèrent conjointement en respect du principe de double signature les comptes bancaires ouverts au nom de la prestation de coopération.

(ii) la Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) afin d'assurer l'orientation, le suivi et le contrôle du projet ainsi que l'atteinte de son objectif spécifique. Le Comité de Pilotage s'assure de la réalisation effective des résultats intermédiaires et des objectifs, spécifique et global, en respectant les limites du budget

(iii) la Direction du projet chargée de la gestion technique, budgétaire, comptable et administrative du projet est assurée conjointement (en Coresponsabilité) par un Directeur (représentant la partie nationale) et un Codirecteur (représentant la partie belge).

---

<sup>2</sup> Qui est d'ailleurs très semblable à l'objectif spécifique du projet ASSRMKF

***Conditions de durabilité***

En tant que projet d'appui institutionnel et donc de renforcement des capacités techniques, organisationnelles et gestionnaires de l'instance partenaire, le projet ASSRMKF, confondu ou fondu dans l'instance partenaire ne peut que répondre dans une large mesure aux conditions de durabilité de sa contribution.

***Modalités du projet***

Sans conditions imposées par la partie belge (qui respecte pour sa part intégralement le principe de l'aide déliée), les modalités d'exécution du projet et d'aide en général sont, comme déjà rapporté plus haut, parfaitement favorables à la durabilité.

## 7 MESURES ET RECOMMANDATIONS (MAX. 2 PAGES)

### 7.1 Synthèse des critères d'appréciation

Code	Le projet...	Mesures
C	doit être: 1 Plus efficient 2 Plus efficace 3 Plus durable	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formalisation du processus de développement de la chirurgie générale dans les CS de Kaffrine et Sokone à travers l'établissement et la mise en œuvre d'une convention entre les principales parties prenantes (MSP, Clinique chirurgie générale et le projet ASSRMKF) ;</li> <li>2. Accompagnement de la réflexion nationale autour du développement d'une politique de soins de santé, en particulier de l'offre de soins chirurgicaux ;</li> <li>3. Renforcement des capacités opérationnelles (techniques, organisationnelles et gestionnaires) des ECD pilotes à travers une intégration fonctionnelle plus active de l'AT au sein de ces équipes</li> <li>4. Organisation d'une évaluation à mi-parcours en 2008</li> <li>5. Audit interne courant 2008 et renforcement de la capacité organisationnelles et gestionnaire de l'équipe du projet</li> <li>6. Révision budgétaire</li> </ol>

### 7.2 Recommandations

1. Formaliser le processus de développement de la chirurgie générale dans les CS de Kaffrine et Sokone à travers l'établissement et la mise en œuvre d'une convention entre les principales parties prenantes (MSP, Clinique chirurgie générale et le projet ASSRMKF) ;
2. Accompagner la réflexion nationale autour du développement d'une politique de soins de santé, en particulier de l'offre de soins chirurgicaux ;
3. Renforcer les capacités opérationnelles (techniques, organisationnelles et gestionnaires) des ECD pilotes à travers une intégration fonctionnelle plus active de l'AT au sein de ces équipes
4. Organiser une évaluation à mi-parcours courant 2008
5. Organiser un Audit interne courant 2008
6. Prendre en compte autant que possible la perception des communautés et ses recommandations dans la planification 2008 afin de minimiser autant que faire ce peut les facteurs défavorisant à l'utilisation des soins
7. Prioriser les activités à faible taux d'exécution en 2008



## 8 NOUVEAU PLANNING (ANNEE N+1) (MAX. 4 PAGES)

### 8.1 Planning des activités de l'année 2008

	Jan	Févr	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
<b>RI 1: La qualité des services est améliorée</b>												
<b>1.1 Renforcer les capacités managériales de l'ECD</b>												
Appui à la supervision												
Appui à la coordination												
Appui au monitoring												
Appui à la planification												
Atelier régional inter régional de partage de l'expérience de monitoring												
Atelier régional de validation du guide révisé de monitoring des centres de santé												
Atelier national de révision des guides de monitoring des postes et centre de santé												
Appui au fonctionnement												
<b>1.2 Mettre en place des systèmes effectifs de gestion de ressources</b>												
Atelier d'écriture (rédaction) des guides de gestion du district et centre de santé												
Atelier national de restitution des guides de gestion du district et centre de santé												
Atelier de finalisation des guides de gestion du district et centre de santé												
Diffusion des nouveaux guides de gestion du district et centre de santé												
Orientation des ECD et personnel de santé sur les nouveaux guides de gestion												
Appuyer la formation/recyclage des dépositaires sur la gestion des ME												
<b>1.3 Assurer des soins de haute qualité</b>												
Organisation des stages dans les services d'urgences des HR pour le personnel des CS des DP												
Appui à l'organisation des formations cliniques du personnel des CS des DP (sur demande des ECD)												
<b>1.4 Organiser des services de haute qualité</b>												
Appui à la création d'un service de chirurgie générale aux CS de Kaffrine et Sokone (= élargissement du paquet de prestations chirurgicales)												
Appui institutionnel à la clinique de chirurgie générale de l'hôpital LE DANTEC												
Appui institutionnel à DSSP/MSP												
Organisation de la supervision de l'expérience de chirurgie de district												
Rencontre de concertation/coordination avec les services techniques du MSP												

	Jan	Févr	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
<b>1.5 Rationaliser (Protocoles de diagnostic et traitement,RA)</b>												
Appui à la réflexion nationale autour du développement de l'offre de soins chirurgicaux												
Appui aux initiatives de recherche action												
<b>RI 2: Les organes de participation communautaire à l'effort de la santé sont renforcés</b>												
<b>2.1 Rendre effectif les comités de gestion</b>												
<b>2.2 Former les membres du comité de gestion et du comité de santé</b>												
Appui à l'organisation de la formation des membres de COSA												
<b>2.3 Associer les comités de gestion à toute la vie des services de santé</b>												
Appui à la micro planification communautaire												
<b>2.4 Renforcer le dialogue entre les services de santé et la population</b>												
Diffusion des résultats des études sur la perception et l'enquête ménage												
Développement du site WEB du projet												
Développement d'un partenariat avec la presse pour la réalisation et diffusion des émissions sur la vie du projet												
Production des supports d'information (dépliants, affiches, calendriers, agendas etc.)												
Organisation des réunions de concertation (CDD) avec les collectivités des districts pilotes												
<b>RI.3. L'infrastructure du système de santé est adéquate</b>												
<b>3.1 Inventorier les infrastructures de santé</b>												
Finalisation de l'inventaire des travaux de Génie civil au niveau des centres de santé												
<b>3.2 Prioriser les travaux à effectuer</b>												
Etude technique des travaux complémentaires au niveau des centres de santé												
<b>3.3 Réhabiliter / construire</b>												
Réhabilitation/construction des postes de santé												
Réalisation des travaux complémentaires au niveau des centres de santé												
Réalisation des travaux complémentaires des bureaux des RM												
Suivi technique des travaux de Génie civil												
<b>3.4 Elaborer un plan de maintenance et contrôle d'hygiène</b>												
Atelier inter régional d'élaboration d'un plan de maintenance des districts pilotes												

