

CTB SÉNÉGAL



RAPPORT FINAL

**APPUI AUX SYSTEMES DE SANTE DES
REGIONS MEDICALES DE KAOLACK ET
FATICK (ASSRMKF) / SEN 04 009 11**

Table des matières

INFORMATIONS DE BASE SUR LA PRESTATION.....	3
PREMIÈRE PARTIE : APPRECIATION.....	4
DEUXIÈME PARTIE : RÉSUMÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRESTATION.....	8
TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET ANALYSES.	18
QUATRIEME PARTIE : ANNEXES.....	34
ANNEXE 1: RÉSUMÉ DES RÉSULTATS ET DES ACTIVITÉS (EN FONCTION DU CADRE LOGIQUE)	35
ANNEXE 2: ETAT DES DÉPENSES AU 30 SEPTEMBRE 2010 (EN EUROS).....	44
ANNEXE 3: TAUX DE DÉBOURSEMENT DE LA PRESTATION (EN EUROS)	46
ANNEXE 4: PERSONNEL DE LA PRESTATION	47
ANNEXE 5: SOUS-TRAITANCE ET APPELS D'OFFRES.....	49
ANNEXE 6: EQUIPEMENTS.....	72
ANNEXE 7: FORMATIONS.....	75
ANNEXE 8: INTERVENTIONS DES BAILLEURS DE FONDS.....	83
ANNEXE 9 : ENGAGEMENTS	84

RAPPORT FINAL

APPUI AUX SYSTEMES DE SANTE DES REGIONS MEDICALES DE KAOLACK ET FATICK (ASSRMKF) /SEN 04 009 11

INFORMATIONS DE BASE SUR LA PRESTATION.

Pays : SENEGAL

Secteur et sous –secteur CAD : 12220 Soins de Santé Primaires

Institution nationale ou régionale chargée de l'exécution : Ministère de la Santé et de la Prévention

Agences d'exécution : Agence belge de Développement (CTB)

Nbre d'experts en coopération internationale de la CTB : 2 (deux)

Durée de la prestation (selon AS/CS) : 66 mois

Date de démarrage de la prestation :
Selon AS/CS : 02/12/2005
Effective : 16/05/2006

Date de clôture de la prestation :
Selon AS/CS : 01/06/2011
Effective : 31/12/2010

Modalités de gestion de la prestation : Cogestion

Budget total de la prestation : 11.802.977 EUR

Période couverte par le rapport : 16/05/2006-30/09/2011

Annexes	Oui	Non
1. Résumé des résultats	X	
2. Etat des recettes et dépenses de l'année sous revue	X	
3. Taux de déboursement de la prestation	X	
4. Personnel de la prestation	X	
5. Sous-traitance et appels d'offres	X	
6. Equipements	X	
7. Formations	X	
8. Bailleurs de fonds	X	
9. Engagements	X	

PREMIÈRE PARTIE : APPRECIATION

Appréciez la pertinence et la performance de la prestation en utilisant les appréciations suivantes:

- 1. - Très satisfaisant
- 2. - Satisfaisant
- 3. - Non satisfaisant, malgré certains éléments positifs
- 4. - Non satisfaisant
- X. - Sans objet

Inscrivez vos réponses dans la colonne correspondant à votre rôle dans l'exécution de la prestation :

	Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
PERTINENCE¹ (cf. PRIMA, §70, p.19)		
1. Quelle est la pertinence de la prestation par rapport aux priorités nationales de développement?	1	1
2. Quelle est la pertinence de la prestation par rapport à la politique belge de développement?		
Indiquez votre score par rapport aux trois thèmes ci-dessous :		
a) Genre	2	1
b) Environnement	2	1
c) Economie sociale	2	2
3. Les objectifs de la prestation étaient-ils toujours pertinents ?	1	1
4. La prestation a-t-elle répondu aux besoins des groupes cibles?	2	2
5. En fonction de ses objectifs, la prestation s'est elle appuyée sur les organes locaux d'exécution appropriés?	1	1

¹ Selon le PRIMA, §70, p.19, il s'agit "d'apprécier si les choix des objectifs, les choix des groupes cibles et des organes locaux d'exécution restent pertinents et cohérents par rapport aux principes généraux relatifs à une aide efficace et efficiente, ainsi que par rapport à l'application des politiques et stratégies locales, régionales, internationales et belges de développement ».

	Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
PERFORMANCE² (PRIMA, §71, pp.19-20)		
1. Les résultats obtenus par la prestation ont-ils contribué à la réalisation de ses objectifs ³ ? (efficacité)	2	2
2. Appréciez la qualité des résultats intermédiaires (efficacité)	2	2
3. Les modalités de gestion de la prestation ont-elle été appropriées? (efficacité)	1	1
4. Les ressources de la prestation ont-elles été suffisantes sur le plan de (efficacité) :		
a. Ressources financières?	2	1
b. Ressources humaines ?	2	2
c. Matériel et équipements ?	1	1
5. Les ressources de la prestation ont-elles été utilisées efficacement et optimisées pour obtenir les résultats attendus? (efficacité)	2	2
6. La prestation a-t-elle été satisfaisante sur le plan coût-efficacité par rapport à des interventions similaires? (efficacité)	2	1
7. Sur base du planning d'exécution, appréciez la rapidité d'exécution de la prestation. (respect des délais)	2	2

Indiquez votre appréciation globale de la prestation *en utilisant les appréciations suivantes*:

- | |
|---|
| <p>1 - Très satisfaisant
 2 - Satisfaisant
 3 - Non satisfaisant, malgré certains éléments positifs
 4 - Non satisfaisant
 X - Sans objet</p> |
|---|

	Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
Appréciation globale de la prestation	2	2

² Selon le PRIMA, §71, pp. 19-20, il convient « d'apprécier et de mesurer les performances convenues dans les phases de préparation selon les 4 critères et les indicateurs établis pendant la formulation. (Les 4 critères sont efficacité, efficacité, respect des délais et qualité du personnel).

³ voir annexe 1 pour plus de détails

Expliquez les raisons de votre appréciation, qui peut dépasser le cadre strict des critères de pertinence et de performance ci-dessus et être différente de l'appréciation donnée pour ceux-ci.

Selon le rapport d'évaluation finale, le projet est jugé très pertinent au moment de sa conception à travers son objectif général « L'état de santé de la population des Régions de Kaolack et Fatik est amélioré » qui est en conformité les politiques et priorités du PNDS. Il en est de même pour son objectif spécifique « l'accès de la population à des soins de qualité est amélioré » qui est en parfaite cohérence avec les besoins des bénéficiaires directs et indirects de sa zone d'intervention.

La stratégie d'intervention axée sur les Districts sanitaires avec un ancrage institutionnel au niveau des régions médicales est aussi assez pertinente.

L'efficacité s'est avérée satisfaisante dans la mesure où les investissements majeurs (infrastructures et équipements) ont été réalisés dans des délais assez courts, en début de projet, avec une qualité avérée et en respectant les prévisions budgétaires initiales. Aussi, l'exécution financière est-elle restée globalement cohérente avec les bilans physiques. Cependant, le retard observé dans l'installation de certains équipements (tels ceux de la téléphonie rurale) constitue un facteur d'inefficacité.

L'efficacité a été jugée bonne. En effet, l'exécution des différentes activités dans la perspective d'atteindre les six résultats intermédiaires s'est faite de manière globalement satisfaisante comme l'indique le bilan de la mise en œuvre⁴. Cette efficacité s'est traduite par un niveau d'atteinte estimé entre 75% et 95% des six résultats intermédiaires. Le projet a par ailleurs contribué à la mise en place d'un environnement favorable à l'obtention de soins de qualité grâce à la combinaison de certaines actions dont : (i) la mise en place d'outils techniques, la formation du personnel, la supervision des agents et le monitoring des activités et (ii) la mise en place d'un système de référence et contre référence apte à assurer la continuité des soins (les témoignages sur la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence et la chirurgie sont significatifs de l'efficacité des interventions). Le projet a également promu une approche basée sur la Gestion axée sur les résultats à travers des activités participatives (réunions de coordination, gestion participative du génie civil), un financement et un contrôle mutuel entre les différents partenaires (par un système de conventionnement). Ces différentes actions imputables au projet, ont sans doute contribué de façon remarquable à l'amélioration de certains indicateurs d'utilisation notamment la consultation curative primaire dans certains districts.

La prestation est également cohérente par rapport aux politiques et stratégies belges de développement. Conformément au cadre conceptuel « Investir dans la santé pour un meilleur bien-être » de la coopération belge dans le secteur santé, le projet a eu au titre des défis opérationnels à relever (tout au long de sa mise en œuvre):

- le renforcement des capacités institutionnelles aux différents niveaux en développant les ressources humaines, les mécanismes de financement dans sa zone d'intervention et la couverture en soins de santé ;
- le renforcement du système de santé en améliorant l'accès pour tous à la fois aux soins de santé du premier et du deuxième échelon (cfr objectif de l'intervention) ;
- un meilleur engagement communautaire (comité de santé), le renforcement de la société civile (cadres de concertations et union régionale des mutuelles et la promotion d'une approche multisectorielle (par le développement d'une dynamique collaboration avec d'autres acteurs tels ceux de l'éducation dans la mise en place d'une couverture assurance maladie pour les élèves, de l'enseignement supérieur à travers la faculté de médecine (Chaire de chirurgie) pour la décentralisation de l'offre de soins chirurgicaux de l'urbanisme et de l'AGETIP dans le cadre du volet génie civil

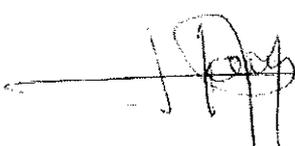
4 Cfr Deuxième partie de ce rapport : résumé de la mise en œuvre de la prestation.

La formulation du projet en 2005, pilotée par la coopération belge à travers la CTB a permis de définir des stratégies d'intervention intéressantes. Parmi elles, l'ancrage du projet au niveau des Régions Médicales avec un travail en équipe visant à renforcer l'encadrement des équipes cadres de districts considérées comme moteurs du développement du système de santé de district. Cet aspect des choses traduit le souci du partenaire belge d'impulser un développement endogène à travers notamment une démarche systématique de recherche sur le système de santé (en considérant les activités du projet comme hypothèses de travail à tester) en vue de tirer des enseignements (à partir des expériences développées) susceptibles d'alimenter les décisions stratégiques.

A l'exception de l'objectif spécifique du projet, de la durée de la Convention spécifique et des budgets totaux définis dans la Convention spécifique du 2 décembre 2005 pour lesquels une éventuelle modification doit se faire par un échange de lettres entre les Parties belge et sénégalaise, le 3ème contrat de gestion (conclue entre la DGD et la CTB) confère au Ministère de la Santé et de la Prévention, responsable pour l'exécution du projet ASSRMKF et à la CTB la latitude d'adapter le Dossier Technique et Financier, en fonction de l'évolution du contexte et du déroulement du projet. Cette disposition qui traduit l'approche pragmatique et constructiviste préconisé par la coopération belge a conféré au projet une flexibilité qui lui a permis de saisir tout au long de son exécution les opportunités qui se sont présentées à lui pour s'adapter à l'évolution des besoins locaux (liée au contexte changeant de son environnement).

La prestation s'est avérée également pertinente par rapport aux thèmes transversaux de la coopération belge (égalité de genre, économie sociale, droit des enfants, environnement) :

- Le renforcement des activités de chirurgie et les soins obstétricaux d'urgence ainsi que la construction des maternités ont été des réponses aux besoins spécifiques des femmes en matière d'accès à des soins de qualité. Le projet a soutenu le recrutement des sages femmes par les comités de santé. Par rapport à l'accès aux différentes mesures de formation il n'y avait pas eu d'interventions discriminantes.
- A travers son résultat intermédiaire 6, le projet a mis l'accent sur les mutuelles de santé dont bon nombre sont dirigées par des femmes. Il est sorti pionnier dans la promotion de l'assurance maladie élèves au Sénégal, ce qui a contribué de façon significative au renforcement des droits des enfants à une meilleure santé.
- L'élargissement de l'offre de soins n'étant pas sans conséquences sur la production des déchets biomédicaux, le projet a procédé à l'achat et l'installation des incinérateurs à grande capacité et assuré la formation du personnel à leur utilisation adéquat.
-

Responsable national de l'exécution Dr Oumar SARR	Responsable CTB de l'exécution Dr Evariste LODI OKITOMBAHE
	

DEUXIÈME PARTIE : RÉSUMÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRESTATION.

1. Si nécessaire, décrivez l'objectif Spécifique et les Résultats Intermédiaires de la prestation, tels que mentionnés dans le document de projet ainsi que les changements opérés (quand, comment et pourquoi)

'L'accès de la population à des soins de santé de qualité est amélioré' constitue l'objectif de l'intervention. Il s'agit de l'accès géographique et financière à des paquets de prestations complets aux postes et centres de santé, de la qualité technique des prestations offertes, la qualité de la relation prestataire – patient et celle du management des services. Bien que cet objectif n'ait connu aucun changement, il est à signaler qu'à l'issue de l'étude baseline, il a été procédé à un certain réajustement/l'actualisation du cadre logique du projet qui a fait l'objet d'un avenant⁵ au DTF.

Six résultats définis dans le DTF devraient pouvoir permettre l'atteinte de cet objectif spécifique :

- 1) La qualité des services est améliorée.

Selon le DTF, l'activité principale ici était de rendre fonctionnelles les ECD afin que leurs membres deviennent un groupe de professionnels ayant suffisamment de connaissance et de compréhension de leurs tâches, travaillant comme une vraie équipe avec des objectifs communs. En rendant les ECD plus fonctionnelles, il était attendu à ce que la qualité des services s'améliore et les indicateurs de performance au niveau des postes sanitaires et centres de santé suivent. Ce résultat n'a fait l'objet d'aucun changement

- 2) Le rôle des Comités de Gestion dans le cadre de la décentralisation et la participation communautaire sont renforcés.

Presque 10 ans après la loi sur la décentralisation et la décision de transférer la compétence dans le domaine de la santé aux collectivités décentralisées (à travers les comités de gestion, instances collégiales communautaires regroupant les principaux acteurs engagés dans la gestion des structures sanitaires), les comités de gestion n'étaient toujours pas fonctionnels (cfr rapport d'évaluation finale du projet DISC). Pour cette raison, ASSRMKF était chargé de rendre effectif ces instances et de former leurs membres en vue de renforcer le partenariat entre les professionnels de la santé, les comités de santé et les acteurs de la décentralisation.

Devant le constat (à l'issue de l'analyse situationnelle du départ) que la non fonctionnalité des comités de gestion était une réalité peu ou pas vulnérable par l'intervention ASSRMKF – à l'instar de celle du projet DISC) et l'initiation par le MSP de la réforme de ces organes de décentralisation/santé, le projet (sur avis favorable du comité de pilotage) a pris la décision d'appuyer les comités de santé (existants partout, mais avec des niveaux de fonctionnalité variables) et en même temps garder la porte ouverte pour une réorientation ultérieure de cet appui (en cas d'aboutissement de la réforme). C'est dans cette logique que le résultat 2 a été ainsi reformulé : «Les organes de participation des populations à l'effort de santé sont renforcés » (cf avenant au DTF).

- 3) L'infrastructure du système de santé est adéquate.

Ce résultat vise la création d'un cadre de travail motivant pour le personnel soignant et un milieu de soins adéquat pour les utilisateurs des services en prenant en compte les normes du pays en matière d'infrastructure sanitaire.

- 4) L'équipement nécessaire pour répondre à la demande de la population est en place au niveau de PS et CS.

Il était question ici de l'organisation d'une offre de soins capable de prendre en charge la plupart des problèmes de santé prioritaires au niveau du district (globalité des soins). Cela a requis un

⁵ Avec modification de la formulation ou du contenu des résultats 2, 4 et 6 et d'un certain nombre d'indicateurs

équipement minimum au niveau des PS et un plateau technique conséquent au niveau CS afin de permettre à ce 1^{er} niveau de référence de fonctionner comme des véritables structures de références.

Il est à noter ici que l'état des lieux des CS type II dotés des blocs opératoires dans le cadre du projet Santé 1 de la BAD (pour la prise en charge des urgences obstétricales) a confirmé l'opportunité qu'avait ASSRMKF d'élargir le paquet des prestations de ces structures afin d'assurer la prise en charge de l'essentiel des problèmes de santé qui se présentent à ce niveau et ainsi rentabiliser les investissements faits par la BAD. Ici, trois (3) changements majeurs sont intervenus, à savoir :

1. La décision de décentraliser la chirurgie vers le niveau opérationnel dans deux (2) centres de santé au lieu de quatre CS des districts pilotes retenus dans le DTF ;
2. L'option de travailler avec les internes en dernières années de chirurgie en place et lieu de la délégation de la compétence chirurgicale aux médecins généralistes initialement envisagé ;
3. La décision de procéder à l'état des lieux de l'offre de soins chirurgicaux sur toute l'étendue du territoire national et d'envisager une concertation nationale autour des possibilités et stratégies de développement de cette offre.

Les deux 1^{er} points ont fait l'objet d'une convention de partenariat entre le MSP, la faculté de médecine de l'UCAD à travers le service de chirurgie et le projet ASSRMKF.

5) Le système de référence-contre référence est renforcé

L'organisation d'un flux optimal des patients entre les structures de soins de différents niveaux, sans duplication d'activités, permet d'assurer la continuité des prestations/services au sein de la pyramide de soins et à moindre coût.