	Jan	Févr	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
<b>RI.4 L'équipement nécessaire pour répondre à la demande de la population est en place au niveau de PS et CS</b>												
<b>4.1 Assurer un équipement minimum dans les PS et former personnel</b>												
Equiper l'ensemble des postes de santé de la zone du projet												
Orientation du personnel des postes sur l'utilisation de certains équipements techniques												
<b>4.2 Mettre en place l'équipement diagnostique au niveau du CS</b>												
Acquisition et installation de l'équipement diagnostic												
<b>4.3 Mettre en place l'équipement thérapeutique au niveau du CS</b>												
Acquisition et installation de l'équipement thérapeutique												
<b>4.4 Mettre en place un personnel formé / former le personnel existant</b>												
Plaidoyer pour l'affectation des techniciens de radiographie au niveau des CS pilotes												
Organisation des stages cliniques (Rx, Labo, bloc opératoire)												
<b>4.5 Communiquer les nouveaux services offerts aux populations</b>												
Organiser des journées portes ouvertes des centres de santé												
<b>4.6 Etablir un plan de maintenance et contrôle d'hygiène</b>												
Appui au monitoring de la fonctionnalité des équipements												
Appui à l'organisation et à la mise en œuvre des plans de maintenance												
<b>RI 5: Le système de référence – contre référence est fortifié</b>												
<b>5.1 Etablir une organisation claire des services au CS</b>												
Appui à l'organisation fonctionnelles des services cliniques des CS des DP (circuit des malades, SIS hospitalier, ME, permanence, etc.)												
<b>5.2 Mettre en place un équipement standard de communication</b>												
Finalisation de l'élaboration du cahier des charges												
Acquisition et installation du matériel de la téléphonie rurale												
<b>5.3 Mettre en place un système d'appel ou de transport</b>												
<b>5.4 Elaborer des outils de référence consensuels</b>												
Reprogrammation des OG de la RCR												
<b>5.5 Organiser au niveau des CS un service d'urgence</b>												
Appui à l'organisation des services des urgences												
Orienter le personnel de CS sur l'utilisation des nouveaux outils de RCR et les dossiers des malades												
Orienter le personnel les ICP sur l'utilisation des fiches de CAT devant les urgences												
<b>5.6 Compléter au nombre de 2 les ambulances par district</b>												

Acquisition des ambulances médicalisées	Activité terminée											
	Jan	Févr	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
<b>5.7 Organiser la concertation avec toutes les parties-prenantes</b>												
Organisation réunions de concertation entre ECD et services techniques régionaux (CHR de Kaolack)												
<b>5.8 Evaluer périodiquement le feedback</b>												
Organiser des rencontres de feedback au niveau des ECD												
<b>5.9 Augmenter PCA au CS ou pour décentraliser activités aux PS</b>												
<b>RI 6 : L'accès financier de la population aux soins de santé est amélioré</b>												
<b>6.1 Promouvoir la formation de mutuelles de santé</b>												
Appui aux programmes de sensibilisation des populations sur le partage du risque maladie par les MS												
Documentation/Evaluation/restitution de l'initiative « assurance maladie des élèves »												
Elargissement/capitalisation de l'initiative « assurance maladie des élèves »												
Appui à la mise en place des MS dans les districts pilotes de Fatick												
Appui à la mise en place d'une union des MS dans la RM de Fatick												
Diffusion des résultats des RA (perception & enquête ménage) – cf supra												
Appui aux missions de suivi/évaluation												
Equiper les MS de grande taille et unions/cadres locaux en matériel informatique												
Dotation des MS en outils de gestion												
Appui à l'organisation des formations												
Appui aux missions de suivi/évaluation												
<b>6.2 Introduction du système de paiement par épisode</b>												
Mise en œuvre de RA sur la tarification forfaitaire												
Etude sur les coûts normatifs et réels de production des soins au niveau des CS												
<b>Autres activités</b>												
Organisation du comité de pilotage												
Mission du suivi scientifique												
Attribution des bourses de formation (PM)												
Fonctionnement des bureaux du projet (Administration du projet)												