6) L'accessibilité financière de la population aux soins de santé est améliorée

Afin d'atteindre ce résultat le DTF a proposé deux alternatives à la méthode de paiement en place pour rendre les soins de santé et particulièrement les soins secondaires financièrement plus accessibles : les mutuelles de santé et le paiement par épisode ou le forfait.

Etant donné qu'au niveau du résultat 4 du projet, des mesures étaient déjà envisagées pour offrir à la population des actes techniques de plus haute complexité au niveau du centre de santé (niveau plus bas, donc moins coûteux), rendre ces services financièrement accessibles s'est avérée être un défi à relever pour exploiter au maximum les structures mises en place par le projet santé 1 de la BAD et pouvoir ainsi atteindre l'objectif du projet.

Dans le DTF, il était prévu de promouvoir le partenariat entre mutuelles santé et les prestataires en travaillant à côté du personnel de santé. Ce qui supposait l'existence des mutuelles fortes et bien structurées. Or, l'étude de base a révélé le fait que non seulement les mutuelles existantes se trouvaient en majorité éloignées des CS pilotes, ne disposaient d'une base financière suffisante permettant de prendre en charge les soins secondaires mais aussi pas d'une base sociale assez importante pour négocier des tarifs préférentiels avec les prestataires. Ce qui ne pouvait pas permettre d'atteindre les résultats escomptés. C'est ainsi que le comité de pilotage du projet, en sa session extraordinaire du 25 avril 2007 a décidé (en attendant le démarrage du Projet d'Appui aux Micro-Assurance santé - PAMAS et en préparation du terrain pour cette nouvelle intervention) de :

- apporter un appui direct aux mutuelles existantes et aux structures faibles en vue d'améliorer le taux de pénétration et la viabilité technique, financière et institutionnelle
- appuyer la mise en place (la promotion) des nouvelles mutuelles dans les districts pilotes.

2. Dans quelle mesure l'objectif spécifique de la prestation a-t-il été atteint, en fonction des indicateurs retenus ?

Les trois indicateurs retenus pour l'appréciation de l'atteinte de l'objectif de l'intervention ont comme source d'information les statistiques sanitaires de routine (SNIS). Devant la faible promptitude des rapports SNIS (qui ne permet pas d'avoir des données/informations complètes de l'année clôturée à échéance prévue pour le rapport annuel d'ASSRMKF), l'équipe du projet a résolu d'exploiter systématiquement les statistiques du deuxième semestre de l'année précédente et du premier semestre de l'année objet du rapport. Ainsi, la valeur de départ pour le rapport annuel 2007 était la somme des données du deuxième semestre 2006 et du premier semestre 2007. Par conséquent, le résultat 2010 pour ce rapport final porte sur le deuxième semestre 2009 et le 1^{er} semestre 2010.

Indicateur 1: Taux d'utilisation CPC

A partir d'une valeur initiale de 0,18 NC/habitant /an, le taux d'utilisation CPC a doucement progressé pour atteindre 0,38 contact par habitant et par an à la fin du projet. La part contributive du projet à cette évolution positive de l'utilisation dans la zone d'intervention peut être attribuée notamment à la remise en norme des infrastructures de base, à l'extension considérable du paquet de prestations des CS et à l'amélioration de l'accès financier aux soins à travers les mutuelles de santé.

Indicateur 2: Couverture CPN

La valeur de départ très faible (12,7% des grossesses attendues) était liée au fait que les femmes se présentaient en général à un stade avancé de la grossesse pour la première CPN. Bien que la couverture CPN ait doublé (25%) au cours de la mise en œuvre du projet, elle reste malgré tout en deçà de l'objectif national. Pour ce qui est de la CPN, il est à noter qu'une modification de la définition de la couverture a été introduite par le programme Santé de la reproduction – SR après révision de la stratégie qui a fixé la norme de couverture à 4 CPN dont la dernière au 9^{ème} mois en lieu et place de 3 CPN initialement utilisés. Cela semble avoir introduit quelque un biais le monitoring/calcul de la couverture en CPN.

Indicateur 3: Nombre d'hospitalisations

Le calcul de cet indicateur a été limité aux 4 districts pilotes qui ont été ciblés au début du projet pour l'amélioration du plateau technique. Le nombre d'hospitalisation hors accouchements simples a évolué de 2500 en 2006 vers 4611 à la fin du projet. Derrière ce chiffre se cache pourtant des disparités importantes. Alors que les hospitalisations à Sokone et Kaffrine avec l'introduction de la chirurgie générale ont quasiment doublé entre le début et la fin du projet (part relative de 74% par rapport au total hospitalisations dans les 4 districts pilotes), celles des districts de Gossas et Koungheul (ayant fonctionné avec un seul médecin) ont par contre stagné voire régressé. Ce qui démontre à suffisance la limite des investissements s'il n'y a pas des ressources humaines requises pour les exploiter.

Si l'évolution des indicateurs semble indiquer l'atteinte de l'objectif, il faut quand même être prudent dans leur interprétation. Bien qu'il soit indéniable que le projet a contribué à l'amélioration de l'accessibilité géographique et financière aux soins et à la qualité des services, ASSRMKF n'est pas le seul intervenant dans la zone d'intervention. Aussi faut-il reconnaître que l'augmentation est au moins partiellement imputable à une meilleure complétude, promptitude et fiabilité des informations sanitaires. L'appui du projet au développement de l'application SYSNIS par le SNIS a imprimé une dimension qualitative non négligeable à la gestion de l'information sanitaire dans la zone du projet (amélioration de la qualité de la saisie et de la remontée des données).

3. Dans quelle mesure les résultats intermédiaires de la prestation ont-ils été atteints, en fonction des indicateurs retenus ?

De nombreux indicateurs initiaux formulés dans le DTF étaient peu mesurables ou peu pertinents par rapport aux résultats à mesurer. Cela a justifié une revue des indicateurs validés par la SMCL en avril 2007. Malgré cette revue, le projet est resté confronté à une insuffisance d'indicateurs pouvant aider à documenter sa contribution à l'amélioration de l'accès aux soins de qualité. Par ailleurs, les niveaux de performances attendus dans la mise en œuvre du projet n'étaient pas précisés. Tel est le constat de l'équipe d'évaluation finale. Ainsi pour chaque résultat attendu, les indicateurs de vérifications sont formulés mais sans précisions sur les performances attendues.

RI 1 : La qualité des services est améliorée

Quatre indicateurs sont prévus pour mesurer ce résultat, à savoir :

- 1.1 *Taux d'utilisation de la CPC*
- 1.2 *Taux de satisfaction de la population*
- 1.3 *Taux de supervision de l'ECD effectuées / supervisions programmées (la norme est 6 supervisions par PS année)*
- 1.4 *Taux de réalisation des protocoles de recherche approuvés (les protocoles sont appréciés par l'équipe de suivi scientifique)*

Trois de ces quatre indicateurs ont connu une évolution positive (cf annexe 1). Seul le taux de supervisions effectuées par les ECD n'a pas progressé. Cela en dépit du fait que l'activité était systématiquement planifiée et que la disponibilité de l'appui du projet (logistique, financier et technique) n'a à aucun moment fait défaut pour l'ensemble des districts. Ce qui montre à suffisance que les contraintes essentielles ne sont pas d'ordre matériel ou financier. Ce sont plutôt les nombreuses interférences du niveau central et de programmes nationaux qui perturbent systématiquement les plannings opérationnels.

Ces raisons sont aussi valables pour l'exécution des protocoles de recherches. Alors qu'elle est de 100% pour les huit (8) protocoles élaborés par les AT et/ou l'équipe du suivi scientifique (cinq études et 3 recherches action), aucune des ECD n'a pu réellement achever et/ou exécuter les protocoles initiés lors de la formation sur la recherche sur le système de santé.

Si l'objectif ultime de ce résultat est l'amélioration de la qualité, l'augmentation de l'utilisation et la satisfaction des utilisateurs, l'on peut estimer qu'il a globalement été atteint. Cependant, la fréquence des ruptures de médicaments essentiels peut constituer un obstacle à la qualité des soins.

RI 2: Les organes de participation des populations à l'effort de santé sont renforcés

L'atteinte du résultat devrait être appréciée à travers les trois indicateurs suivants :

- 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)*
- 2.2 : *Nombre de membres d'organes de participation des populations à l'effort de santé formés / nombre en place*
- 2.3 : *Pourcentage d'organes de participation de la population à l'effort de santé impliqués dans le processus de micro-planification*

Tous les trois indicateurs portent sur des activités organisées au niveau communautaire qui ont bénéficié systématiquement d'un appui financier de la part du projet. Le niveau d'atteinte de ce résultat est égal (ou proche) à 100% (cf annexe 1). Si ces indicateurs sont assez spécifiques

pour l'appui du projet, ils restent pourtant muets par rapport à l'impact de ces activités sur le fonctionnement des structures. En effet, même si le cadre de concertation avec les élus locaux est de plus en plus existant dans les districts pilotes du projet, il est à déplorer la lente réactivité des collectivités locales à contribuer financièrement aux dépenses de santé des comités de santé.

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

Les indicateurs pour le résultat intermédiaire 3 sont au nombre de deux :

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

3.2 : *Plan stratégique de maintenance élaboré et réalisé*

A travers ce résultat intermédiaire, le projet a ciblé aussi bien la mise en normes d'un grand nombre postes de santé vétustes que l'extension physique des services des CS des districts pilotes pour une réponse adaptées aux missions de base (ou traditionnelles) d'une structure de 1^{ère} référence. L'accompagnement de l'élaboration et de la mise en oeuvre d'un plan stratégique de maintenance et d'hygiène hospitalière devrait sécuriser et assurer la durabilité et l'efficacité des investissements sanitaires en général.

L'exécution des activités relatives à ce résultat n'a souffert d'aucune difficulté majeure pour ce qui est du volet génie civil. Bien au contraire, le dispositif mis en place pour assurer les travaux à ce niveau s'est avéré très efficace en termes de promptitude mais aussi de respect des coûts et des normes de qualité.

Il n'en est pas de même pour le volet maintenance et contrôle d'hygiène. En effet, si l'élaboration des plans de maintenance et de contrôle d'hygiène est effective et les besoins de formation exprimés couverts par le projet et le niveau central (la DEM), la mise en oeuvre des plans élaborés n'est pas tout à fait effective faute de moyens requis. Le niveau de réalisation de ce résultat tourne autour de 95%.

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

Trois indicateurs sont retenus pour apprécier l'avancement des performances dans la poursuite de ce résultat intermédiaire :

4.1 : *Nombre de PS équipés / nombre prévu*

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

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

Le résultat 4 qui visant à assurer l'équipement nécessaire pour répondre à la demande de la population au niveau PS et CS est de manière générale atteint au regard des réalisations effectuées en ce qui concerne les équipements et la formation du personnel. Bien que la stratégie de formation continue développées par le projet avec l'appui du centre hospitalier régional de Kaolack se soit avérée pertinente, elle a été cependant confrontée à la pénurie globale des ressources humaines au niveau des districts qui ne sont pas arrivés à fournir les effectifs et profils requis pour ces formations.

L'étude sur les besoins obstétricaux non couverts réalisée avec l'appui du suivi scientifique (vers la fin du projet) indique une couverture de 56% des interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues. 23% des césariennes sont aujourd'hui réalisés dans les CS type II, dont une grande partie à Kaffrine et Sokone. L'augmentation impressionnante du taux de césariennes vers la fin du projet est sans doute à le résultat de l'extension du paquets de services des CS de Kaffrine et Sokone à la chirurgie générale (et donc la permanence de la capacité chirurgicale).

Le troisième indicateur, bien que pertinent, n'est pas renseigné car il n'existe pas un dispositif de collecte de données fonctionnel aussi bien dans les districts que dans les régions sanitaires, les outils de collecte proposés par le projet à ce sujet n'ayant pas retenu l'attention du personnel des CS. .

RI 5 : Le système de référence – contre référence est renforcé

De nombreux indicateurs (7 en total) ont été retenus pour estimer le niveau d'atteinte de ce résultat :

5.1: *Nombre de RCR accomplies*

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

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

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

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

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

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

Le système de référence/contre référence est en train de s'améliorer petit à petit. Les outils mis en place pour la référence sont systématiquement utilisés, mais le recueil des données sur la référence/contre référence ne fait malheureusement pas partie du système national d'information sanitaire. Seulement trois des indicateurs sont documentés par les données disponibles dans toute la zone d'intervention.

La disponibilité insuffisante des données chiffrées occulte le fait qu'il y a une amélioration nette par rapport à la situation au démarrage du projet. L'exemple du district de Sokone (cf tableau ci-dessous) illustre la disponibilité de plus en plus grande des données permettant de suivre l'évolution du processus de référence et contre référence (RCR) au sein du district sanitaire.

Tab. 1 : Evolution des données sur la RCR à Sokone

	2006	2007	2008	2009
Cas référés des PS vers le CS	ND	107	310	364
Cas référés du CS vers le CHR	ND	ND	262	202
Contre référence du CS vers PS	ND	ND	ND	81 / 364 (22%)
Contre référence du CHR vers CS	ND	ND	ND	00 / 202
Cas référés des PS arrivant au CS	ND	ND	ND	348 / 364 (96%)
Cas référés des PS vues en consultation du médecin	ND	ND	ND	118 / 348 (34%)

Bien qu'au stade actuel, on observe une dynamique positive, des efforts importants restent à faire dans l'organisation de la référence contre référence notamment avec le retard dans l'ouverture des services d'urgence (pas encore opérationnels) qui ne permet pas une prise en charge de qualité et une traçabilité de l'ensemble des cas référés.

Enfin, le système de téléphonie rurale qui devrait accompagner le développement du processus de RCR n'est pas encore fonctionnel, cela même dans le district de Gossas où les premières installations ont été faites.

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

Cinq indicateurs⁶ ont été retenus pour apprécier le volet accessibilité financière :

6.1 : *Taux d'utilisation de la CPC*

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

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

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

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

Les différentes alternatives en cours pour améliorer l'accessibilité financière semblent prometteuses au regard des premiers résultats et des témoignages de la population.

Les résultats les plus impressionnants (et à imputer aux initiatives de plusieurs intervenants dans la zone d'intervention) ont été obtenus à travers les mutuelles de santé. En 2006, le nombre de consultants couverts par une mutuelle atteignait à peine 1%. Depuis, le nombre de consultants annuellement couverts par les mutuelles a été multiplié par 11 pour atteindre un total de 35.671 en 2010. Cette augmentation rapide est imputable à la création de nombreuses nouvelles mutuelles, ainsi qu'à la couverture des enfants en situation difficile inscrits dans les mutuelles de Kaffrine par l'ONG World Vision et la mise en place du système d'assurance maladie élèves dans les régions de Fatick et Kaolack par le projet ASSRMKF, système qui couvre aujourd'hui plus que 20.000 enfants. En effet, à la rentrée scolaire 2009/2010, il y a eu une couverture de 17 % et 36% des écoles respectivement aux départements de Fatick et de Foundiougne avec un taux d'adhésion de 14% et 47% des élèves des écoles enrôlées.

La tarification forfaitaire a été introduite seulement en janvier 2010 dans le CS et 6 PS du district sanitaire de Sokone et, bien que l'évolution du taux d'utilisation soit positif (+34%) 3 mois après le démarrage, il est nécessaire de monitorer l'impact de cette intervention sur une plus longue période et prendre en considération également la complémentarité avec l'appui aux mutuelles. Cela dans la mesure où il a été révélé que la tarification forfaitaire amène la population à adhérer massivement aux mutuelles. Ainsi, la fréquentation massive des services peut être liée à leur consommation par les nouveaux mutualisés.

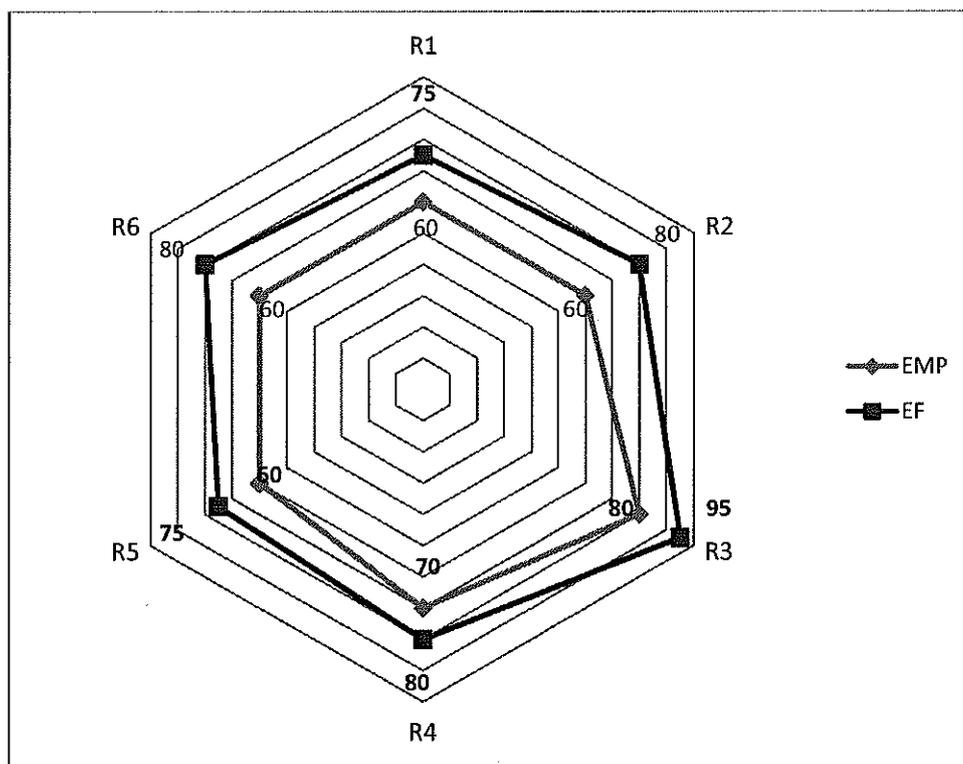
Etant donné que les enquêtes ménages réalisées en novembre 2007 et mai 2010 dans les mêmes localités indiquent que le taux de non-utilisation pour raison de manque de moyens a reculé (cf. annexe 1), il est à se poser la question de savoir si ce qui semble être une amélioration ne serait pas tout simplement un effet saisonnier.

Appréciation globale

Selon l'évaluation finale du projet, le bilan des différentes réalisations ainsi que l'évolution des indicateurs de suivi indiquent que pour l'ensemble des six résultats intermédiaires attendus (de la mise en œuvre du projet), les niveaux de réalisation sont élevés avec un minimum situé à 75%. Le graphique N° 1 à la page suivante ci-dessous donne une synthèse du niveau estimé d'atteinte de chacun des six résultats intermédiaires comparativement entre l'évaluation à mi-parcours (EMP) et l'évaluation finale (EF).

⁶ dont le premier a été présenté au niveau du résultat 1 et de l'objectif du projet

Figure N° 1 : Niveau des réalisations pour les six résultats intermédiaires



4. Décrivez le système de suivi-évaluation qui a été mis en place lors de la mise en œuvre de la prestation.

Le monitoring et le suivi-évaluation ont pour but non seulement de contrôler l'exécution technique et financière des activités, mais surtout d'améliorer l'efficacité et l'efficacé de la prestation de coopération afin qu'elle puisse réaliser au mieux ses objectifs. A cette fin, les mécanismes suivants ont été mis en place

- Rapportage par l'équipe du projet
- Suivi régulier et ad hoc par le comité de pilotage (SMCL)
- Suivi technique continu par un Institut de Santé Publique
- Evaluations externes
- Suivi par la représentation de la CTB à Dakar

Rapportage

Conformément à la démarche qualité de la CTB, l'équipe du projet a élaboré des rapports d'avancement trimestriels et semestriels avec contenu technique et financier, permettant ainsi une bonne information de tous les partenaires concernés par l'exécution de la prestation de coopération.

Les rapports de suivi-évaluation rédigés à la fin de chaque année en utilisant le canevas de la CTB ont fourni une appréciation du degré de réalisation des résultats intermédiaires et de l'objectif de l'intervention, en se basant sur les indicateurs identifiés à cette fin.

Suivi régulier par le Comité de Pilotage

Les rapports d'avancement semestriels et annuels ont été présentés et soumis à l'approbation du comité de pilotage qui s'est réuni semestriellement. Ce qui lui a permis de suivre régulièrement les développements et avancées du projet mais aussi de se rendre compte des difficultés de sa mise en œuvre.

Deux sessions extraordinaires ont eu lieu sur demande de l'équipe du projet dont

- l'une pour examiner et valider un avenant au DTF portant sur la reformulation du RI 2, la réorientation du RI6 et la révision des indicateurs
- et l'autre pour délibérer sur la proposition d'une révision budgétaire

L'évaluation finale indique qu'en moyenne 85% des membres ont été présents aux rencontres et qu'il a existé une réelle implication de la SMCL dans la conduite du projet. Les décisions requises ont été prises lorsque cela s'est avéré nécessaire. Cette implication de la SMCL a été déterminante entre autre dans la conduite du processus de mise en place de la chirurgie au niveau des centres de santé, et aussi pour les modalités d'exécution du volet de génie civile.

Suivi technique par un Institut de Santé Publique

En vue d'impulser une démarche de réflexion critique de l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet pour la prise de décision à caractère politique, stratégique ou technique, le DTF avait prévu un suivi technique par un Institut de Santé Publique d'outre-mer. A travers des missions de terrain et un suivi à distance, cette équipe des professionnels expérimentés dans la recherche sur les systèmes de santé devrait permettre :

- de guider scientifiquement le processus ;
- d'objectiver les axes prioritaires d'intervention;
- de contribuer au renforcement des capacités au niveau de l'ECR et ECD.

En lieu et place d'une évaluation à mi-parcours, il était prévu que le suivi régulier du projet par l'équipe de l'IMT-Anvers puisse assurer le pilotage et les rectifications nécessaires.

Les comptes-rendus des missions de suivi ont ainsi permis une documentation continue des avancées du projet. Le processus d'accompagnement scientifique dans son principe s'est révélé pertinent au regard de la complexité de certaines interventions du projet nécessitant une conceptualisation assez précise, la documentation et la diffusion de certaines expériences. Cependant, cet accompagnement scientifique n'était pas toujours en adéquation avec les attentes des acteurs du projet (réactivité parfois lente) et certaines dimensions n'ont pas été

prises en compte. C'est pour cette raison et en vue de formuler des recommandations pour la pérennisation des acquis du projet dans le cadre du programme indicatif de coopération 20010 – 2013 que l'équipe du projet a demandé et obtenu une évaluation à mi-parcours, initialement non prévue.

Evaluations externes

L'évaluation à mi-parcours du projet réalisée en novembre 2008 a donné lieu à des conclusions en termes de recommandations et perspectives constructives pour la suite de l'intervention.

Une évaluation finale a été réalisée par une expertise externe au cours du mois de juin 2010. Cette mission, organisée par les responsables du projet conjointement avec la représentation et le siège de la CTB Bruxelles avait pour but de juger de la pertinence et de la performance du projet, récapituler les leçons apprises et d'émettre des recommandations sur l'orientation des futures interventions de la coopération belge dans le secteur. Cette dernière évaluation a montré que les résultats atteints par la prestation ASSRMKF étaient largement satisfaisants

Audits

Trois audits (dont un interne et 2 externes) ont été réalisés sur la durée du projet :

- le premier, interne a eu lieu en 2006, juste au démarrage du projet. Cet audit avait donné au projet bon nombre d'indications précieuses pour sa mise en œuvre
- le 2^{ème}, administratif et financier, réalisé en juin 2008 par la cour des comptes belge et réviseurs d'entreprises avait abouti à des résultats satisfaisants par rapport au respect des procédures de gestion ;
- le dernier audit mixte, système et financier, plus récent (mai 2010) réalisé par le cabinet Deloitte Deloitte Bedrijfsrevisoren /Réviseurs d'Entreprises, n'a soulevé pour l'essentiel que des observations mineures et généralistes

Suivi par la représentation de la CTB à Dakar/siège Bruxelles

De façon spontanée ou sur demande, la RESSEN et le siège de la CTB à Bruxelles ont assuré de façon rapprochée le suivi et l'accompagnement technique, administratif et financier du projet tout au long de sa mise en œuvre : mission de backstopping, suivi mensuelle de la comptabilité, suivi des cash call et budgétaire, revues trimestrielles conjointes des états d'avancement des activités et plannings opérationnels, suivi de la mise en œuvre des recommandations faites par lors des missions d'audits, missions du siège CTB et celles de terrain réalisées par la RESSEN elle-même, remise à niveau des membres de l'équipe du projet chaque fois que cela s'est avéré nécessaire etc.. Bref, le suivi et le soutien de la RESSEN dans le déroulement l'intervention ASSRMKF a été sans faille et fortement apprécié par l'ensemble de l'équipe du projet.

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET ANALYSES.

1. Quels sont les problèmes et questions majeurs qui ont influencé l'exécution de la prestation et comment la prestation a-t-il tenté de les résoudre ?

La zone d'intervention initialement couverte par les régions médicales de Fatick et de Kaolack avec une population totale estimée à 1 883 945 habitants a connu une évolution, le nombre de régions étant passé de deux (2) à trois (3) suite à la scission de la région de Kaolack en deux (2), donnant ainsi naissance à la nouvelle région de Kaffrine. Ce qui a créé des nouveaux besoins d'intervention en termes d'accompagnement du développement de la nouvelle région médicale de Kaffrine mais aussi d'un nouveau district pilote (Niore) dans la région de Kaolack. Le nombre des districts est passé quant à lui de 10 à 15 avec une nouvelle distribution au sein des trois régions. Cette situation n'était pas de nature à faciliter la gestion des ressources du projet au regard des résultats auxquels il était sensé arriver. Une révision budgétaire a permis d'augmenter le budget pour le RI1 et créer les conditions permettant d'appuyer (à des degrés divers) les nouvelles unités (une nouvelle région médicales et 5 nouveaux districts sanitaires).

Les remaniements ministériels de février 2007, de mai et décembre 2009 et de 2010 (avec à chaque fois changement du Ministre de la Santé et de la Prévention) ont eu un certain impact quoique mineur sur le déroulement de l'intervention (en termes notamment des retards accusés notamment par certains dossiers ayant transité par le cabinet). Les nombreux mouvements du personnel de santé intervenus dans la zone du projet (inhérents aux réalités de toute administration publique), n'étaient par contre pas de nature à maintenir l'élan et garantir la continuité souhaitée des interventions du projet. Ainsi ont été enregistrés :

- La nomination du Médecin chef Fatick au poste du Directeur national des établissements de santé et le départ de son adjoint de la Région Médicale ;
- Le départ des MCD de Gossas, Dioffior et Fatick et nomination du MCD de Kaffrine au poste du MCR de la nouvelle région
- Le départ des médecins compétence SOUC (Sokone) ou nomination comme MCD (Kaffrine et Gossas) sans remplacement immédiat avec comme conséquence une disponibilité réduite pour la prise en charge des urgences obstétricales ;
- L'indisponibilité prolongée du Médecin Chef de Région de Kaolack pour des raisons de santé, puis deux remplacements successifs sur ce poste
- L'affectation des MCD dans les nouveaux districts conduisant à une augmentation considérable du nombre d'interlocuteurs du projet.

Avec ces mouvements du personnel clé, non vulnérables par le projet, le développement du système de santé du district (unité opérationnelle du système de santé national) ne pouvait être chose aisée, particulièrement dans l'environnement de la prestation fortement acquis aux programmes verticaux. La disponibilité requise du partenaire, perturbée par de nombreuses interférences ou sollicitations de toute nature n'a pas été sans conséquence sur l'exécution de la prestation. A cela faut-il ajouter le fait que les régions médicales, niveaux d'ancrage institutionnel du projet se sont avérées objectivement peu opérationnelles en raison de l'insuffisance du personnel qui en plus, est à majorité paramédicale, souvent sans un bon gradient de compétence avec les équipes cadres de districts.

La focalisation de certaines initiatives sur des districts pilotes a été interprétée et déploré par certains partenaires médecins chefs comme une approche inéquitable. Ce qui a nécessité beaucoup de tact de la part de l'équipe du projet et même l'intervention du suivi scientifique pour clarifier les concepts du district fonctionnel et du district pilote dans un projet du genre ASSRMKF.

La mise en œuvre du volet réhabilitation/reconstruction des infrastructures a constitué un défi particulier pour une équipe du projet constituée exclusivement des médecins de santé publique. Cela non seulement face à l'absence des compétences en génie civil au sein de l'équipe, à besoins qui dépassaient les ressources disponibles (pour lesquels il fallait faire un choix raisonné

et le plus équitable possible) mais aussi au fait que les travaux devraient se faire simultanément sur un nombre important de chantiers dispersés sur un territoire étendu pour rester dans le délai du projet en assurant en même temps la qualité des ouvrages. Devant ce défi, l'équipe du projet a (avec l'appui du comité de pilotage et de la RESSEN) opté pour la stratégie de faire faire à travers la délégation de la maîtrise d'ouvrage à AGETIP et en mettant en place un dispositif de suivi qui a impliqué de façon active toutes les parties prenantes à tous les niveaux.

Lors des enquêtes communautaires, la disponibilité des médicaments essentiels génériques dans les structures sanitaires s'est révélée être un des critères prioritaires de la population pour l'appréciation de la qualité des soins. Le problème conjoncturel de disponibilité des médicaments essentiels génériques au niveau du fournisseur principal (PNA), facteur non vulnérable par le projet) n'a pas été sans effet sur les centres et postes de santé qui ont enregistré des ruptures répétées et prolongées. Cela a limité l'impact de la formation sur la gestion des médicaments et diminué l'attractivité des mutuelles qui ne couvrent pas la prescription des médicaments de marque dans les pharmacies privées. Dans le cadre de la tarification forfaitaire, les ordonnances externes constituent un facteur de découragement pour la population qui se dit ainsi trompée par le fait que le forfait ne couvre pas un traitement complet.

A l'insuffisance de la disponibilité des produits pharmaceutiques comme contrainte majeure pour la mise en place de la tarification forfaitaire s'ajoutent l'éternelle difficulté de mobilisation des fonds de dotation,, les initiatives de gratuité de certaines prestations ou produits, l'insuffisance du personnel qualifié et la réticence relative de certains acteurs clés au niveau stratégique et opérationnel face à cette alternative de paiement. Face à cet état des faits, certaines initiatives ont été prises ou encouragées par le projet. Parmi elles, la dotation en outils de gestion par le projet qui a diminué les dépenses des structures sélectionnées, les négociations avec la PRA qui ont abouti à un crédit d'achat pour la pharmacie de district de Sokone en absence de réponse positive du niveau national par rapport aux mesures d'accompagnement sollicitées par les acteurs de terrain, une marge de sécurité introduite dans le calcul des forfaits permettant tant soit peu aux comités de santé de gérer les risques.

Pour arriver au démarrage de l'expérience de la tarification forfaitaire en janvier 2010, il a fallu beaucoup de tact et efforts du projet (et le concours du comité national mis en place à cet effet) pour sensibiliser et persuader les acteurs de terrain de la pertinence de l'initiative avant de s'accorder sur les modalités de son exécution

La décentralisation de la chirurgie générale vers le niveau opérationnel, décidée par le MSP depuis 1991, a buté au refus de la chaire de chirurgie générale de la faculté de médecine de déléguer les compétences/capacité chirurgicales aux médecins généralistes en moins d'un an de formation. Face à cette situation, le projet s'est investi et réussi (avec l'appui du comité de pilotage et la Direction de la santé) à relancer le dialogue entre la chaire de chirurgie et le ministère de la santé. Cela a permis d'aboutir à un terrain d'entente pour la décentralisation de l'offre de soins chirurgicaux qui devait se faire avec les internes de dernières années en chirurgie générale. Ce qui a donné lieu à une convention de partenariat entre la faculté de médecine (chaire de chirurgie générale), le MSP et le projet ASSRMKF pour le développement de la chirurgie générale aux CS de Kaffrine et Sokone. Deux ans après, la chirurgie est effective et fortement appréciée par les acteurs directs et indirects à tous les niveaux avec l'affectation à temps plein des chirurgiens formés. A ce volet d'offre chirurgicale au niveau opérationnel faut-il ajouter une externalité positive, considérée comme volet 2 du projet chirurgie qui a consisté à faire l'état des lieux de l'offre chirurgicale sur toute l'étendue du territoire national et d'assurer un accompagnement technique et financier des travaux préparatoires de la concertation nationale autour de l'offre chirurgicale.