## 8.2 Planning financier de l'année N+1

	Budget total	Dépensé fin 2007	Solde fin 2007	Dépenses prévues 2008					Prévision dépenses fin 2008	Solde fin 2008	Taux exécuté Fin 2008
				Q1	Q2	Q3	Q4	Total			
<b>A Activités</b>	<b>6 020,7</b>	<b>2 574,9</b>	<b>3 445,8</b>	<b>130,9</b>	<b>432,7</b>	<b>120,3</b>	<b>850,2</b>	<b>1 534,1</b>	<b>4 109,0</b>	<b>1 911,6</b>	<b>68%</b>
01 La qualité des services est améliorée	1 070,1	383,7	686,4	66,8	91,0	61,7	47,0	266,4	650,1	419,8	61%
01 Mettre en place des systèmes de gestion de ressources	125,7	15,7	110,0	3,8	8,3	10,2	1,5	23,8	39,5	86,2	31%
02 Renforcer les capacités managériales de l'ECD	672,9	334,2	338,8	53,1	24,8	21,0	21,0	120,0	454,1	218,8	67%
03 Assurer des soins de haute qualité	71,2	10,6	60,6	8,4	13,7	9,9	4,6	36,6	47,2	23,9	66%
04 Organiser des services de haute qualité	195,3	23,3	172,0	0,8	43,4	19,8	19,1	83,0	106,3	89,0	54%
05 Rationaliser (Protocoles, Recherche action)	5,0	0,0	5,0	0,8	0,8	0,8	0,8	3,0	3,0	2,0	61%
06 Imprévus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0%
02 Le rôle des Comités de Gestion dans le cadre de la décentralisation et la participation communautaires sont renforcés	263,3	43,1	220,2	22,9	10,7	3,0	12,2	48,8	91,9	171,4	35%
01 Rendre effectif les comités de gestion	20,6	2,4	18,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	18,1	12%
02 Former les membres du CoGe et du CoSa	45,2	0,0	45,2	6,1	6,1	0,0	0,0	12,2	12,2	33,0	27%
03 Associer les comités de gestion à toute la vie des SS	81,6	13,0	68,6	11,4	0,0	0,0	0,0	11,4	24,4	57,2	30%
04 Renforcer le dialogue entre les SS et la population	116,0	27,7	88,3	5,3	4,6	3,0	12,2	25,2	52,9	63,1	46%
05 Imprévus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0%
03 L'infrastructure du système de santé est adéquate	2 280,5	1 490,9	789,5	13,4	30,4	5,9	54,6	104,3	1 595,2	685,2	70%
01 Inventorier les infrastructures de santé	8,1	5,1	3,0	2,3	0,0	0,0	0,0	2,3	7,4	0,7	91%
02 Prioriser les travaux à effectuer	4,4	1,4	3,0	2,7	0,0	0,0	0,0	2,7	4,1	0,3	94%
03 Réhabiliter/ construire	2 230,7	1 467,1	763,5	4,6	30,4	5,9	54,6	95,5	1 562,6	668,1	70%
04 Elaborer un plan de maintenance et contrôle d'hygiène	21,2	1,2	20,0	3,8	0,0	0,0	0,0	3,8	5,0	16,2	24%
05 Sous traitance volet génie civil	16,1	16,1	-0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,1	0,0	100%
06 Imprévus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0%
04 L'équipement est en place au niveau de PS et CS	1 423,6	316,1	1 107,5	4,6	276,7	12,0	674,2	967,4	1 283,5	140,1	90%
01 Assurer équipement minimum (PS) et former personnel	509,7	221,6	288,1	4,6	274,4	0,0	0,0	279,0	500,6	9,1	98%
02 Mettre en place l'équipement diagnostique au CS	392,9	2,9	390,0	0,0	0,0	0,0	341,2	341,2	344,1	48,8	88%
03 Mettre en plan l'équipement thérapeutique au CS	448,3	88,3	360,0	0,0	0,0	0,0	324,1	324,1	412,3	35,9	92%

04 Mettre en place personnel formé / former personnel existant	23,4	3,4	20,0	0,0	0,0	7,6	7,6	15,2	18,6	4,8	80%
05 Communiquer les nouveaux services aux populations	19,4	0,0	19,4	0,0	0,0	2,3	0,0	2,3	2,3	17,1	12%
06 Etablir un plan de maintenance et contrôle d'hygiène	30,0	0,0	30,0	0,0	2,3	2,0	1,3	5,6	5,6	24,4	19%
08 Imprévu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0%
<b>05 Le système de référence - contre référence est renforcé</b>	<b>715,9</b>	<b>289,9</b>	<b>426,0</b>	<b>2,3</b>	<b>10,9</b>	<b>3,7</b>	<b>33,3</b>	<b>50,2</b>	<b>340,1</b>	<b>375,8</b>	<b>48%</b>
01 Etablir une organisation claire des services au CS	30,4	19,4	11,0	0,8	0,8	0,7	0,8	2,9	22,4	8,1	74%
02 Mettre en place un équipement de communication	353,9	31,9	322,0	1,5	0,0	0,0	31,0	32,5	64,5	289,5	18%
03 Mettre en place un système d'appel ou de transport	3,1	1,1	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	2,0	36%
04 Elaborer des outils de référence consensuels	5,3	3,3	2,0	0,0	1,5	0,0	0,0	1,5	4,8	0,5	91%
05 Organiser au niveau des CS un service d'urgence	19,0	0,0	19,0	0,0	7,6	0,0	0,0	7,6	7,6	11,4	40%
06 Compléter au nombre de 2 les ambulances par district	223,2	223,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	223,2	0,0	100%
07 Organiser concertation avec toutes les parties-prenantes	11,1	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0	100%
08 Evaluer périodiquement le feedback	25,0	0,0	25,0	0,0	1,0	0,8	1,5	3,3	3,3	21,7	13%
09 Augmenter PCA au CS ou décentraliser activités au PS	45,0	0,0	45,0	0,0	0,0	2,3	0,0	2,3	2,3	42,7	5%
10 Imprévu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0%
<b>06 L'accessibilité financière est améliorée</b>	<b>267,3</b>	<b>51,0</b>	<b>216,3</b>	<b>21,0</b>	<b>13,0</b>	<b>34,0</b>	<b>29,0</b>	<b>97,0</b>	<b>148,0</b>	<b>119,3</b>	<b>55%</b>
01 Promouvoir le fonctionnement des mutuelles de santé	237,3	51,0	186,3	19,5	9,0	28,0	27,0	83,5	134,5	102,8	57%
02 Mettre en place paiement par épisode ou forfait	30,0	0,0	30,0	1,5	4,0	6,0	2,0	13,5	13,5	16,5	45%
03 Imprévu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0%
<b>X RESERVE</b>	<b>445,8</b>	<b>0,0</b>	<b>445,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0%</b>
01 Réserve	445,8	0,0	445,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0%
01 Réserve	445,8	0,0	445,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0%
<b>Z Moyens globaux</b>	<b>2 740,7</b>	<b>924,0</b>	<b>1 816,7</b>	<b>135,5</b>	<b>111,0</b>	<b>123,4</b>	<b>187,2</b>	<b>557,1</b>	<b>1 481,1</b>	<b>860,3</b>	<b>54%</b>
01 Moyens globaux Cogestion	757,2	337,4	419,8	30,0	34,0	46,0	52,8	162,8	500,2	239,2	66%
01 Personnel national	427,2	121,9	305,3	22,0	22,0	22,0	23,8	89,8	211,7	215,5	50%
02 Imprévu	31,9	0,0	31,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0%
09 Investissement	88,0	102,1	-14,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	102,1	0,0	116%
10 Fonctionnement	210,1	113,4	96,7	8,0	12,0	24,0	29,0	73,0	186,4	23,7	89%
<b>02 Moyens globaux Régie</b>	<b>1 983,5</b>	<b>586,6</b>	<b>1 396,9</b>	<b>105,5</b>	<b>77,0</b>	<b>77,4</b>	<b>134,4</b>	<b>394,3</b>	<b>980,9</b>	<b>621,1</b>	<b>49%</b>
01 Assistance technique internationale	1 200,0	361,7	838,3	48,5	58,0	57,9	60,0	224,4	586,1	350,4	49%
02 Appui conseil	61,0	0,0	61,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	61,0	0%

**Coopération Technique Belge**

03 Bourses	140,0	81,0	59,0	15,0	10,0	15,0	15,0	55,0	136,0	4,0	97%
04 Moyens logistiques	156,5	77,7	78,8	0,0	5,0	0,0	5,0	10,0	87,7	68,8	56%
05 Fonctionnement	80,0	45,6	34,4	4,5	4,0	4,5	4,4	17,4	63,0	17,0	79%
06 Monitoring et évaluation	346,0	20,6	325,4	37,5	0,0	0,0	50,0	87,5	108,1	120,0	31%
<b>REGIE</b>	<b>1 983,5</b>	<b>586,6</b>	<b>1 396,9</b>	<b>105,5</b>	<b>77,0</b>	<b>77,4</b>	<b>134,4</b>	<b>394,3</b>	<b>980,9</b>	<b>621,1</b>	<b>49%</b>
<b>COGESTION</b>	<b>7 223,7</b>	<b>2 912,3</b>	<b>4 311,4</b>	<b>160,9</b>	<b>466,7</b>	<b>166,3</b>	<b>903,0</b>	<b>1 696,9</b>	<b>4 609,2</b>	<b>2 150,8</b>	<b>64%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>9 207,2</b>	<b>3 498,8</b>	<b>5 708,3</b>	<b>266,5</b>	<b>543,7</b>	<b>243,7</b>	<b>037,4</b>	<b>2 091,3</b>	<b>5 590,1</b>	<b>2 772,0</b>	<b>61%</b>

1

## 9 CONCLUSIONS

### 9.1 Activités et Finances

Les activités exécutées s'inscrivent dans une optique de développement du système de santé régional. Sans trop s'écarter des orientations du cadre logique et en interaction permanente avec les autres acteurs, l'équipe réagit avec flexibilité aux contraintes et opportunités du contexte et cherche à identifier et mettre en œuvre des stratégies pertinentes et efficaces pour atteindre l'objectif de l'intervention.

Le taux d'exécution global du budget est tout à fait compatible aux 17 mois de mise en œuvre du projet et équilibré entre dépenses liées aux activités et moyens globaux, entre investissements et appui technique, entre régie et cogestion.

A ce stade de mise en œuvre du projet, l'analyse du budget montre en suffisance la nécessité de précéder à une révision budgétaire de manière à corriger la suralimentation de certains volets ou lignes en faveur de ceux qui s'avèrent être déficitaires.

### 9.2 Critères de suivi

#### 9.2.1 Efficience

Même si certaines projections (par ailleurs assez ambitieuses) n'ont pas été tout à fait atteintes au cours de l'année sous revue, le développement des indicateurs (du moins ceux dont les données sont disponibles) est globalement positif et encourageant. A cela faut-il ajouter certains résultats qualitatifs produits par le projet mais au niveau desquels les indicateurs quantitatifs restent muets.

Bien que le projet ASSRMKF ne soit pas le seul intervenant pour certains indicateurs, sa contribution substantielle aux performances réalisées et/ou à réaliser par ses deux régions d'intervention n'est plus à démontrer.

#### 9.2.2 Efficacité

Le même constat peut être fait par rapport à l'efficacité en dépit de l'influence de certains facteurs (institutionnels ou administratifs) peu favorables à l'atteinte de l'objectif dans le délai prévu. Toutefois, il est encourageant de voir combien les professionnels de la santé à tous les niveaux et les collectivités se disent être satisfaits avec des orientations et stratégies du projet. C'est dans cette dynamique que l'équipe du projet entend se baser sur les résultats de l'étude sur la perception de l'offre de soins par les usagers pour définir avec ses partenaires les priorités d'intervention pour la suite (priorités devant prendre en compte l'essentiel des préoccupations exprimées par les destinataires des services de santé des deux régions du projet)

#### 9.2.3 Durabilité

Bien que le projet veille en permanence sur les conditions de durabilité, particulièrement sur l'appropriation par le partenaire, il est clair qu'une durée de quatre ans est trop courte pour traduire certaines stratégies en résultat durable (comme par exemple la décentralisation de la chirurgie). Aussi faut-il reconnaître que dans un système de santé qui fonctionne dans une logique de programmes, il n'est pas évident d'amener les professionnels à développer une vision systémique



## 9.3 Avis de la SMCL sur les recommandations

9.3.1 Recommandations relatives au planning des activités

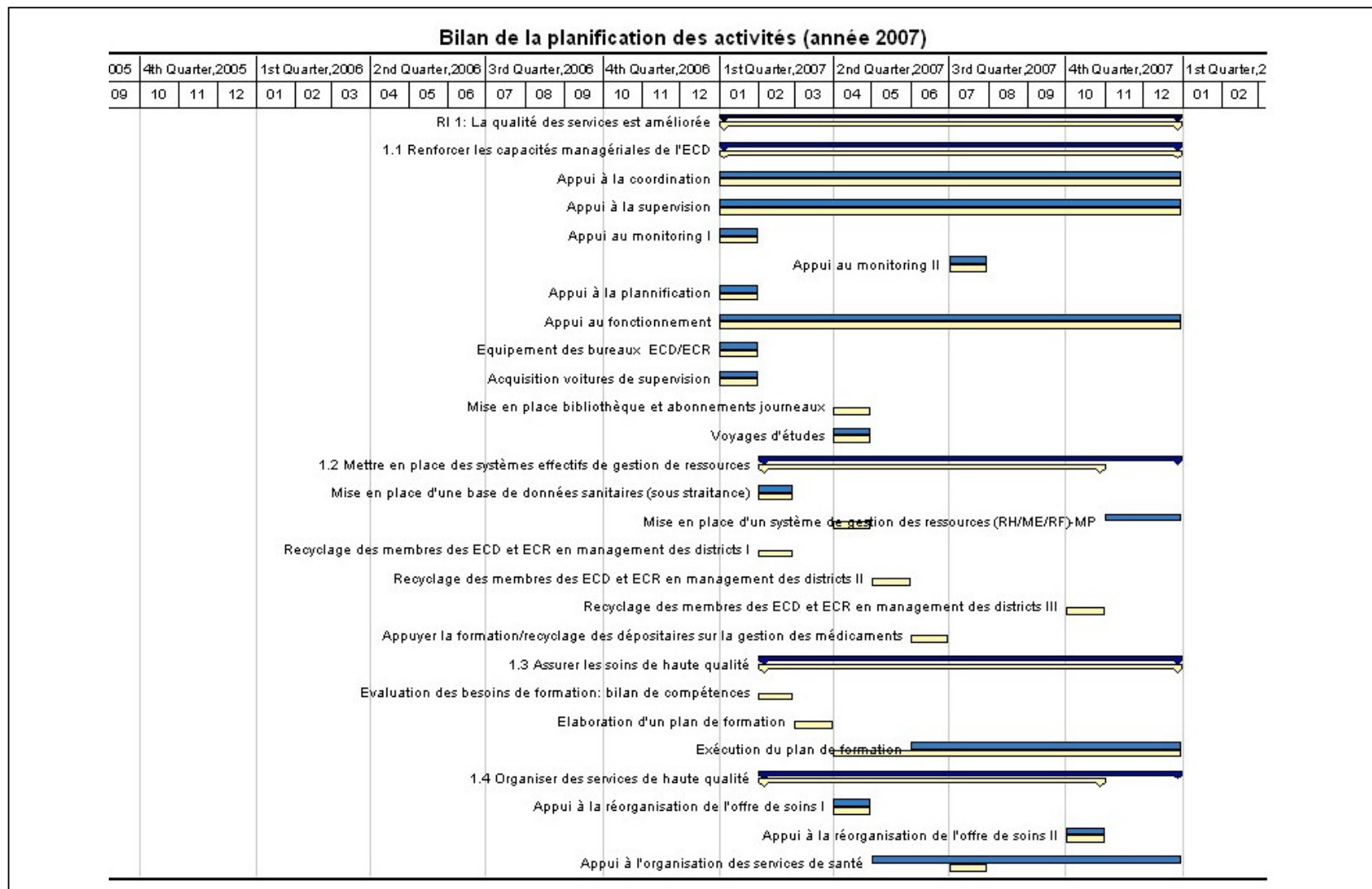
9.3.2 Recommandations relatives au planning financier