2. Quelles sont les causes des écarts par rapport aux résultats attendus ?

Prévu pour 48 mois, le projet a été prolongé de 8 mois (pour un total 56 mois de mise en œuvre). Cela suite au retard relatif accusé dans le déroulement de l'intervention et donc l'atteinte de l'un ou l'autre résultat. Parmi les causes de ce retard, il y a lieu de citer :

- L'effort d'adaptation de l'intervention à l'évolution de son environnement, particulièrement les redécoupages sanitaires à l'origine de la création des nouvelles structures (une nouvelle région médicale, un nouveau district pilote et 5 nouveaux districts). L'augmentation logique du volume d'activités liée à cette situation et l'affectation (dispersion) d'une partie des moyens du projet à ces nouvelles structures (par rapport aux prévisions du départ) ne sont pas sans conséquences par rapport au niveau d'atteinte de certains résultats attendus de l'intervention ;
- Même avec un bon suivi, les réalités des procédures de passations et d'exécution des marchés publics (truffées de nombreux paramètres sur lesquels le projet n'a aucun impact) sont causes des retards enregistrés dans les investissements et donc à l'origine de pas mal d'écarts par rapport certains résultats. Parmi ces investissements, on peut citer :
 - l'acquisition du mobilier médical dont la livraison est annoncée pour fin novembre 2010 (soient 6 mois après le délai contractuel). Cette situation n'aura pas permis au projet de rendre fonctionnel les unités d'accueil et d'urgence qui ont été construites au niveau des centres de santé des districts pilotes ;
 - la mise en place d'un système de télécommunication entre les structures de santé des districts pilotes du projet n'ayant pas abouti, son impact attendu sur l'amélioration du système d'orientation-recours (RCR) dans la zone d'intervention est sans objet ;
 - la mise en place de l'imagerie médicale (unités de radiographie et échographie) dans les districts pilotes ayant connu un retard de plus d'un an, sa valeur ajoutée à la qualité de prise en charge des patients n'a pu être mesurée. Il va de soi que certains autres résultats attendus (suite au renforcement du plateau technique des CS avec l'imagerie médicale), notamment l'augmentation de l'utilisation des services et la diminution des évacuations sur Kaolack pour raisons clichés radiologiques n'ont pu se produire ;
 - bien d'autres investissements ont accusé du retard, notamment : (i) les travaux complémentaires de génie civil envisagés au niveau des centres de santé pour lesquels il fallait attendre la réception définitive des infrastructures construites par le projet santé I de la BAD, (ii) certaines acquisitions/fournitures tels les incinérateurs et leurs installations n'ont pu respecter le délai contractuel pour des raisons qui échappent totalement au projet,
- Le suivi des marchés publics et le volume important de charges administratives n'ont pu laisser suffisamment de temps aux responsables du projet pour des tâches techniques. Aussi, de nombreuses interférences du niveau central et des programmes nationaux ainsi que les sollicitations de tout genre n'ont pu permettre aux ECD/ECR de respecter leurs plannings opérationnels, notamment l'exécution des activités en rapport avec le projet. A cela faut-il ajouter la faible capacité opérationnelle des ECR et ECD qui s'est avérée être une difficulté non négligeable dans le processus d'accompagnement des ECD par le projet (insuffisance quantitative et qualitative du personnel-surtout médical, faible disponibilité etc.). Ceci explique, entre autres, qu'aucune initiative de recherche action n'a prospéré au sein des ECD.
- L'aboutissement de la réforme des organes de participation communautaire à l'effort de santé n'ayant pas eu lieu comme prévu, les activités du résultat 2 du projet étaient suspendues jusqu'au comité de pilotage extraordinaire en avril 2007 (où il a été décidé d'appuyer les comités de santé en place ou renouvelés).
- La non exécution de l'étude sur les coûts des soins au niveau national prévue 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 a obligé l'équipe du projet à réaliser finalement une étude restreinte dans la zone d'intervention, ce qui a occasionné un retard important dans la mise en œuvre du volet tarification forfaitaire.

- Les difficultés récurrentes de mobilisation des fonds de dotation alloués aux structures sanitaires dans le cadre du budget de l'Etat, à la base entre autres de nombreuses ruptures des médicaments ne sont pas sans conséquences sur l'utilisation des services la qualité des soins.

3. Quelles leçons peut-on tirer de l'expérience de la prestation? Faites une réponse détaillée sur les plans de l'impact et de la durabilité des résultats.

Dans le cadre de la prestation, un certain nombre d'éléments clés ont permis d'obtenir un maximum des résultats dans un délai relativement court :

- La combinaison pertinente de deux approches : promotion de l'offre et promotion de la demande,
- Un management proactif, flexible et participatif favorisant le faire faire au lieu de la fourniture de services,
- Une démarche systématique fondée sur la recherche,
- Un dispositif méthodologique efficace ayant permis de réaliser 36 postes de santé dans une période relativement courte,
- Une démarche systématique fondée sur le partenariat à travers le conventionnement (AGETIP, FMPOS, clinique gynécologique, CHR de Kaolack.)

Malgré que certaines réalisations aient pu se faire seulement à la fin du projet, certains signes précurseurs indiquent que le projet aura un impact sur l'accès à des soins de qualité au plan national et dans la zone d'intervention :

- La mise en place d'un dispositif pouvant assurer le développement durable de la qualité des soins aussi bien au niveau des centres que des postes de santé,
- La promotion d'un espace de participation de plusieurs acteurs dans le processus de chirurgie essentielle (Université, MSP, Régions médicales, CHR),
- L'effectivité des activités décentralisées de chirurgie au niveau de deux centres de santé,
- Le développement d'une dynamique mutuelle très forte dans la zone d'intervention avec une expérience novatrice en matière de couverture assurance maladie pour les élèves,
- Le développement d'un modèle de financement des structures sanitaires basé sur la tarification forfaitaire en faveur d'une meilleure prévisibilité des coûts pour le malade, la rationalisation des soins et une meilleure transparence de la gestion et des mécanismes de motivation pour le personnel de la santé,
- Un environnement gestionnaire des structures locales (Comités de santé) de plus en plus participatif encouragé par le projet (conventions, restitutions, rapportage, etc.)

Selon le rapport d'évaluation finale, le projet à travers son appui à la décentralisation de la chirurgie a permis de jeter les bases d'une réforme profonde du système de santé dans la perspective de rendre les districts de santé véritablement opérationnels :

- au niveau institutionnel avec l'appui à la relance du dialogue entre le MSP et l'université : aujourd'hui la réflexion autour des nouveaux services à mettre en place dans les CS est portée au niveau central avec l'implication de la Chaire de chirurgie et celle de Gynécologie obstétrique.
- au niveau stratégique, un plan pour l'élargissement de l'offre est en cours d'élaboration et devrait orienter les interventions destinées à consolider ce qui est déjà acquis dans le domaine de la chirurgie dans la zone du projet. Ce processus initié par le projet, constitue une véritable réforme dans le système de santé du pays et pourra à terme déboucher sur des changements structurels profonds (formation, recrutement, partenariat institutionnel entre structures de formation et MSP etc.).
- Au niveau des bénéficiaires directs et indirects, les effets sont perceptibles à travers :

- une contribution à l'augmentation du nombre de césariennes réalisées dans les CS de Sokone, Niore et de Kaffrine. La mise en œuvre du projet dans sa composante chirurgie au niveau du district a créé des conditions qui permettent d'assurer une disponibilité et une continuité de l'offre de soins en matière de césarienne ce qui n'était pas toujours le cas avec les compétences SOU,
- une plus grande crédibilité des structures sanitaires notamment les CS consécutive à leur capacité à mieux prendre en charge certaines pathologies qui étaient l'objet de référence systématique.

Alors que l'impact est jugé satisfaisant par l'équipe d'évaluation finale, la durabilité quant à elle est jugée fragile bien que nombre de facteurs de durabilité sont en place, à savoir :

- le renforcement des compétences pour les acteurs de l'offre comme pour ceux de la demande,
- l'appropriation progressive de certaines thématiques par les acteurs stratégiques. Les élus locaux, les responsables académiques et les prestataires de soins manifestent de plus en plus un intérêt par rapport à la chirurgie de district, à la tarification forfaitaire et à l'assurance maladie élèves.
- la mise en place des référentiels et outils techniques (guides de gestion, modules de formation, outils de gestion),
- le renforcement de l'implication des collectivités dans la gestion des PS et CS.

Mais cette durabilité est menacée par d'autres facteurs que sont :

- l'instabilité du personnel au niveau notamment des ECD et des ECR : des personnes ressources (médecins chefs) ont eu à changer de poste durant la mise en œuvre du projet, alors que leur réaffectation n'a pas été suivie d'un renforcement des équipes d'origine.
- l'adhésion insuffisante des acteurs de terrain à certaines approches telles que la référence et la contre référence, malgré que les supports soient renforcés,
- l'influence forte des approches verticales (programmes) qui prennent beaucoup de temps aux ECR et ECD. Ce qui limite leur disponibilité à se consacrer pleinement à toute nouvelle initiative pas encore institutionnalisée,
- l'insuffisance de l'ancrage du processus de chirurgie essentielle dans le MSP,
- l'insuffisance du personnel au niveau des équipes des blocs opératoires
- la faible appropriation des interventions par les collectivités locales, expliquée en partie par leur implication tardive dans le comité de pilotage, mais aussi par leur difficulté à satisfaire les compétences transférées avec des ressources humaines et financières limitées,
- le caractère récent de certaines innovations comme p. ex. la tarification forfaitaire.

Pour toutes les innovations qui n'ont pas atteint un niveau de maturité permettant le passage à l'échelle avant la clôture du projet, la reprise du secteur de la santé comme secteur prioritaire de la coopération belgo-sénégalaise et le démarrage de deux nouveaux projets permettront de les développer davantage, d'aller à une plus grande échelle et, si les résultats sont concluants, d'en faire une politique nationale.

Alors que pour le volet accessibilité financière la continuité à courte et moyenne terme pourra être assurée le PAMAS, peu d'actes sont posés en termes de réflexion ou d'intervention visant à garantir la durabilité des améliorations relatives à l'offre au niveau des acteurs locaux (techniciens, collectivités locales) ou nationaux.

4. Selon vous, comment la prestation a-t-elle été perçue par les groupes cibles ?

A la suite des enquêtes faites en 2007 auprès des bénéficiaires (directs et indirects) dans les districts pilotes par rapport à leur perception de l'offre et de l'accès aux soins, le projet ASSRMKF s'est évertué à répondre autant qu'il a pu aux nombreuses demandes exprimées. En mai 2010, des études similaires ont été réalisées afin d'apprécier l'évolution de la perception/satisfaction des bénéficiaires par rapport à l'offre des soins en général et l'apport du projet en particulier. Alors que les équipes cadres, les agents de santé et les comités de santé connaissent bien les interventions et réalisations du projet, la population elle-même, s'est plutôt prononcée sur l'offre de soins dans son intégralité.

Appréciation des bénéficiaires directs :

De manière générale, les bénéficiaires directs (c'est-à-dire la population de l'ensemble de la zone d'intervention du projet) ont exprimé leur satisfaction, notamment en termes d'amélioration de l'accessibilité (géographique et financière), la permanence/ continuité des services et d'accueil.

Un total de 36 PS ont été réfectionnés, et la construction des maternités permet aux femmes de limiter le taux d'accouchement à domicile et des complications liées à la grossesse. Le projet a été félicité pour la qualité des infrastructures réhabilitées ou construites. La construction des logements pour les infirmiers chefs de postes dans l'enceinte des PS et le recrutement des sages femmes par les comités de santé ont permis d'améliorer la disponibilité du personnel qualifié et de réorganiser les services dans les PS. La prise en charge des femmes enceintes est devenue plus aisée avec les consultations prénatales (CPN) pratiquées quotidiennement.

Cependant, une limite fréquemment évoquée par la population est la mobilité du personnel elle ne comprend pas toujours les raisons, situation souvent liée à la nécessité de coordination qui appelle les agents de santé à participer à diverses rencontres (formation, séminaires, restitutions, etc)

Au niveau des centres de santé des districts pilotes, les services existants ont bénéficié d'un équipement complémentaire et de nouveaux services créés permettent la prise en charge d'une gamme de pathologies plus importante qu'avant. Des salles d'hospitalisation ont été construites au CS de Kaffrine. En 2007, l'insuffisance de salles avait été soulignée au niveau des besoins des populations qui déploraient l'hospitalisation des malades dans les couloirs dans certains centres de santé.

Avec la mise en place des nouveaux services, le projet ASSRMKF s'est engagé à contribuer aux efforts de mobilisation du personnel qualifié. Au niveau des centres de santé de Sokone et Kaffrine, le projet a facilité la mise en place d'un système de rotation des internes en dernières années de chirurgie, rendant ainsi disponible un service très attendu (la chirurgie générale). Ceci est considéré comme un des acquis les plus importants du projet (à en croire aux déclarations du genre « si le projet ASSRMKF n'existait pas, il fallait absolument le créer » faites à maintes reprises par une haute autorité locale, preuve d'une grande satisfaction.

L'étude qualitative sur la perception a montré que la diversification des services et de l'offre de soins rapproche les services de leurs utilisateurs. Il y a un développement de la confiance des utilisateurs vis-à-vis de services comme la chirurgie. De nombreux malades n'ont plus besoin de se rendre au CHR de Kaolack. Bien au contraire, ce sont certains patients de Kaolack qui font maintenant le déplacement vers les CS de Sokone et Kaffrine pour bénéficier des soins de qualité à un coût plus abordable et en un temps d'attente plus réduit. Si l'accessibilité géographique est devenue plus facile grâce à la mise en place des nouveaux services, l'accessibilité financière l'est aussi (réduction des coûts de référence et du transport). Des ambulances sont également mises à la disposition des centres de santé pour faciliter l'évacuation rapide des urgences.

Afin de rendre les soins coûteux plus accessibles, le projet a initié la tarification forfaitaire qui constitue un système de solidarité entre les cas mineurs et les cas qui nécessitent des soins lourds. Ce système de paiement réduit également l'imprévisibilité des coûts dans un contexte où une partie importante des patients doit mobiliser l'argent par des emprunts ou la vente des biens. Alors que la tarification forfaitaire est fortement appréciée pour les soins préventifs et les soins secondaires (à l'exception des interventions chirurgicales qui sont considérées comme peu abordables pour une population pauvre), des critiques sont émises par rapport à son application pour la consultation primaire curative (CPC). Les ruptures fréquentes des médicaments obligent les patients d'acheter certains médicaments dans les officines privées, ce qui engendre des frustrations chez les patients qui ont payé avant la consultation un tarif pour une prise en charge complète. Les patients se plaignent également du fait que seuls les médicaments génériques sont pris en charge pour la tarification forfaitaire, et le respect strict des algorithmes en vue de rationaliser les soins ne trouve pas toujours un avis favorable au niveau de la population qui pense que les forfaits pour la CPC (2000 F pour un adulte et 1500 F pour un enfant) sont assez élevés par rapport à la quantité des médicaments prescrits.

La seule possibilité de réduire ces coûts est l'adhésion à la mutuelle. En effet, l'introduction de la TF a conduit à une adhésion massive aux mutuelles initiées ou renforcées par le projet. Celles-ci facilitent davantage l'accès financier aux soins et aux médicaments dans une grande partie des structures sanitaires dans la zone d'intervention du projet. Pour les femmes, la prise en charge des CPN et des contraceptions est gratuite. Le coût de la chirurgie est évalué en général à 100 000 F mais pour les adhérents des mutuelles, le coût est réduit à 35000 F et le reste est pris en charge par les mutuelles. Nombreux sont les patients (élèves notamment) qui accèdent à des soins de qualité grâce à la couverture assurance maladie offerte par les mutuelles. L'assurance maladie aux élèves (AMEL) p. ex. permet aux souscripteurs dont le nombre s'élève aujourd'hui à plus de 20 000 enfants, d'être pris en charge au niveau primaire sans ticket modérateur en période scolaire et pendant les vacances et cela moyennant une cotisation annuelle de seulement 1000 F.

Appréciation des bénéficiaires indirects (équipes cadres, prestataires, comités de santé):

Pour les bénéficiaires indirects, l'amélioration de leurs conditions de travail constitue un facteur de motivation non négligeable et une contribution à l'amélioration de la qualité des soins. Dans les PS, bon nombre d'infirmiers se disent contents de la possibilité de travailler dans des infrastructures rénovées, éclairées par des panneaux solaires et souvent plus spacieux comme avant, de bénéficier d'un logement décent et des facilités de travail grâce à la dotation d'équipements (meublier complémentaire et équipement médical) ainsi que des motos qui facilitent la mobilité dans les zones enclavées surtout en période hivernale et la vaccination en stratégies avancées. Les équipes cadres ont été dotées du matériel bureautique, et les véhicules de supervision leur permettant de superviser certaines activités dont l'assistance est jugée nécessaire. Des supports visuels ont été offerts dans le but de renforcer les agents communautaires en outils de communication afin de leur faciliter les activités de sensibilisation (télévisions, dépliants...).

Le personnel soignant n'étant pas moins gêné comme les patients par la disponibilité insuffisante des ME, il a salué la construction des dépôts pharmaceutiques dans les districts de Sokone et Kaffrine. La conservation des médicaments a toujours été remise en question par les gestionnaires des zones surtout à cause de la chaleur. Ces nouveaux dépôts climatisés permettent désormais de préserver la qualité des produits et de commander des quantités plus importantes afin de réduire les ruptures de stocks. Les responsables techniques (infirmiers et dépositaires) ont été recyclés sur la gestion des médicaments et particulièrement sur le calcul de la quantité à commander.

Le personnel et les comités de santé se disent mieux capacités par rapport à leurs tâches quotidiennes grâce aux formations organisées par le projet. Des séances de formation et des

voyages d'études ont été organisés pour certains médecins, superviseurs, infirmiers et techniciens. Ils ont pu se valoriser en renforçant leurs compétences pour offrir des soins plus adaptés aux utilisateurs et/ou gérer mieux le système. Les responsables des mutuelles, eux aussi ont bénéficié des mesures de capacitation et des appuis financiers pour mieux mener leurs activités en faveur d'une amélioration quantitative et qualitative de la couverture assurance maladie de la population.

Les monitorings permettent aux personnels soignants d'évaluer leurs activités semestriellement. C'est donc une forme d'auto-contrôle de qualité. L'appui financier du projet à cette activité a rendu possible la restitution des résultats auprès des communautés concernées et a renforcé l'implication des acteurs communautaires dans la gestion des structures de soins.

Le tableau ci-dessous qui résume les témoignages des bénéficiaires donne une configuration où les forces sont plus importantes que les faiblesses (13/6).