9.3.3 Recommandations relatives au Cadre logique

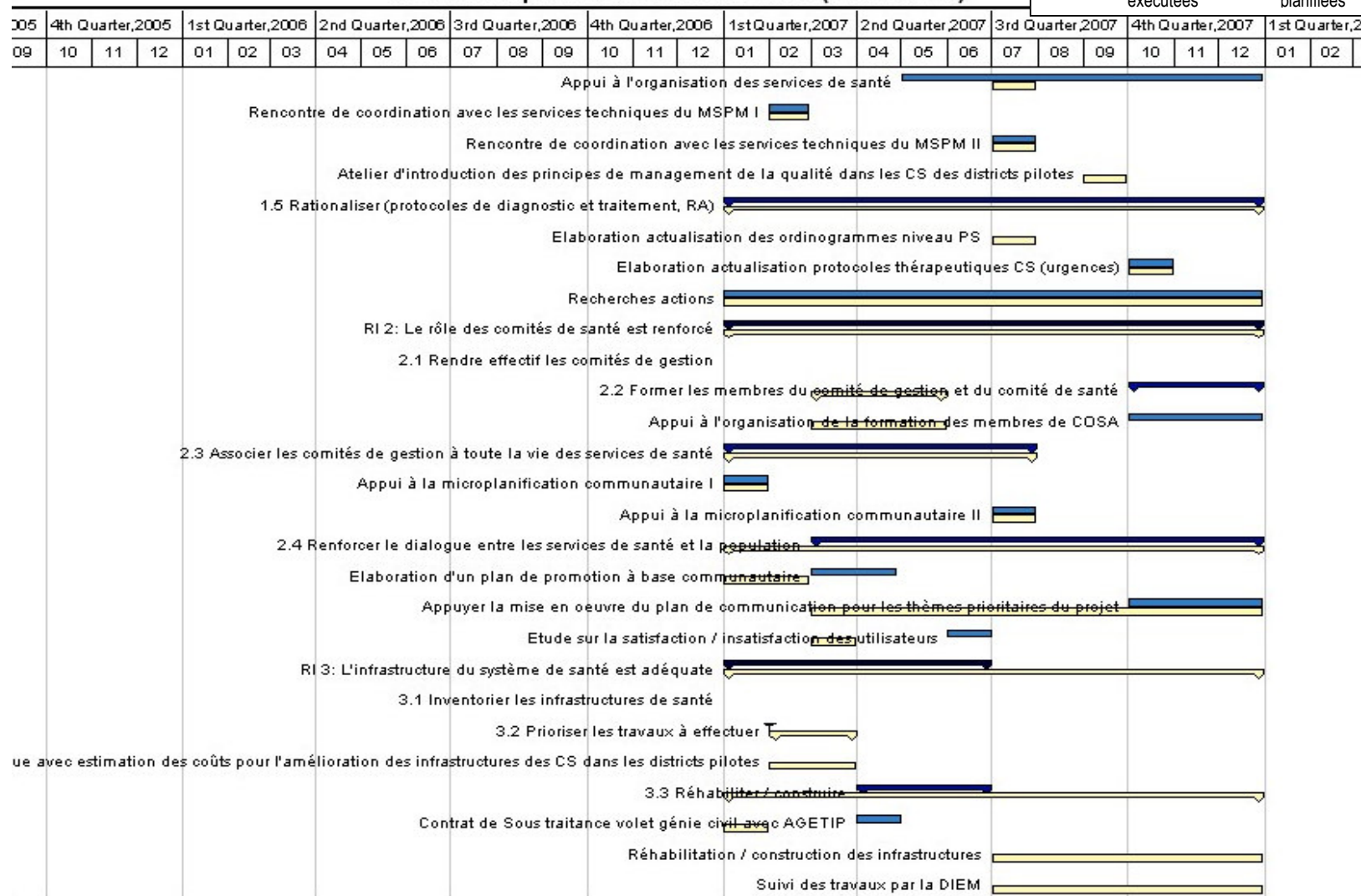
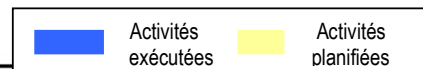
9.3.4 Autres recommandations

## 10. ANNEXES

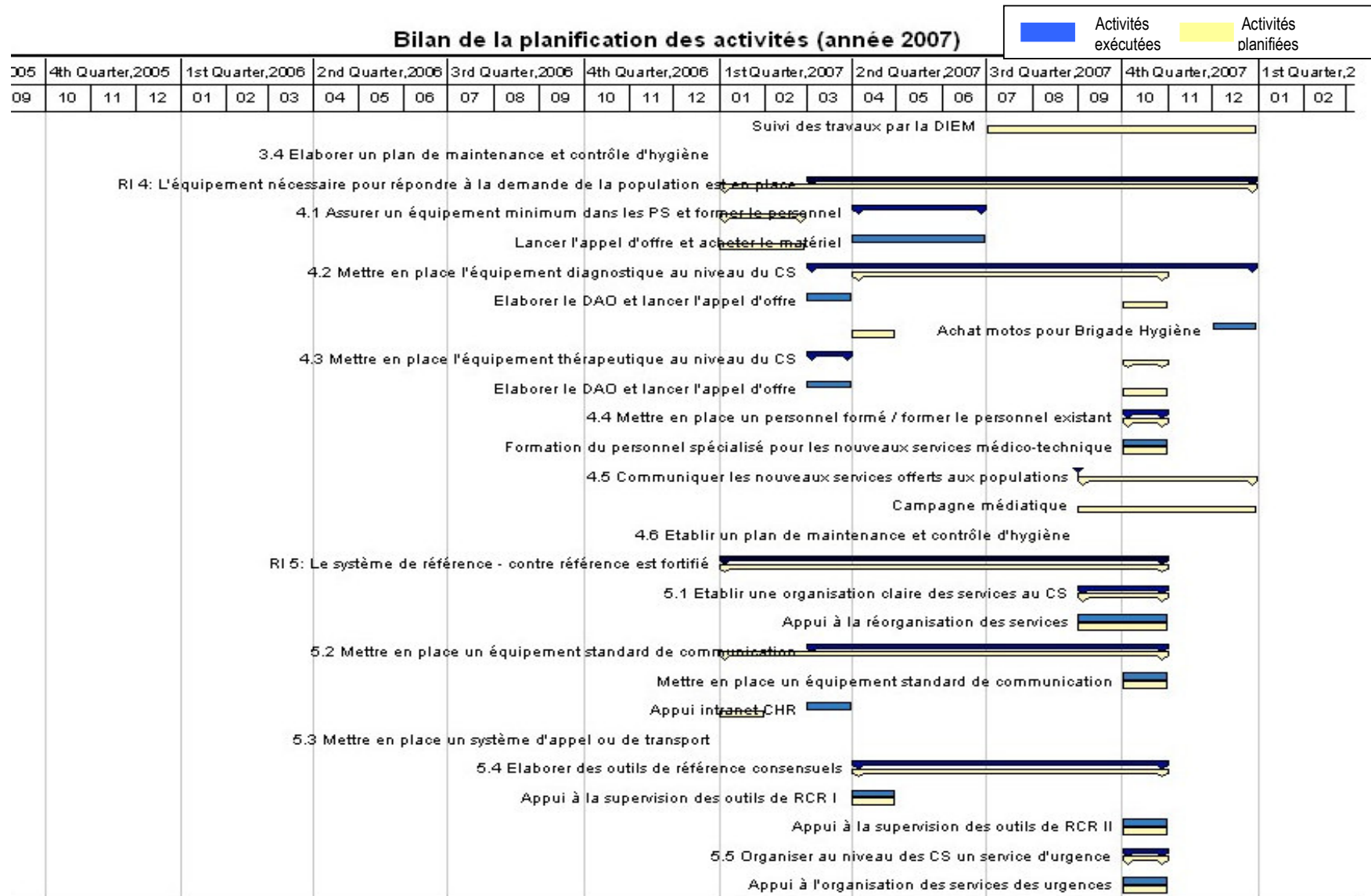
### 10.1 Tracking Gantt view / Activités



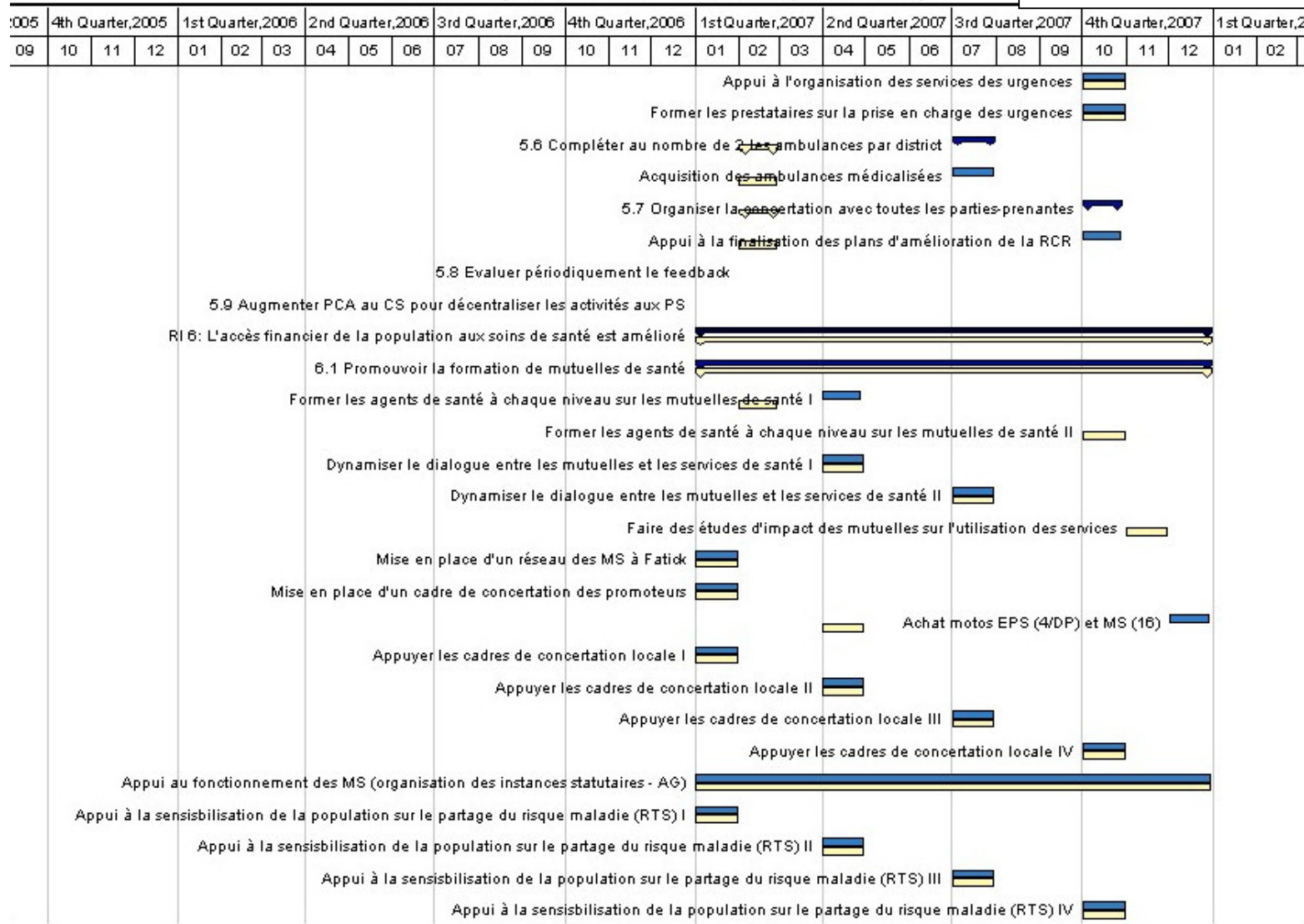
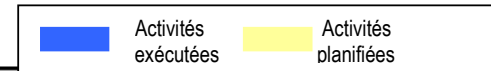
Bilan de la planification des activités (année 2007)