Tableau N°2 : Appréciation du projet par les bénéficiaires

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Réhabilitation / réfection des postes (NAT, GM) • Nouveaux services (maternité, radiologie, chirurgie) • Continuité des services • Equipements (moto pour l'ICP de NAT, lit, potences ; lampe chauffante, ambulance, véhicules de supervision, imagerie médicale, fauteuils, aide au fonctionnement du bloc SOU, panneaux solaires) • Ordinateurs et imprimantes • Outils de gestion • Formation des comités de santé, des dépositaires • Construction de dépôts pour les médicaments (Sokone), de salles d'hospitalisation (Kaffrine), bureau du comité de santé, service d'accueil d'urgence et cabinet dentaire • Appui au monitoring à la supervision et en restitution communautaire • Prise en charge du chirurgien • Ravitaillement en produits consommables pour le cabinet dentaire pour une durée de 5 mois • Motivations des personnels (formations des médecins, SSP, infirmiers, techniciens, etc.) • Création et encadrement des mutuelles de santé (familiales et élèves) • Accroissement de mobilité des ICP (réunions, causeries, vaccination, sensibilisation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Informations insuffisantes sur la tarification forfaitaire • Canalisation des toilettes des postes de santé permettant peu d'évacuation des eaux (problèmes de conception de la canalisation). • Informations et sensibilisation insuffisantes sur les réalisations du projet (travail de visibilité) → Sigle difficilement prononçable • Non formation des nouveaux comités de santé • Nombreuses absences des agents pour des réunions • Indisponibilité de médicaments dans le cadre de la tarification forfaitaire

5. Quels ont été les résultats du suivi-évaluation ou du monitoring et des éventuels audits et contrôles? Comment les recommandations de ceux-ci ont-elles été prises en compte ?

Dès le début, l'équipe du projet a pris des dispositions requises pour assurer un bon suivi/monitoring de l'état d'avancement du projet en impliquant autant que possible toutes les parties prenantes (partenaires de terrain, équipe du suivi scientifique, RESEN, CTB siège, SMCL etc.)

Rapportage :

A travers un rapportage régulier, le projet a pu :

- Rendre compte de son état d'avancement aux différentes parties prenantes et obtenir leur feedback;
- Épingler/partager les difficultés rencontrées, proposer des solutions et/ou demander des appuis d'autres instances (SMCL) et/ou parties prenantes;
- Elaborer des plannings opérationnels conséquents ;
- Procéder aux réaménagements budgétaires en cas de nécessité
- Etc.

SMCL/Comité de pilotage

Chargée d'assurer l'orientation, le suivi et le contrôle du projet pour l'atteinte de son objectif spécifique, la SMCL a pleinement joué son rôle tout au long du déroulement de l'intervention. Cela notamment à travers une excellente réactivité aux difficultés et nombreuses questions qui lui ont été soumises pour avis. En aucun moment l'appui du comité de pilotage a fait défaut quand il a été requis. Parmi de nombreux acquis du projet au titre de la contribution de la SMCL au bon déroulement de l'intervention ASSRMKF, il y a lieu de citer :

- La réhabilitation par le MSP des locaux mis à la disposition du projet au titre des bureaux ;
- La délégation de la maîtrise d'ouvrage du volet génie civil à AGETIP et la proposition de mise en place d'un dispositif de suivi des travaux à l'effet de garantir la qualité des ouvrages;
- La relance du dialogue entre le MSP et la FMPOS ;
- L'adaptation/révision/actualisation du DTF ;
- La décision de procéder à l'évaluation à mi-parcours du projet, non prévue au départ ;
- L'examen, conseils et approbation des différents réaménagements/changements budgétaires ;
- La prorogation de la durée du projet et des contrats des RH y travaillant ;
- Les démarches de mobilisation des RH auprès du MSP et le recrutement des profils complémentaires au sein de l'équipe du projet ;
- Le suivi systématique de la mise en œuvre des recommandations/décisions prises au cours des différentes sessions
- Etc.

Evaluation à mi-parcours de 2008.

Cette évaluation a formulé un certain nombre de recommandations aux principaux groupes d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet dont la majorité (19 sur 23) ont été prises en compte dans la suite (taux de réalisation = 83%).

- Toutes recommandations (au nombre de 8) à l'attention de l'équipe du projet ont été réalisées ;

- Sur trois (3) recommandations adressées à l'équipe de suivi scientifique, seule celle portant sur l'élaboration d'un plan de transfert des responsabilités du suivi-scientifique à la partie nationale n'a pu encore être exécutée (le projet n'étant pas encore clôturé)
- La SMCL a pris en compte quatre (4) recommandations sur les cinq (5) qui lui ont été adressées. Par contre, elle n'a pas jugé opportun dans un stade déjà assez avancé du projet de reformuler encore une fois l'intitulé du résultat 2.
- Sur les cinq (5) recommandations adressées aux Régions Médicales, quatre (4) ont bénéficié d'un suivi. Par rapport à la concertation des partenaires, par contre, il n'y a pas eu l'amélioration souhaitée
- Deux (2) recommandations ont été adressées aux ECD. Alors que celle relative au plaider en faveur du système de référence/contre référence a été prise en compte, rien n'a été fait pour renforcer le processus de planification des activités dans une perspective de développement du système de santé du district

Deux audits externes dont le premier en 2008. Cette mission d'audit a formulé un certain nombre de recommandations à :

- La valorisation de l'inventaire et la couverture assurance multirisque habitation
- La tenue des dossiers des marchés publics
- Les contrats de prestations des services
- Les dossiers du personnel
- Les modalités de paiement
- Les mesures de contrôle interne
- Le back-up informatique

Toutes ces recommandations ont été prises en compte

Un deuxième audit externe, réalisé en juin 2010 a relevé :

- un bon suivi et l'implémentation des recommandations de l'audit de 2008
- un certain nombre de manquements (jugés par ailleurs importants) par rapport aux contrôles internes, à l'efficacité et l'efficience des mécanismes de gestion et de contrôle des fonds du projet et à la conformité quant aux règles et réglementations
- des erreurs d'imputation pour un montant total de 15 499 408 F CFA et certains faiblesses dans le classement comptables.

Les recommandations faites au cours de ce deuxième audit font l'objet d'une prise en compte par le projet.

Missions de suivi de suivi scientifique,

Plutôt que des recommandations, les différentes missions de l'accompagnement scientifique ont fait des réflexions sur les différentes thématiques du projet, lesquelles réflexions ont été à chaque fois partagées avec l'équipe du projet et prises en compte autant que faire se peut dans le déroulement de l'intervention.

Missions de suivi et de contrôle assurées par la RESSEN et CTB siège

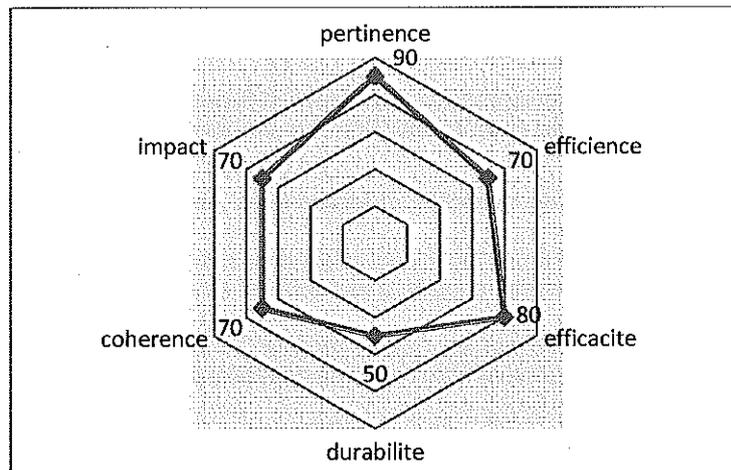
Nombreuses recommandations ont été formulées à l'issue de chacune de ces missions, lesquelles recommandations dont la mise en œuvre a fait l'objet d'un suivi rapproché.

Les réunions hebdomadaires de l'unité de gestion du projet qui ont fait toujours objet d'un rapport synthétique ont permis de partager les informations sur les échanges à tous les niveaux autour des évaluations et de suivre de façon systématique les recommandations faites par les différentes instances.

Evaluation finale du projet:

Réalisée en mai 2010, cette évaluation situe le niveau de performance des différents critères de base entre 50 et 90% (cf le graphique ci-dessous).

Fig. 2 : Niveau d'atteinte des critères de base



Par rapport aux critères HARMO elle a retenu :

- Harmonisation : De manière générale, il existe des initiatives dans l'harmonisation des interventions du projet avec celles des autres acteurs. On note cependant que la zone du projet est couverte par de nombreux acteurs intervenant dans la santé mais la coordination dans une perspective d'harmonisation des approches n'est pas encore effective.
- Alignement : Le projet aussi bien dans sa conception que dans sa mise en œuvre s'est inscrit dans les orientations stratégiques nationales définies dans le PNDS, lui-même en adéquation avec la stratégie nationale de réduction de la pauvreté. Dans la mise en œuvre, le projet s'est appuyé sur les procédures nationales existantes.
- Gestion axées sur les résultats : Le projet a de manière systématique essayé d'établir des situations de base pour servir d'indications à la planification et à la prise de décision. L'engagement dans une logique de recherche avec une conceptualisation systématique des approches permet également au projet d'avoir une lisibilité des résultats attendus. La mise en place d'un système de suivi (SMCL) et la réalisation d'évaluations (une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale) ont fondamentalement canalisé les acteurs du projet ainsi que les ECR et ECD à réaliser les activités en perspective de l'atteinte des résultats.
- Responsabilité mutuelle : Comme indiqué plus haut, la SMCL a tenu régulièrement ses rencontres et pris les décisions sur les orientations à donner au projet. On note cependant que dans le bilan financier de la mise en œuvre peu d'informations sont disponibles sur la contribution nationale au niveau des rapports du projet.
- Appropriation : Dans sa conception et sa mise en œuvre, le projet s'est intégré dans le dispositif stratégique et institutionnel défini par le pays. Dans une logique d'appui et d'accompagnement, les AT du projet sont intégrés dans les équipes cadres. Certaines interventions opérationnelles (monitoring) connaissent une bonne participation de la part des acteurs de terrain y compris des collectivités.

L'évaluation finale a également constaté que des efforts ont été faite pour prendre en compte les thèmes transversaux (genre, environnement, économie sociale, droit des enfants). Les recommandations issues de cette évaluation concernent plutôt les futures interventions de la coopération belge dans le secteur de la santé (cf chapitre suivant).

6. Quelles recommandations faites-vous pour la consolidation et l'appropriation de l'après-projet (les politiques à suivre ou à mettre en oeuvre, les ressources nationales nécessaires, la responsabilisation des groupes cible, la manière d'appliquer les recommandations...)?

Ces recommandations ne sont autres que celles partagées lors de l'évaluation finale du projet :

Au Ministère de la santé (MSP)

- Mettre en place des mesures incitatives (bourses suffisantes) pour attirer les médecins à se spécialiser en chirurgie et en gynécologie (au regard des besoins élevés du pays en ces 2 profils).
- Doter les ECR et ECD de capacités opérationnelles pouvant leur permettre de mieux assurer leur mission:
 - Renforcer le personnel technique (médecins, spécialistes et techniciens)
 - Adapter les profils des équipes à leur mission (planification, information sanitaire, etc.)
 - Stabiliser le personnel au niveau régional et district surtout en lien avec les initiatives pilotes devant faire l'objet de généralisation future

Dans cette perspective, le MSP à travers la DRH devra inscrire les régions d'intervention comme étant prioritaires en matière d'affectation des profils disponibles

- Assurer une bonne synergie entre les projets en cours de formulation et les acquis du projet ASSRMKF
- Veiller à la qualité des indicateurs du cadre logique lors des prochaines formulations de projet
- Réfléchir sur des alternatives à la « téléphonie rurale »
- Assurer une réelle implication de la division en charge de la recherche dans l'encadrement des ECD intéressées par la recherche.

Aux régions médicales (RM)

- Initier un partenariat entre la région médicale et le CHR en ce qui concerne la formation et l'accompagnement du personnel des CS (à travers des conventions)
- Appuyer les districts dans la mise en oeuvre et le suivi de la référence/ contre référence
- Renforcer le volet hygiène hospitalière dans les CS et PS à travers les sous-brigades de districts.
- Maintenir la régularité des supervisions et des rencontres de coordination.
- Mettre un accent particulier sur le suivi, l'évaluation des interventions en cours (AMEL, TF, etc.)
- Promouvoir l'élaboration et la mise en oeuvre effective des planifications (PTA, maintenance, micro-planification des comités de santé) dans des délais raisonnables;
- Promouvoir une plus grande concertation des partenaires techniques et financiers intervenant dans les régions afin de renforcer la compréhension sur les choix stratégiques du MSP
- Dans une perspective de pérennisation de ce processus, le comité de réflexion devra identifier un paquet d'interventions qui peuvent progressivement être à la charge de l'institution (RM/DS) mais aussi des comités de santé

Aux districts sanitaires (DS)

- Faire un plaidoyer continu au niveau des différents acteurs pour rendre effective la référence et la contre référence.
- Mettre en place un dispositif opérationnel pour la maintenance des équipements biomédicaux et pour l'hygiène hospitalière. Il s'agit de renforcer la planification des activités des responsables en charge des ces deux domaines et assurer une évaluation périodique au même titre que les activités du PMA.
- Accorder une priorité aux processus de planification dans le district : respect du calendrier établi avec la RM, mobilisation des ressources locales (partenaires techniques et financiers, collectivités locales)
- Appuyer les comités de santé dans la recherche de partenaires pour un investissement dans les ressources en santé (personnel communautaire et médicaments)
- Assurer la régularité des supervisions, des monitorings et des restitutions communautaires. Ces activités devront figurer en priorité dans les plans d'action et bénéficier de la mobilisation des ressources financières

Au projet (AT/Chef de projet/suivi scientifique)

- Finaliser et diffuser la documentation aussi bien de la « Tarification Forfaitaire » que de « l'Assurance Maladie Elève », de la « chirurgie dans le district » et du « génie civile ».

A la CTB pour la formulation des nouveaux projets

La mise en œuvre de nouveaux projet à la suite de ASSMRKF devra prendre en compte trois aspects : l'exploitation de certaines leçons apprises ; le renforcement de certains acquis encore peu matures et donc fragiles et combler certains gaps importants en terme d'amélioration d'une offre de soins de qualité.

- L'exploitation de certaines leçons apprises, essentiellement :
 - Des aspects liés au contexte national et qui sont apparus comme des contraintes : les capacités opérationnelles des RM et des ECD qui sont limitées, l'insuffisance du personnel qualifié et sa forte mobilité ;
 - Les réformes en cours dans le secteur, notamment l'érection de certains centres de santé de référence en Etablissement Publics de Santé de niveau 1 qui risquerait d'impacter négativement sur le fonctionnement du district sanitaire.
 - Du faible niveau de disponibilité de l'information sanitaire et des processus de planification. Ceci est en lien avec le point ci-dessus évoqué ;
 - D'une dynamique communautaire importante à travers les comités de santé, les mutuelles de santé, les groupements de femmes et des jeunes;
 - Une dynamique intersectorielle autour de l'autorité administrative
- Le renforcement de certains acquis encore peu matures
 - La chirurgie dans les districts connaît une mise en œuvre effective mais reste encore très fragile. Cette fragilité est liée à la stratégie adoptée et qui repose sur des médecins en cours de spécialisation et dont la masse critique n'est pas toujours suffisante pour assurer un élargissement. Il semble donc indiqué que la réflexion en cours soit conduite à terme et permette de déboucher sur un plan stratégique qui permettrait de définir les options les plus appropriées.
 - La tarification forfaitaire : sa reprise en main par le PAMAS s'opérationnalise mais reste peu formalisée. Une formalisation permettra de mettre en évidence des aspects non « compatibles » avec le PAMAS et qui devront être repris par d'autres interventions.

- AMEL : l'engouement au tour de cette initiative constitue un point positif mais également un risque de saupoudrage d'où la nécessité d'assurer une prise en compte de cette initiative dans une démarche aussi systématique que celle assurée par le projet ASSMRKF. La perspective que le PAMAS assure la suite devra nécessiter un renforcement de l'équipe locale. A défaut, il faut envisager une prise en compte par les nouveaux projets.
- Les gaps à combler
 - La capitalisation des expériences du projet à travers notamment le développement d'une dynamique entre le terrain et le niveau central n'a pas tout à fait fonctionné comme souhaité. Cette dimension devra faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la formulation des projets actuels. La mise en place d'une AT au niveau central avec des termes de référence précis orientés sur cette problématique peut aider cette capitalisation.
 - Certaines thématiques importantes telles que la maintenance et l'hygiène hospitalière restent peu couvertes et pourront faire l'objet d'une attention particulière

Finalement il semble indiqué de veiller à la qualité des indicateurs du cadre logique lors de la formulation des nouveaux projets.

7. Conclusions

Au regard des orientations de la politique nationale sénégalaise et celles de la coopération belge en matière de santé, le projet ASSRMKF s'est avéré être une intervention pertinente dans sa conception et une performante dans sa mise en œuvre. L'ensemble des activités menées ont, à des degrés divers, contribué à la réalisation des résultats attendus et donc à l'atteinte de l'objectif de l'intervention dans les régions couvertes.

Sans trop s'écarter des orientations du cadre logique et en interaction permanente avec les autres acteurs, l'équipe du projet a fait preuve de beaucoup de flexibilité face aux contraintes et opportunités du contexte. Ce qui a permis d'adapter de façon continue à l'intervention à l'évolution de son environnement et ainsi la maintenir dans une logique de développement du système de santé de district (voire régional).