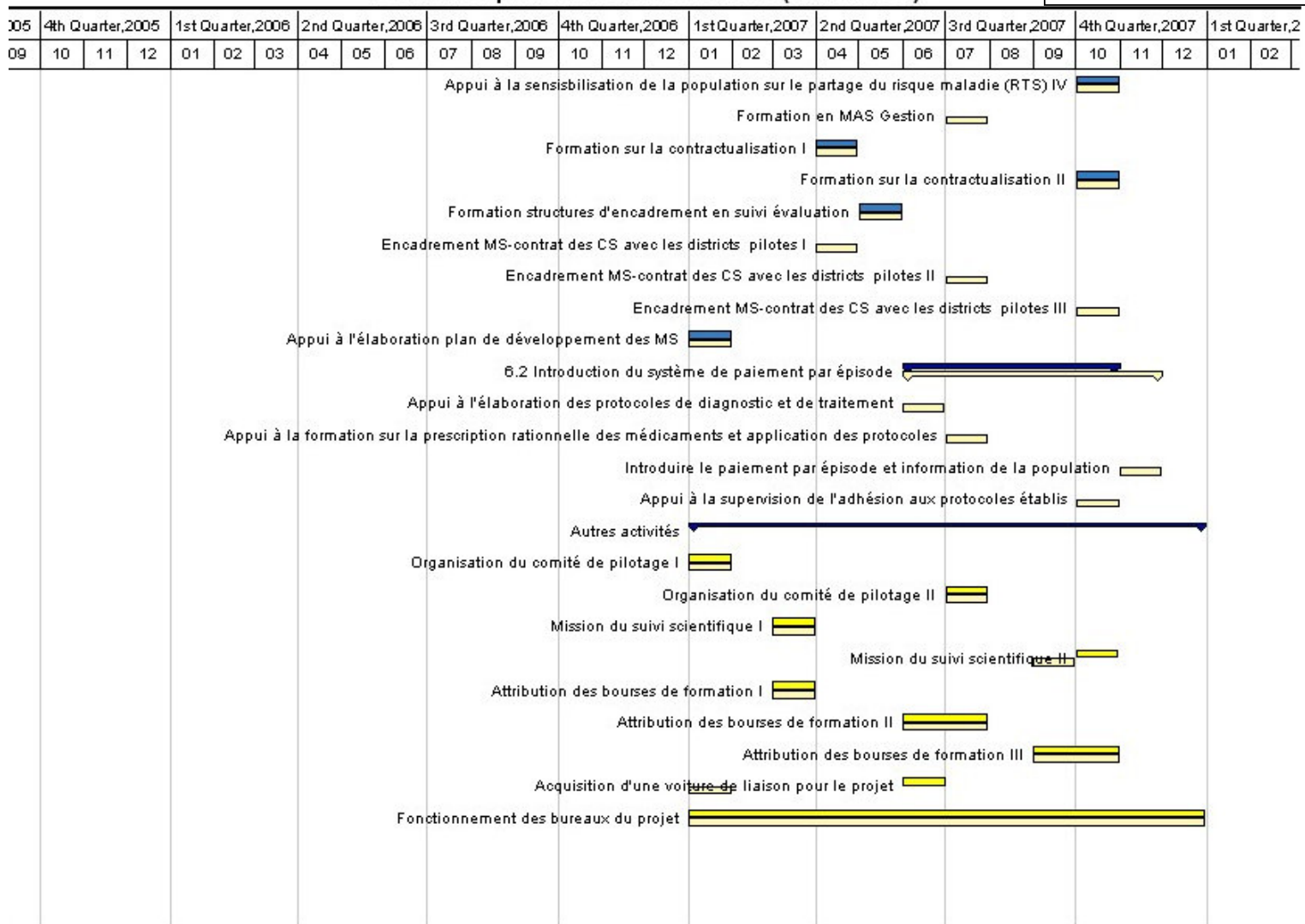
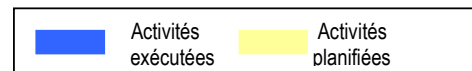
## Bilan de la planification des activités (année 2007)



### Bilan de la planification des activités (année 2007)



Bilan de la planification des activités (année 2007)