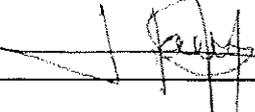
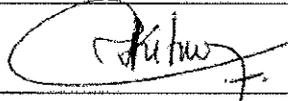
De l'avis de l'évaluation finale, le projet a permis de jeter les bases d'une réforme profonde du système de santé dans la perspective de rendre les districts de santé véritablement opérationnels, cela notamment grâce à la combinaison pertinente de deux approches : promotion de l'offre et promotion de la demande.

Dans sa logique de recherche sur le système de santé, ASSRMKF a favorisé le faire faire au lieu de la fourniture de services. En impliquant les acteurs clés du secteur de la santé mais aussi d'autres secteurs dans le déroulement de l'intervention, l'équipe du projet a véritablement réussi à renforcer les capacités

- du côté offre en mettant en place un dispositif pouvant assurer le développement durable de la qualité des soins aussi bien au niveau des centres de santé que des postes de santé,
- du côté demande par le développement d'une dynamique mutuelle très forte avec une expérience novatrice en matière de couverture de l'assurance maladie élèves.

Aussi, le projet s'est-il avéré être un modèle pour la gestion des innovations. Le développement d'un nouveau modèle de gestion des structures de soins autour de la tarification forfaitaire en est un exemple.

La reconsidération de la santé comme secteur de concentration de la coopération belgo-sénégalaise dans le programme indicatif de coopération (PIC) 2010-2013 (alors qu'elle l'était pas dans le PIC précédent) a été inspirée pour l'essentiel et constitue quelque part une marque de reconnaissance des résultats encourageant obtenus par le projet ASSRMKF

Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
	

QUATRIEME PARTIE : ANNEXES

Annexes
Annexe 1 Résumé des résultats
Annexe 2 Etat des recettes et dépenses
Annexe 3 Taux de déboursement de la prestation
Annexe 4 Personnel de la prestation
Annexe 5 Sous traitances
Annexe 6 Equipements
Annexe 7 Formations
Annexe 8 Bailleurs de fonds
Annexe 9 Engagements

ANNEXE 1: Résumé des résultats et des activités (en fonction du cadre logique)

Résultats Intermédiaires	Indicateurs (prévus ou réalisés)	Etat de réalisation
<p>RI. 1. La qualité des services est améliorée</p>	<p>Taux d'utilisation de la CPC</p> <p>Taux de satisfaction de la population</p> <p>Taux de supervisions de l'ECD effectuées / supervisions programmées</p> <p>Taux de réalisation des protocoles de recherche approuvés</p>	<p>Le taux d'utilisation de la CPC a augmenté au cours du projet : 0,18 NC/habitant/an (situation de départ) → 0,38 NC/habitant/an à la fin du projet.</p> <p>La satisfaction de la population a été appréciée au début et à la fin du projet de façon qualitative et pondérée en utilisant le cadre H pour mesurer la relation entre facteurs favorables et défavorables à l'utilisation des services de santé. Alors qu'au début le poids des facteurs favorables et défavorables était presque égal (relation 1,1 :1), les facteurs favorables ont largement dominés à la fin du projet (relation 2,5 :1)</p> <p>En moyenne 4 supervisions par an ont été réalisées sur 6 prévues, soit un taux de 66% environ.</p> <p>Tout au long de la mise en œuvre du projet ASSRMKF, 8 protocoles ont été élaborés. Ainsi donc, cinq études et trois recherches action ont été réalisées, à savoir :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Etude sur la perception communautaire de la qualité des services, 2) Enquête ménages 3) Etude sur les coûts et le financement des soins 4) Recherche action sur la mise en place d'une couverture AMEL 5) Recherche action sur la décentralisation de la chirurgie 6) Recherche action sur la mise en place de la tarification forfaitaire 7) Etude sur les besoins obstétricaux non couverts (BONC) 8) Etat des lieux de l'offre chirurgicale au Sénégal
<p>RI. 2. Les organes de participation communautaire à l'effort de la santé sont renforcés</p>	<p>Nombre d'AG des organes de participation des populations à l'effort de santé tenues selon les obligations statutaires</p> <p>Nombre de membres d'organes de participation des populations à l'effort de santé formés / nombre en place</p> <p>Pourcentage d'organes de participation de la population à l'effort de santé impliqués dans le processus de micro-planification</p>	<p>Il s'est tenu de façon systématique des restitutions communautaires après les monitorings semestriels, mais aussi celle des assemblées générales de renouvellement. Le taux d'exécution est estimé à 100%.</p> <p>Dans chaque comité de santé renouvelé au cours de l'année 2009, la formation sur la gestion des structures sanitaires a couvert certains membres. Le taux de réalisation peut être estimé à plus ou moins 95%.</p> <p>L'effectivité des restitutions communautaires au niveau des Postes de santé des districts pilotes permet d'affirmer que l'implication des organes de participation communautaires à la micro planification est de 100%.</p>

Résultats Intermédiaires	Indicateurs (prévus ou réalisés)	Etat de réalisation
RI. 3. L'infrastructure du système de santé est adéquate	Taux de réalisation des infrastructures de santé. Elaboration et mise en œuvre d'un plan stratégique de maintenance	L'ensemble des réhabilitations/constructions planifiées ont été réalisées. La qualité des réalisations est jugée satisfaisante. Les plans sont élaborés à tous les niveaux, mais peu d'éléments permettent d'apprécier leur niveau de mise en œuvre.
RI.4. L'équipement nécessaire pour répondre à la demande de la population est en place au niveau de PS et CS	Nombre de PS équipés par rapport au nombre prévu Nombre de césariennes au district par rapport au nombre de césariennes attendues Nombre de jours hors services de l'équipement par rapport au nombre de jours de la période.	100% Le taux de césariennes (initialement 16,3%) a connu une augmentation. L'étude sur les besoins obstétricaux non couverts indique une couverture de 56% des interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues dans la zone du projet. Cet indicateur n'est pas mesurable faute d'un dispositif opérationnel de collecte de l'information.
RI.5. Le système de référence-contre référence	Nombre de RCR accomplies Nombre de cas référés des PS vus par le médecin / total des cas référés des PS Nombre de cas référés des PS arrivant au CS / total des cas référés par les PS Nombre de cas urgents référés et effectivement traités (pris en charge) au CS Nombre de références non pertinentes réalisées du CS au CHR / total référées Nombre de cas référés vus par le médecin / total des cas référés Nombre de cas référés des CS au CHR / nombre total des cas référés par les CS	Le feedback sur les références des PS vers les CS se fait systématiquement dans la moitié des districts (à l'occasion des réunions de coordination ou par téléphone) mais, les bulletins de retro information sont rarement utilisés. Les références des CS vers les CHR, eux-aussi ne bénéficient pas des contre référence en dehors des quelques cas qui requièrent la poursuite du traitement au CS d'où ils ont été référés. Information chiffrée non disponible. Dans les structures où il y a deux médecins, presque tous les cas référés sont vus par un médecin. Dans les autres CS, c'est le major se charge des cas référés en absence du médecin. Information pas disponible. Les services des urgences à proprement parlé ont été mises en place seulement vers la fin du projet. Le registre devant être utilisé au niveau du tri et par l'équipe de garde a été élaboré et introduit en début 2008 dans les CS pilotes. Le nombre de 104 cas rapportés ne reflète malheureusement pas la réalité à cause du fait que l'enregistrement n'a pas été systématique. L'information n'est pas disponible en absence d'un consensus sur la définition opérationnelle d'une référence non pertinente. Information non disponible en ce qui concerne le nombre de cas vus par le médecin. Le nombre des malades référés s'élève à 1894. 1493 patients ont été référés par les CS. En dehors des cas psychiatriques et quelques références sur demande vers Dakar, l'ensemble des références se font vers les CHR de Kaolack ou Diourbel. Le pourcentage peut être estimé à plus de 95%.

Résultats Intermédiaires	Indicateurs (prévus ou réalisés)	Etat de réalisation
<p>RI.6. L'accessibilité financière de la population aux soins de santé</p>	<p>Taux d'utilisation de la CPC</p> <p>Taux de non-utilisation pour raison de manque de moyens</p> <p>Nombre de consultants couverts par les mutuelles de santé / total des consultants</p> <p>Nombre de mutuelles qui prennent en charge les soins secondaires / nombre de mutuelles existantes :</p> <p>Evolution du taux de Consultation Primaire Curative (CPC) dans les structures avec tarification forfaitaire</p>	<p>A partir d'une valeur initiale de 0,18 NC/habitant /an, le taux d'utilisation CPC a doucement progressé pour atteindre 0,38 contact par habitant et par an à la fin du projet</p> <p>La part relative de non utilisation pour des raisons financières a reculé (de 18,1% à 12,9%), et la part relative des personnes qui ont eu besoin de mobiliser l'argent à travers des emprunts, des ventes des biens ou au sein de la famille a baissé de 59% à 42%. Difficile de savoir si ce qui semble être une amélioration ne peut être attribué à un effet saisonnier.</p> <p>En 2006, le nombre de consultants couverts par une mutuelle était au dessous de 1%. Aujourd'hui ce taux se situe autour de 8%.</p> <p>En 2006, 6 mutuelles sur 12 avaient une convention avec un CS (soit 50%). Depuis le nombre de mutuelles ayant une convention avec les CS est passé à 28 sur les 32 mutuelles fonctionnelles (soit 88%)</p> <p>Le taux d'utilisation CPC dans les structures avec tarification forfaitaire pour le premier semestre 2010 a augmenté de 34% par rapport à la même période de l'année précédente alors qu'il n'a pas évolué dans les structures qui appliquent les tarifs éclatés (groupe contrôle).</p>

Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)
<p>RI.1. La qualité des services est améliorée</p> <p>Activité 1 : Renforcer les capacités managériales de l'ECD</p> <p>Activité 2 : Mettre en place des systèmes effectifs de gestion de ressources</p>	<p>Le renforcement des capacités managériales des ECD s'est fait à travers des interventions diverses mais complémentaires :</p> <p>Une amélioration des compétences par des ateliers thématiques, l'orientation des ECD/R sur les guides de gestion des districts et CS, et des voyages d'études dans d'autres pays permettant aux membres des ECR/ECD de s'imprégner des expériences mises en œuvre dans ces pays au niveau district sanitaire ;</p> <p>Un développement des moyens techniques et logistiques avec la dotation en véhicules de supervision mais également à travers l'appui en équipement informatique, en matériel bureautique et en supports de collecte de données.</p> <p>Un appui technique et financier à la réalisation régulière des activités de supervision, de coordination, de monitoring et de planification et un appui financier au fonctionnement au quotidien des districts pilotes.</p> <p>En ce qui concerne l'organisation d'un système de gestion des ressources, le projet a développé des outils de gestion des patients (dossier d'hospitalisation, registre des urgences, registre de références reçues etc.) et, contribué à l'élaboration et à la diffusion des guides de gestion d'un CS et du district sanitaire. Il a également contribué à la relance des activités de monitoring avec non seulement le soutien aux activités de conduite des sessions mais également à la conception d'un guide de monitoring des activités primaires. Le personnel a par ailleurs bénéficié d'une formation en recherche sur les systèmes de santé. Pour une meilleure gestion des médicaments, le projet a élaboré un module de formation et organisé le recyclage des ICP et dépositaires et appuyé l'affichage des prix des médicaments dans les structures de soins.</p>
<p>Activité 3 : Assurer des soins de haute qualité</p>	<p>Afin d'assurer des soins de haute qualité, de nombreux agents ont bénéficié de bourses de formation à l'intérieur et à l'extérieur du pays sur des diverses thématiques selon les besoins identifiés et exprimés par les DS et RM. En lieu et place des bibliothèques et abonnement de journaux, le personnel a bénéficié d'une orientation sur la recherche documentaire à travers internet, sur la lecture critique et la rédaction d'articles scientifiques. Réalisé grâce à l'appui du projet, un service d'accueil et d'urgence (SAU) a été mis en place au niveau de chaque centre de santé des districts pilotes. Le personnel requis a bénéficié d'une formation pratique (sous forme de stage) sur la prise en charge des urgences au niveau de l'hôpital régional de Kaolack.</p>
<p>Activité 4 : Organiser des services de haute qualité</p>	<p>En vue d'organiser des services de haute qualité, certains outils ont été mis en place et de nouvelles prestations offertes. Ainsi, à la chirurgie générale a été introduite aux CS de Sokone et Kaffrine et fait l'objet d'un suivi rapproché avec l'appui de la chaire de chirurgie de la FMPOS. Dans le cadre de cet appui, s'est formalisé un partenariat fécond entre le centre hospitalier régional de Kaolack et les centres de santé à compétence chirurgicales pour la formation des personnels techniques de ces derniers.</p>
<p>Activité 5 : Rationaliser (Protocoles de diagnostic et traitement, RA)</p>	<p>Le projet a réalisé des études sur les perceptions communautaires sur les prestations offertes dans les structures sanitaires des districts pilotes, des enquêtes ménages et une étude sur les besoins obstétricaux non couverts. Des interventions telles la chirurgie essentielle, l'assurance maladie des élèves et la tarification forfaitaire sont le fruit d'une réflexion faite dans une logique de recherche action.</p> <p>Commentaires Certaines activités initialement programmées n'ont pas été réalisées car déjà prises en compte par d'autres acteurs. C'est le cas de l'actualisation des ordiogrammes au niveau PS. D'autre n'ont pas abouti au résultat visé. Il s'agit de la mise en œuvre des protocoles de recherche élaborés par les ECD qui s'est heurté à la faible disponibilité des uns et des autres...</p>

Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)
<p>R1.2. Les organes de participation communautaire à l'effort de la santé sont renforcés</p>	<p>Dans l'attente de l'aboutissement de la réforme des organes de la participation communautaire annoncée initiée en 2006 par le MSP, le projet a saisi toutes les occasions possibles pour renforcer la collaboration entre comités de santé et élus locaux afin d'outiller autant que faire se peut les uns et les autres pour l'accomplissement de leurs missions (mobilisation des ressources et gestion des ressources, meilleure transparence, implication effective dans les mesures d'amélioration de la qualité des soins etc.). Faut-il signaler que ces efforts ont produits certains résultats : implication des collectivités dans la supervision de proximité des travaux de génie civil, recrutement du personnel communautaire supplémentaire pour l'entretien mais aussi du personnel qualifié (sages femmes et infirmiers) et une certaine amélioration dans la mobilisation des fonds de dotation.</p>
<p><u>Activité 1 :</u> Rendre effectif les comités de gestion</p>	<p>L'appui au renforcement des capacités des membres de Comités de santé a été faite à travers l'organisation des sessions de formation des membres des comités de santé sur la tarification forfaitaire et la gestion des approvisionnements.</p>
<p><u>Activité 2 :</u> Former les membres du comité de gestion et du comité de santé</p>	<p>Des modules de formation des comités de santé élaborés par l'AT et utilisés par les équipes de districts et régions pour la formation (sur financement du projet) des membres de comités de santé renouvelés ont particulièrement insisté sur le rôle des comités dans la gestion des structures sanitaires. Malheureusement, le projet n'a pu assurer le suivi ou évaluer l'impact de ces sessions de formation sur le niveau d'implication des comités de santé dans gestions des différents services de leurs structures respectives</p>
<p><u>Activité3 :</u> Associer les comités de gestion à toute la vie des services de santé</p>	<p>Dans tous les districts pilotes du projet ASSRMKF se tiennent des réunions de concertation semestrielles et des restitutions communautaires après les monitorings semestriels, avec une participation des comités de santé dans l'effort de leur association à la vie des services de santé. Le comité de santé de district a été systématiquement représenté aux réunions de coordination de district, et le représentant de la fédération des comités de santé de la région de Fatick a régulièrement participé et de façon active aux réunions de coordination régionale. Toutes ces réunions ont bénéficié d'un appui financier du projet avec prise en charge des représentants communautaires au même titre que celle du personnel de santé.</p>
<p><u>Activité 4 :</u> Renforcer le dialogue entre les services de santé et la population</p>	<p>Le renforcement du dialogue entre les services de santé, les collectivités locales et la population s'est fait à travers un appui aux cadres de concertation aux différents niveaux et entre différents secteurs. Le projet ASSRMKF a appuyé la tenue de Cadres Départementaux de Développement (CDD) où des élus locaux (Maires et Président de conseil régional), des responsables académiques (Inspecteurs d'Académie) et des représentants de la société civile (Association des Parents d'Elèves) et des autorités sanitaires (ECR et ECD) collaborent et définissent des perspectives de développement local. L'appui de ASSRMKF a couvert aussi les réunions des Cadres Régionaux de Développement (CRD), parfois animées par la 1^{ère} autorités du ministère de la santé.</p>
	<p>Le site WEB du projet a fourni des informations sur les initiatives accompagnées par le projet. Des campagnes d'information et de sensibilisation dans les villages et quartiers urbains ainsi que des émissions interactives diffusées par les radios communautaires ont été financées autour des réformes de la tarification et la mise en place des mutuelles.</p>
	<p>Commentaires : Ce résultat qui a initialement visé les comités de gestion a été reformulé lors d'un comité de pilotage extraordinaire pour prendre en compte les réalités de terrain (notamment l'inexistence quasi-totale des comités de gestion) en attendant la réforme des organes de participation communautaire initiée par le MSP. Les activités ont été ainsi réorientées vers les comités de santé.</p>

Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)
<p>RI.3. L'équipement nécessaire pour répondre à la demande de la population est en place au niveau de PS et CS</p>	<p>Inventaire des infrastructures à rénover : Avec l'appui des régions médicales ainsi et des ECD, une liste de 61 postes fonctionnels dont la rénovation était urgente a été établie. Ces postes ont fait l'objet d'une visite par le projet et les techniciens de la DIEM afin d'établir l'état des lieux de ces postes et une première estimation des coûts.</p> <p><u>Priorisation des travaux à effectuer</u>: Dans un premier temps, le projet, sur la base des possibilités financières a retenu le nombre de 36 postes de santé qui ont été répartis entre les deux RM tenant compte du poids démographique. Dans un deuxième temps, les RM et les districts de santé ont procédé au choix définitif des postes à en fonction de l'importance démographique de leurs aires de santé et leur état de délabrement.</p>
<p><u>Activité 1</u>: Inventorier les infrastructures de santé</p>	<p>Réhabilitation et construction : En tirant les leçons de la mise en œuvre de projets similaires notamment ARMD2, le projet a mis en place le dispositif suivant dans le cadre de la réalisation des infrastructures :</p>
<p><u>Activité 2</u>: Prioriser les travaux à effectuer</p>	<p>Signature d'une convention avec AGETIP comme Maître d'Ouvrage Délégué (AGETIP) pour la mise en œuvre de la rénovation des 36 postes retenus</p>
<p><u>Activité 3</u>: Réhabiliter / construire</p>	<p>Sélection par AGETIP des Maîtres d'œuvre sur la base d'une consultation restreinte</p> <p>Des comités régionaux promulgués par arrêtés et l'implication des acteurs locaux (comités de santé et ICP) dans la surveillance des travaux dans leur PS</p>
<p><u>Activité 4</u>: Elaborer et mettre en œuvre un plan de maintenance et de contrôle d'hygiène</p>	<p>Un technicien en génie civil qui chargé de suivre en permanence le déroulement des travaux.</p> <p>Le MOD a désigné un ingénieur pour la coordination des activités et un chef de projet pour chaque région, organisé des visites de prise de possession des sites et d'implantation et organise une fois par mois une réunion de coordination à Dakar pour faire le point sur l'avancement du Projet et envoyé tous les trois mois un rapport d'activité aux ordonnateurs, DD, CTB, ASSRMKF et au MSPM. L'ensemble des PS prévu a connu un niveau complet de réalisation dans des délais relativement convenables (six mois) et a des coûts conformes aux prévisions. La réalisation des travaux complémentaires dans les CS (services d'accueil et d'urgence) ainsi que la construction d'un pavillon d'hospitalisation « chirurgie » au CS de Kafrine et la réhabilitation de la RM de Fatick ont eu lieu vers la fin du projet. Les réceptions provisoires ont été organisées par AGETIP en impliquant les comités de suivi. Les entreprises ont été instruites de lever les réserves avant le paiement de leur dernier décompte. Une tournée a été organisée avec l'AGETIP pour vérifier la levée des réserves et l'exécution des travaux supplémentaires.</p>
	<p>Les étapes suivantes ont été suivi pour <u>l'élaboration des plans de maintenance et du contrôle d'hygiène</u> au niveau régional et de district :</p> <p>Mission de la DIEM-MSPM permettant de faire un état des lieux sommaire de la maintenance dans les régions</p> <p>Mission conjointe (RM et AT) de supervision des Unités Techniques de Maintenance (UTM) dans les 4 districts pilotes</p> <p>Organisation d'un atelier régional sur la maintenance à Fatick et d'une supervision conjointe de la maintenance dans la Région de Kaolack (sept 2008). Le projet a appuyé la mise en œuvre de ces plans par l'achat et l'installation des incinérateurs au niveau des CS pilotes qui n'en avait pas encore.</p> <p>Commentaire</p> <p>On note que le dispositif mis en place pour assurer le génie civil s'est avéré très efficace en termes de promptitude mais aussi de respect des coûts et des normes de qualité.</p> <p>La réalisation des plans de maintenance est effective, mais les principales insuffisances notées résident d'une part dans la mise en œuvre effective des plans élaborés et le développement des actions dans le domaine de l'hygiène</p>

Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)
<p>Rl.4. L'équipement nécessaire pour répondre à la demande de la population est en place au niveau de PS et CS</p>	<p>Le projet a assuré un <u>équipement minimum</u> à tous les PS (rénovés ou non).</p>
<p><u>Activité 1</u> : Assurer un équipement minimum dans les PS et former personnel</p>	<p>Au niveau des <u>CS</u> des <u>équipements complémentaires diagnostiques et thérapeutiques</u> ont été acquis. Ces équipements concernent entre autres l'imagerie médicale, le laboratoire, la dentisterie, la literie et des équipements complémentaires pour les blocs opératoires etc.</p>
<p><u>Activité 2</u> : Mettre en place l'équipement diagnostique au niveau du CS</p>	<p>Mise en places du personnel formé et/ou former le personnel existant : De manière générale, les demandes d'affectation du personnel (toutes catégories confondues) adressées par les régions médicales au MSP/DRH n'ont été satisfaites qu'en partie. Devant cet état des faits, les structures ont fait un effort considérable de recrutement du personnel sur fonds propres (comités de santé) mais aussi le projet a développé un processus de formation des nouveaux agents selon les besoins. Ces formations ont concerné notamment les agents des CS devant travailler au bloc opératoires (instrumentistes, aides opératoires) et au niveau des services d'accueil et d'urgence (SAU).</p>
<p><u>Activité 3</u> : Mettre en place l'équipement thérapeutique au niveau du CS</p>	<p>Pour informer les populations sur les nouveaux services, le projet a apporté un appui à l'organisation des premières journées portes ouvertes organisées par le centre de santé de Sokone. Ces journées ont permis non seulement de faire découvrir aux populations le nouveau plateau technique de cette structure mais aussi de recueillir leurs impressions et attentes par rapport à l'offre de soins qui leur est destinée. En plus de ces journées portes ouvertes, le district de Sokone en partenariat avec le cadre de concertation mis en place par les communautés, organise des campagnes d'informations et de sensibilisation sur les produits offerts notamment le prix forfaitaire qui est en cours d'expérimentation.</p>
<p><u>Activité 4</u> : Mettre en place un personnel formé / former le personnel existant</p>	<p>Commentaires</p>
<p><u>Activité 5</u> : Communiquer les nouveaux services offerts aux populations</p>	<p>Le résultat 4 qui vise à assurer l'équipement nécessaire pour répondre à la demande de la population au niveau PS et CS a été de manière générale atteint I. La stratégie développée par le projet dans le cadre de la formation avec l'appui de l'HR s'est avérée pertinente mais le système reste confronté au sous effectifs du personnel dans les structures de sorte que ces dernières n'arrivent pas toujours à mobiliser le nombre et profils requis pour des formations.</p>
<p><u>Activité 6</u> : Etablir un plan de maintenance et contrôle d'hygiène</p>	

Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)
<p>RI.5. Le système de référence – contre référence est renforcé</p>	<p>Dans les CS des districts de démonstration, l'organisation des services est améliorée avec la mise en place des outils de gestion pour la prise en charge des patients (dossiers des malades, cahier des urgences, registre des références reçues). Malheureusement, les services d'urgence qui doivent être au cœur de cette organisation n'ont pu être rendus opérationnels entre autres à cause du retard accusé dans l'acquisition du mobilier médical. Chaque centre de santé des districts pilotes dispose cependant d'au moins une ambulance médicalisée.</p>
<p><u>Activité 1 :</u> Etablir une organisation claire des services au CS</p>	<p>Le système de communication, prévu pour améliorer la communication autour des malades n'a pu aboutir pour des raisons que seul le fournisseur peut expliquer.</p>
<p><u>Activité 2 :</u> Mettre en place un équipement standard de communication</p>	<p>Le système d'appel basé sur la téléphonie rurale n'a pas été mis en place à cause de la non effectivité de la fonctionnalité de du système de télécommunication évoqué ci-dessus. Les évacuations sanitaires sont cependant organisées à l'aide des téléphones portables privés.</p>
<p><u>Activité 3 :</u> Mettre en place un système d'appel ou de transport</p>	<p>Au départ des interventions, le projet a organisé une mission d'étude dans la région de Diourbel afin de s'inspirer des expériences du projet ARMDII. Ce projet avait déjà élaboré des outils adaptés pour la mise en œuvre de la stratégie nationale sur la RCR. Ces outils ont été multipliés et diffusés dans la zone du projet. Par contre, il s'est avéré important d'élaborer des outils de compilation (registre de références reçus et des urgences) afin de faciliter la compilation et l'exploitation des informations.</p>
<p><u>Activité 4 :</u> Elaborer des outils de référence consensuels</p>	<p>Les agents ont été formés sur la prise en charge des urgences sur la base d'outils produits à l'initiative du projet avec la participation des cliniciens de l'HR de Kaolack et des CS.</p>
<p><u>Activité 5 :</u> Organiser au niveau des CS un service d'urgence</p>	<p>Chaque CS pilote a été doté d'une ambulance médicalisée et le personnel formé à l'utilisation de son équipement. Un atelier sur l'articulation fonctionnelle CHR – CS a été organisé à Fatick en mars 2007 dans la perspective de mieux rationaliser le système de référence à l'échelon régional. Des résolutions ont été prises et un comité de suivi mis en place. Un système de boîtes aux lettres a été mis en place au niveau des CS et du CHR afin faciliter la communication entre les PS, les CS et le CHR de Kaolack., notamment autour de RCR. Malheureusement, ce système n'a pu fonctionner comme prévu.</p>
<p><u>Activité 6 :</u> Compléter au nombre de 2 les ambulances par district</p>	<p>Au stade actuel, on observe une dynamique positive qui se dessine pour les centres références du CS vers les PS ; des initiatives sont développées par les acteurs du CS pour faire la retro information sur les cas reçus lors des réunions de coordination de district, mais très peu de contre références sont effectuées avec les supports fournis par le projet. Au niveau du CHR le système est encore inopérant en dépit de l'installation d'un système de boîte aux lettres à cet effet. Un service de radiologie ainsi qu'un service des urgences ont été mis en place dans 5 CS. Deux centres de santé (Kafrine et Sokone) ont bénéficié en plus chacun d'un service de chirurgie générale à titre d'expérience pilote. Cela en étroite collaboration avec la Faculté de Médecine de l'Université de Dakar et le Centre Hospitalier Régional de Kaolack.</p>
<p><u>Activité 8 :</u> Evaluer périodiquement le feedback</p>	<p>Commentaires</p>
<p><u>Activité 9 :</u> Augmenter PCA au CS ou pour décentraliser activités aux PS</p>	<p>Le retard accusé dans l'ouverture des SAU ne permet pas d'évaluer de façon appropriée les différentes facettes de RCR. A cela faut-il ajouter le fait que le système de téléphonie rurale qui devrait accompagner le développement du processus n'a pu être rendu fonctionnel pour diverses raisons</p>

Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)
<p>RI.6. L'accès financier de la population aux soins de santé est amélioré</p> <p><u>Activité 1 :</u> Promouvoir la formation de mutuelles de santé</p> <p><u>Activité 2 :</u> Introduction du système de paiement par épisode</p>	<p>Les activités développées pour la promotion des mutuelles de santé au cours de la mise en œuvre du projet ASSRMKF sont :</p> <p>L'appui à l'élaboration du plan stratégique (plan quinquennal 2007-2011) de développement des mutuelles de santé pour la région de Fatick</p> <p>L'appui à la mise en place d'un cadre de concertation des acteurs de la mutualité et création d'un pool de formateurs pour la région de Fatick</p> <p>L'appui à la création d'une union régionale des mutuelles de santé dans la région de Fatick</p> <p>Le financement des activités d'information et sensibilisation</p> <p>L'appui à la création des nouvelles mutuelles dans le district de Sokone</p> <p>La dotation en outils de gestion et matériel informatique</p> <p>La formation en gestion administrative et financière</p> <p>Dans le cadre de la promotion des mutuelles de santé, le projet a fait une innovation en mettant en place une assurance maladie élève (AMEL) à travers les mutuelles communautaires. Dans le cadre de l'AMEL l'appui du projet a porté essentiellement sur :</p> <p>La dotation en outils de gestion : Registre de prestations, registre de bénéficiaires, cartes de membre et facturier</p> <p>L'accompagnement à travers des missions de suivi/évaluation ainsi que des sessions de formation des responsables de services de santé (MCR et MCD) sur l'assurance santé.</p> <p>L'appui au processus de conventionnement entre Mutuelles de santé/Prestataires/Comités de santé/Intervenants.</p> <p>Afin d'introduire la tarification forfaitaire dans 6 PS et le CS de Sokone le projet a</p> <p>Elaboré un protocole de recherche action,</p> <p>Appuyé la concertation avec les acteurs locaux et le suivi par le ministère de la santé,</p> <p>Elaboré, multiplié et mis à la disposition des structures ciblées les outils de gestion,</p> <p>Formé le personnel sur l'utilisation de ces outils de gestion</p> <p>Financé la mise en œuvre d'un plan de communication</p> <p>Accompagné le démarrage effectif au CS de Sokone</p> <p>Monitoré l'impact sur l'utilisation et les finances des structures ainsi que sur les mutuelles.</p> <p>Commentaires</p> <p>Les différentes alternatives pour améliorer l'accessibilité financière en cours semble prometteuses au regard des premiers résultats. Une récente étude commanditée par le projet ASSRMKF (mai - juin 2010) dans les districts de Kafrine, Gossas, Kounghoul et Sokone portant sur la <i>perception communautaire sur les prestations offertes</i> révèle des conclusions encourageantes en termes de promotion de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé. Elle révèle que :</p> <p><i>Les innovations apportées en termes de tarification forfaitaire pour des actes onéreux (chirurgie), d'assurances maladie à des catégories vulnérables comme les élèves facilitent la fréquentation et la prévisibilité des coûts liés aux soins de santé.</i></p>

ANNEXE 2: Etat des dépenses au 30 septembre 2010 (en euros)

Code Budget	Description des postes budgétaires	Code Tâche	Code Secteur	COUT TOTAL CONTRIBUTION BELGE	DEPENSES CUMULEES
A. Moyens spécifiques en cogestion					
Résultat 1 : La qualité des services est améliorée					
	Mettre en place des systèmes effectifs de gestion des ressources			109 836,87	119 733,34
A 01 01					
A 01 02	Renforcer les capacités managériales de l'ECD			797 112,54	801 847,40
A 01 03	Assurer des soins de haute qualité			27 498,60	27 498,60
A 01 04	Organiser des services			224 640,76	232 792,22
	Rationaliser (Protocoles de diagnostic et traitement, RA)				
A 01 05				75 565,64	86 117,08
	Sous-total Résultat 1			1 234 654,42	1 267 988,64
Résultat 2 : Le rôle des comités de santé est renforcé					
A 02 01	Rendre effectif les comités de gestion			2 426,14	2 426,14
A 02 02	Former les membres du comité de gestion et du comité de santé			54 661,01	54 661,01
A 02 03	Associer les comités de gestion à toute la vie des services de santé			47 921,24	41 333,17
A 02 04	Renforcer le dialogue entre les services de santé et la population			110 743,57	97 577,85
	Sous-total Résultat 2			215 751,97	195 998,17
Résultat 3 : L'infrastructure du système de santé est adéquate					
A 03 01	Inventorier les infrastructures de santé			5 104,01	5 104,01
A 03 02	Prioriser les travaux à effectuer			1 378,14	1 378,14
A 03 03	Réhabiliter /construire			2 331 461,89	2 333 722,71
A 03 04	Elaborer un plan de maintenance et contrôle d'hygiène			1 225,69	1 225,69
A 03 05	Sous traitance volet génie civil			16 079,33	16 079,33
	Sous-total Résultat 3			2 355 249,07	2 357 509,88
Résultat 4 : L'équipement nécessaire pour répondre à la demande de la population est en place					
A 04 01	Assurer un équipement minimum dans les PS et former le personnel			495 091,16	495 091,16
A 04 02	Mettre en place l'équipement diagnostique au niveau du CS			412 305,01	383 197,03
A 04 03	Mettre en place l'équipement thérapeutique au niveau du CS			664 207,42	550 121,63
A 04 04	Mettre en place un personnel formé / former le			6 603,08	4 792,08

	personnel existant						
A 04 05	Communiquer les nouveaux services offerts aux populations				0,01		0,00
A 04 06	Etablir un plan de maintenance et contrôle d'hygiène				50 217,06		49 750,27
	Sous-total Résultat 4				1 628 423,75		1 482 952,17
Résultat 5 : Le système de référence- contre référence est renforcé							
A 05 01	Etablir une organisation claire des services au CS				19 411,52		19 411,52
A 05 02	Mettre en place un équipement standard de communication				421 984,52		348 345,83
A 05 03	Mettre en place un système d'appel ou de transport				2 195,27		2 195,27
A 05 04	Elaborer des outils de référence consensuels				26 912,80		19 184,95
A 05 05	Organiser au niveau des CS un service d'urgence				23 927,94		6 063,51
A 05 06	Compléter au nombre de 2 les ambulances par district				223 181,54		223 181,55
A 05 07	Organiser la concertation avec toutes les parties prenantes				11 063,07		11 063,07
	Sous-total Résultat 5				728 676,69		629 445,70
Résultat 6 : L'accès financier de la population aux soins de santé est amélioré							
A 06 01	Promouvoir la formation de mutuelles de santé				204 356,10		199 219,75
A 06 02	Introduction du système de paiement par épisode				61 866,88		60 233,91
	Sous-total Résultat 6				266 356,99		259 453,66
	Z General means				2 778 184,13		2 505 564,02
Z1 : General Means Cogestion							
Z 01 01	Personnel National				442 377,09		377 207,69
Z 01 09	Investissements				114 586,61		110 597,27
Z 01 10	Fonctionnement				333 472,80		329 447,70
	Sous-total General Means Cogestion				890 436,51		817 252,66
Z2 : General Means Régie							
Z 02 01	Assistance Technique				1 103 895,55		1 010 535,25
Z 02 03	Bourses				147 205,22		144 998,28
Z 02 04	Moyens Logistiques				82 284,40		82 284,40
Z 02 09	Fonctionnement				148 695,69		152 815,23
Z 02 10	Monitoring et évaluation				405 666,75		297 678,20
	Sous-total General Means Cogestion				1 887 747,62		1 688 311,36
	TOTAL REGIE				1 887 747,62		1 688 311,36
	TOTAL COGESTION				7 319 415,41		7 010 600,88
	TOTAL GENERAL				9 207 163,03		8 698 912,24