## 10.2 Aperçu des marchés publics

	Intitulé du CSC	Montant final du marché		Mode passation marché	Observation
		XOF	(€)		
ASSRMKF	Convention de Maîtrise d'ouvrage avec l'AGETIP portant Réhabilitation de 36 postes de santé dans les Régions Médicales de Kaolack et de Fatick	1 202 040 000	1 832 498		En cours d'exécution
ASSRMKF	Réhabilitation des Centres de Santé				A exécuter
ASSRMKF	Marché N° F/016/FM pour la Fourniture de 02 véhicules de supervision TOYOTA LAND CRUISER PRADO GX STATION WAGON 4X4 Tout terrain pour les régions médicales de Kaolack et de Fatick	38 137 167	58 139,736	Appel d'Offres	Exécuté
ASSRMKF	Marché N° F/017/FM pour la Fourniture de 05 véhicules de supervision double cabine PICK UP 4X4 NISSAN HARBODY 3,2 D pour les districts sanitaires de Kaffrine, Koungeul, Sokone et Gossas et la Direction du Projet ASSRMKF	54 517 376	83 111,204	Appel d'Offres	Exécuté
ASSRMKF	Marché N° F/148/FM pour la Fourniture de 04 Ambulances médicalisées tout terrain pour les districts sanitaires de Kaffrine, Koungeul, Sokone et Gossas.	145 004 000	221 057,173	Appel d'Offres	Exécuté
ASSRMKF	ECD/ECR marché N° F/003/FM Mobilier de Bureau, Matériel Informatique et Matériel IEC	70 900 635	108 087,321	Appel d'Offres	Exécuté
ASSRMKF	Equipement Postes de Santé: marché N° F/007/FM Matériel Instrumentation, Matériel Médicale, Matériel Hospitalier et Mobilier de Bureau	322 204 009	491 196,845	Appel d'Offres	Exécuté
ASSRMKF	Marché N° F/009/FM pour la fourniture de 30 motos	56 866 740	86 692,786	Appel d'Offres	Exécuté
ASSRMKF	Equipement centres de santés	481 784 000	734 474,973	Appel d'Offres	A exécuter
	Téléphonie Rurale				A exécuter
ASSRMKF	Câblage Installation et Configuration Réseau L.A.N Informatique au Niveau des centres de Santé de Kaffrine, Koungeul, Sokone et Gossas	7 716 250	11 763,347		Exécuté
ASSRMKF	Achat Consommable Informatique et Confection housse de Protection	220 000	335,388		Exécuté
ASSRMKF	Achat de Matériel Froid pour le Bureau de Fatick	420 000	640,286		Exécuté
ASSRMKF	Nom de Domaine, Hébergement et Messagerie site Web	122 000	185,988		Exécuté
ASSRMKF	Confection de Cachets Automatique, Planche de Bureau et Autocollant couleur	361 000	550,341		Exécuté
ASSRMKF	Acquisition et Installation d'un Réseau Téléphonique pour les régions Médicales de Kaolack et Fatick	10 615 250	16 182,844		Exécuté
ASSRMKF	Achat de Clefs USB 2GB	490 000	747,000		Exécuté
ASSRMKF	Réparation portes et fenêtres, onze portes à rideaux, boîte disjoncteur et de deux grillages	154 070	234,878		Exécuté

ASSRMKF	Installation Electrique: Prise, câblage pour les climatiseurs Split, Installation combinés modulaires et brasseurs d'Air	510 175	777,757	Exécuté
ASSRMKF	Fourniture et Pose de 05 Climatiseurs Split au Bureau du Projet ASSRMKF à Kaolack	1 750 000	2 667,858	Exécuté
ASSRMKF	Confection d'une Armoire Bass, d'un Etagère et de Deux Tableaux d'Affichage avec grillage	573 975	875,019	Exécuté
ASSRMKF	Achat Fournitures de Bureau	1 260 090	1 920,995	Exécuté
ASSRMKF	Fourniture et Pose Débitmètre et accessoires pour la salle d'opération du Centre de Santé de Gossas	945 000	1 440,643	Exécuté
ASSRMKF	Achat Consommable Informatique ( cartouches imprimantes)	1 258 350	1 918,342	Exécuté
ASSRMKF	Achat Consommable Informatique	194 500	296,513	Exécuté
ASSRMKF	Câblage Installation et Configuration Réseau Téléphonique et Informatique pour les nouveaux locaux du Projet ASSRMKF à Kaolack	1 029 250	1 569,081	Exécuté
ASSRMKF	Etude de la Perception Communautaire sur les Prestations Offertes dans les Formations sanitaires des Districts Sanitaires de Sokone, Gossas, Kaffrine et Kounghoul	9 918 000	15 119,893	Exécuté
ASSRMKF	Reproduction Guide de Monitoring pour les Postes de Santé des Régions Médicales de Kaolack et de Fatik	2 625 000	4 001,787	Exécuté
ASSRMKF	Installation Centrale Téléphonique et Réseau L.A.N Bureau ASSRMKF Fatik	188 000	286,604	Exécuté
ASSRMKF	Equipement en Mobilier de Bureau	2 389 000	3 642,007	Exécuté
ASSRMKF	Fourniture d'un Salon d'Attente + une Table de cinq support en bois pour unité centrale ordinateur et une table de réception	562 500	857,526	Exécuté
ASSRMKF	Reproduction Guide de Monitoring (Version test)	562 500	857,526	Exécuté
ASSRMKF	Confection Enseigne Lumineuse uni face et Panneau d'Orientation	620 000	945,184	Exécuté
ASSRMKF	Fourniture et pose de 02 climatiseurs Split bureau ASSRMKF Kaolack	600 000	914,694	Exécuté
ASSRMKF	Achat Fournitures de Bureau	398 750	607,890	Exécuté
ASSRMKF	Equipement en Mobilier de Bureau en régie	1 650 000	2 515,409	Exécuté
ASSRMKF	Fourniture et pose d'un groupe électrogène	7 767 187	11 841,000	Exécuté
ASSRMKF	Equipements pédagogiques pour la chaire de chirurgie	1 650 000	2 515,409	Exécuté
ASSRMKF	Pneus véhicule projet en cogestion	600 000	914,694	Exécuté
ASSRMKF	Pneus véhicule projet en régie	1 200 000	1 829,388	Exécuté
ASSRMKF	Reproduction carnets de contre référence	2 000 000	3 048,980	Exécuté
ASSRMKF	Reprise plomberie du bureau	227 220	346,394	Exécuté
ASSRMKF	Reproduction fiches vaccinales enfants et cartes de membres mutuels de santé	2 000 000	3 048,980	Exécuté
ASSRMKF	Registres des mutuelles de santé	139 500	212,666	Exécuté
ASSRMKF	Etude pour élaboration cahier de charge pour la téléphonie	3 600 000	5 488,165	Exécuté
ASSRMKF	Produits d'entretien projet ASSRMKF	691 200	1 053,727	Exécuté
ASSRMKF	Confection d'Outils de gestion pour les structures sanitaires	5 695 000	8 681,972	Exécuté



ASSRMKF	Maintenance/Suivi installation Réseau et Equipements Informatique des Centres de Santé de Sokone, Gossas, Kaffrine et Kougheul	<b>300 001</b>	<b>457,348</b>		Exécuté
ASSRMKF	Valorisation de l'Etude qualitative relative à la Perception Communautaire sur les Prestations Offertes dans les Formations Sanitaires des Districts Sanitaires de Gossas, Sokone, Kaffrine et Kougheul	<b>4 000 000</b>	<b>6 097,961</b>		En cours d'exécution
ASSRMKF	Achat Mobilier de Bureau	<b>145 000</b>	<b>221,051</b>		Exécuté
ASSRMKF	Achat Fournitures de Bureau	<b>5 552 660</b>	<b>8 464,976</b>		Exécuté
ASSRMKF	Confection de 212 Boites aux Lettres au niveau des Centres de Santé des Régions Médicales de Kaolack et Fatick	<b>3 450 000</b>	<b>5 259,491</b>		Exécuté