ANNEXE 3: Taux de déboursement de la prestation (En euros)

Source de financement	Budget cumulé	Dépenses réelles cumulées	Taux de déboursement cumulé	Commentaires et remarques
Contribution belge directe	9.207.163	8.698.912	94%	
Contribution Etat partenaire	2.553.998	2.128.154	83%	Compte non tenu du personnel intervenant dans le projet
Contribution Fonds de contrepartie	0	0		
Autres	0	0		

<p>3. Personnel d'encadrement recruté localement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dr Omar SARR (m) • Moussa DIENG (m) • Papa Ibrahima MBENGUE (m) 	<p>15/05/ 2006 – 31/12/2010</p> <p>01/06/2006 – 31/12/2010</p>	<p>Médecin de santé publique, Responsable National du Projet avec des taches de gestion, de conseil de planification, de formation et de recherche.</p> <p>Economiste Responsable Administratif et financier chargé de la gestion des ressources humaines, du patrimoine, des finances et du FIT</p> <p>Assistant au RAF chargé du carburant et des autres matières, de la gestion comptable définie dans le FIT</p>
<p>4. Personnel International (hors CTB) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prof. Guy KEGELS (m) • Ernest DENERVILLE (m) • Dominique (?) • Prof. Bart CRIEL (m) 		<p>Membres de l'équipe de Suivi scientifique</p>
<p>5. Expert en Coopération Internationale (CTB) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dr Evariste LODI (m) • Dr Christa MAYRHOFER (f) • Audrey MAHIEU (f) • Melanie (f) • Fabienne LALOUX (f) 		<p>Médecin de santé Publique, Co Responsable du Projet avec des taches de gestion, de conseil de planification, de formation et de recherche</p> <p>Médecin de santé Publique, avec des taches de conseil de planification, de formation et de recherche</p> <p>Assistants Junior en charge de diverses tâches</p>

ANNEXE 5: Sous-traitance et appels d'offres

1

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres restreint
Date de l'appel d'offres	: 09/03/2006
Date de début du contrat de sous-traitance	: 18/04/2006
Nom du sous contractant (ou firme)	: CFAO
Objet du contrat	: Fourniture de 02 véhicules TOYOTA LAND CRUISER PRADO GX STATION WAGON 4X4 Tout terrain pour le projet en Régie
Coût du contrat	: 56 406 euros
Durée du contrat	: 3 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

2

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres restreint
Date de l'appel d'offres	: 09/03/2006
Date de début du contrat de sous-traitance	: 18/04/2006
Nom du sous contractant (ou firme)	: CFAO
Objet du contrat	: Fourniture de 01 véhicule TOYOTA LAND CRUISER PRADO GX STATION WAGON 4X4 Tout terrain pour le projet en Cogestion
Coût du contrat	: 28 203 euros
Durée du contrat	: 3 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

3

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 16/06/2006
Date de début du contrat de sous-traitance	: 02/08/2006
Nom du sous-contractant (ou firme)	: Platform Technologie
Objet du contrat	: Matériel informatique pour le personnel en cogestion
Coût du contrat	: 17 329 euros
Durée du contrat	: 15 jours

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

4

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 16/06/2006
Date de début du contrat de sous-traitance	: 02/08/2006
Nom du sous-contractant (ou firme)	: Platform Technologie
Objet du contrat	: Matériel informatique pour le personnel en régie
Coût du contrat	: 17 366 euros
Durée du contrat	: 15 jours

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

5

Mode de passation du marché : Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres : 16/06/2006
Date de début du contrat de sous-traitance : 02/08/2006
Nom du sous-contractant (ou firme) : OBBO
Objet du contrat : Mobilier de bureau en régie
Coût du contrat : 6 540 euros
Durée du contrat : 15 jours

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

6

Mode de passation du marché : Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres : 16/06/2006
Date de début du contrat de sous-traitance : 02/08/2006
Nom du sous-contractant (ou firme) : OBBO
Objet du contrat : Mobilier de bureau en cogestion
Coût du contrat : 3 910 euros
Durée du contrat : 15 jours

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

7

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 18/09/2006
Date de début du contrat de sous-traitance	: 06/03/2007
Nom du sous-contractant (ou firme)	: CFAO
Objet du contrat	: 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
Coût du contrat	: 58 140 euros
Durée du contrat	: 3 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

8

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 18/09/2006
Date de début du contrat de sous-traitance	: 06/03/2007
Nom du sous-contractant (ou firme)	: SERA
Objet du contrat	: Fourniture de 05 véhicules de supervision double cabine PICK UP 4X4 NISSAN HARBODY 3,2 D pour les districts sanitaires de Kafrine, Koungheul, Sokone et Gossas ; et à la Direction du Projet ASSRMKF
Coût du contrat	: 83 111 euros
Durée du contrat	: 3 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

9

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 18/09/2006
Date de début du contrat de sous-traitance	: 28/03/2007
Nom du sous-contractant (ou firme)	: Afrique Conception Diffusion (ACD)
Objet du contrat	: Fourniture de 04 Ambulances médicalisées tout terrain pour les districts sanitaires de Kaffrine, Kounghoul, Sokone et Gossas.
Coût du contrat	: 221 057 euros
Durée du contrat	: 3 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

10

Mode de passation du marché	: Convention de Maîtrise d'Ouvrage Délégée
Date de l'appel d'offres	: -
Date de début du contrat de sous-traitance	: 06/04/2007
Nom du sous-contractant (ou firme)	: AGETIP
Objet du contrat	: Convention de Maîtrise d'Ouvrage Délégée N°002/01/07 avec l'AGETIP portant Réhabilitation de 36 postes de santé dans les Régions Médicales de Kaolack et de Fatick.
Coût du contrat	: 2 032 813 euros
Durée du contrat	: 13 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

11

Mode de passation du marché	: Demande de proposition
Date de l'appel d'offres	: 13/05/2007
Date de début du contrat de sous-traitance	: 04/06/2007
Nom du sous contractant (ou firme)	: Cabinet ASSD
Objet du contrat	: Etude de la perception communautaire sur les prestations offertes dans les formations sanitaires des districts sanitaires de Sokone, Gossas, Kaffrine et Kougheul
Coût du contrat	: 15 120 euros
Durée du contrat	: 60 jours

12

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 04/12/2006
Date de début du contrat de sous-traitance	: 04/07/2007
Nom du sous-contractant (ou firme)	: Etablissement Hachem
Objet du contrat	: Mobilier de Bureau pour les ECD/ECR
Coût du contrat	: 21 636 euros
Durée du contrat	: 3 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

13

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 04/12/2006
Date de début du contrat de sous-traitance	: 04/07/2007
Nom du sous-contractant (ou firme)	: Burotic Diffusion
Objet du contrat	: Matériel Informatique pour les ECD/ECR
Coût du contrat	: 58 646 euros
Durée du contrat	: 3 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

14

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 04/12/2006
Date de début du contrat de sous-traitance	: 04/07/2007
Nom du sous-contractant (ou firme)	: Platform Technologie
Objet du contrat	: Matériel IEC pour les ECD/ECR
Coût du contrat	: 27 806 euros
Durée du contrat	: 3 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

15

Mode de passation du marché	: Appel d'offre
Date de l'appel d'offres	: 12/03/07
Date de début du contrat de sous-traitance	: 10/10/07
Nom du sous-contractant (ou firme)	: Afrique Conception Diffusion
Objet du contrat	: Matériel instrumentation pour les postes de santé
Coût du contrat	: 64 638 euros
Durée du contrat	: 4 mois

Commentaires/recommandations : Exécution satisfaisante.

16

Mode de passation du marché	: Appel d'offre
Date de l'appel d'offres	: 23/02/07
Date de début du contrat de sous-traitance	: 26/03/07
Nom du sous-contractant (ou firme)	: GIE Espace Service Plus
Objet du contrat	: Acquisition et Installation d'un réseau téléphonique et informatique pour les Régions Médicales de Kaolack et Fatick
Coût du contrat	: 16 183 euros
Durée du contrat	: 15 mois

Commentaires/recommandations : Exécution satisfaisante.

17

Mode de passation du marché	: Appel d'offre
Date de l'appel d'offres	: 12/03/2007
Date de début du contrat de sous-traitance	: 10/10/2007
Nom du sous-contractant (ou firme)	: FERMON LABO
Objet du contrat	: Matériel médical pour les postes de santé
Coût du contrat	: 93 178 euros
Durée du contrat	: 4 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

18

Mode de passation du marché	: Appel d'offre
Date de l'appel d'offres	: 12/03/07
Date de début du contrat de sous-traitance	: 29/09/07
Nom du sous-contractant (ou firme)	: Afrique Conception Diffusion
Objet du contrat	: Mobilier hospitalier pour les postes de santé
Coût du contrat	: 147 045 euros
Durée du contrat	: 4 mois

Commentaires/recommandations : Exécution satisfaisante.

19

Mode de passation du marché	: Appel d'offre
Date de l'appel d'offres	: 12/03/07
Date de début du contrat de sous-traitance	: 29/09/07
Nom du sous-contractant (ou firme)	: Afrique Conception Diffusion
Objet du contrat	: Mobilier de bureau pour les postes de santé
Coût du contrat	: 186 350 euros
Durée du contrat	: 4 mois

Commentaires/recommandations : Exécution satisfaisante.

20

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 26/06/2007
Date de début du contrat de sous-traitance	: 26/10/2007
Nom du sous-contractant (ou firme)	: Sénégalaise de l'Automobile
Objet du contrat	: Fourniture de 30 motos
Coût du contrat	: 86 693 euros
Durée du contrat	: 2 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

21

Mode de passation du marché : Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres : 24/10/2007
Date de début du contrat de sous-traitance : 28/05/2008
Nom du sous-contractant (ou firme) : CERTEC
Objet du contrat : Equipement centres de santé : Imagerie médicale
Coût du contrat : 285 916 euros
Durée du contrat : 4 mois

Commentaires/recommandations : Pénalités de retard appliquées

22

Mode de passation du marché : Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres : 24/10/2007
Date de début du contrat de sous-traitance : 03/06/2008
Nom du sous contractant (ou firme) : SSM
Objet du contrat : Equipement centres de santé : équipement de laboratoire et de banque de sang
Coût du contrat : 95 405 euros
Durée du contrat : 4 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

23

Mode de passation du marché : Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres : 24/10/2007
Date de début du contrat de sous-traitance : 03/06/2008
Nom du sous-contractant (ou firme) : SODEMED
Objet du contrat : Equipement centres de santé : matériel dentaire
Coût du contrat : 55 818 euros
Durée du contrat : 4 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

24

Mode de passation du marché : Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres : 24/10/2007
Date de début du contrat de sous-traitance : 28/05/2008
Nom du sous-contractant (ou firme) : Afrique Conception Diffusion
Objet du contrat : Equipement centres de santé : bloc opératoire
Coût du contrat : 173 407 euros
Durée du contrat : 4 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

25

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 24/10/2007
Date de début du contrat de sous-traitance	: 03/06/2008
Nom du sous contractant (ou firme)	: Fermon Labo
Objet du contrat	: Equipement centres de santé : matériel instrumentation
Coût du contrat	: 82 101 euros
Durée du contrat	: 4 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

26

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 24/10/2007
Date de début du contrat de sous-traitance	: 03/06/2008
Nom du sous contractant (ou firme)	: Fermon Labo
Objet du contrat	: Equipement centres de santé : mobilier de bureau
Coût du contrat	: 41 828 euros
Durée du contrat	: 4 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

27

Mode de passation du marché	: Demande de renseignements et de prix
Date de l'appel d'offres	: 17/06/2008
Date de début du contrat de sous-traitance	: 13/08/2008
Nom du sous contractant (ou firme)	: Visiocontact SARL
Objet du contrat	: Equipement d'un système de visioconférence pour la chaire de chirurgie Hôpital Le Dantec
Coût du contrat	: 21 953 euros
Durée du contrat	: 15 jours

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

28

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 19/08/2008
Date de début du contrat de sous-traitance	: 08/05/2009
Nom du sous-contractant (ou firme)	: JVM Informatique
Objet du contrat	: Fourniture d'équipements et installation d'un système de communication dans les structures de santé des régions de Kaolack et Fatick
Coût du contrat	: 384 254 euros
Durée du contrat	: 4 mois

Commentaires/recommandations : Retard dans l'exécution. Marché toujours en cours

29

Mode de passation du marché	: Demande de proposition
Date de l'appel d'offres	: 27/08/2008
Date de début du contrat de sous-traitance	: 30/09/2008
Nom du sous-contractant (ou firme)	: DIGIT MEDIC AFRIQUE
Objet du contrat	: Etude des coûts de revient et du financement des prestations offertes dans les CS et PS de Kaffrine, Sokone et Nioro
Coût du contrat	: 31 252 euros
Durée du contrat	: 2 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

30

Mode de passation du marché	: Manifestation d'intérêt
Date de l'appel d'offres	: 13/10/2008
Date de début du contrat de sous-traitance	: 30/12/2008
Nom du sous-contractant (ou firme)	: DIGIT MEDIC AFRIQUE
Objet du contrat	: Etude de l'état des lieux de l'offre actuelle de soins chirurgicaux au Sénégal et son potentiel d'amélioration
Coût du contrat	: 34 575 euros
Durée du contrat	: 10 semaines

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

31

Mode de passation du marché	: Demande de renseignements et de prix
Date de l'appel d'offres	: 27/10/2008
Date de début du contrat de sous-traitance	: 02/12/2008
Nom du sous-contractant (ou firme)	: MASTER OFFICE
Objet du contrat	: Equipement informatique pour les nouveaux districts et le niveau central
Coût du contrat	: 21 225 euros
Durée du contrat	: 1 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

32

Mode de passation du marché	: Demande de renseignements et de prix
Date de l'appel d'offres	: 29/01/2009
Date de début du contrat de sous-traitance	: 12/03/2009
Nom du sous-contractant (ou firme)	: MASTER OFFICE
Objet du contrat	: Equipement informatique pour la Région Médicale de Kaffrine
Coût du contrat	: 14 757 euros
Durée du contrat	: 10 jours

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

33

Mode de passation du marché : Demande de renseignements et de prix
Date de l'appel d'offres : 30/01/2009
Date de début du contrat de sous-traitance : 12/03/2009
Nom du sous-contractant (ou firme) : MATFORCE
Objet du contrat : Groupe électrogène pour la Région Médicale de Fatick
Coût du contrat : 13 275 euros
Durée du contrat : 10 jours

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

34

Mode de passation du marché : Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres : 08/04/2009
Date de début du contrat de sous-traitance : 23/10/2009
Nom du sous-contractant (ou firme) : CFAO
Objet du contrat : Fourniture d'un véhicule de supervision à la région médicale de Kaffrine
Coût du contrat : 31 763 euros
Durée du contrat : 3 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

35

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 12/05/2009
Date de début du contrat de sous-traitance	: 05/11/2009
Nom du sous-contractant (ou firme)	: EGEEB
Objet du contrat	: Construction de nouveaux services dans les centres de santé de Kaffrine, de Koungheul, de Gossas, de Sokone et de Nioro Lot 1: Centres de santé de Kaffrine et de Koungheul
Coût du contrat	: 133 472 euros
Durée du contrat	: 4 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

36

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 12/05/2009
Date de début du contrat de sous-traitance	: 05/11/2009
Nom du sous-contractant (ou firme)	: ETPE
Objet du contrat	: Construction de nouveaux services dans les centres de santé de Kaffrine, de Koungheul, de Gossas, de Sokone et de Nioro. Lot 2: Centres de santé de Gossas, de Sokone et de Nioro
Coût du contrat	: 69 388 euros
Durée du contrat	: 4 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

37

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 12/05/2009
Date de début du contrat de sous-traitance	: 29/01/2010
Nom du sous-contractant (ou firme)	: ACD
Objet du contrat	: L'acquisition et l'installation d'équipements médico techniques pour les Centres de santé de Kaffrine, Kougheul, Nioro, Sokone et Kaffrine Lot 1 :Bloc opératoire, instrumentation et laboratoire
Coût du contrat	: 95 924 euros
Durée du contrat	: 3 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

38

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 12/05/2009
Date de début du contrat de sous-traitance	: 29/01/2010
Nom du sous-contractant (ou firme)	: ACD
Objet du contrat	: L'acquisition et l'installation d'équipements médico techniques pour les Centres de santé de Kaffrine, Kougheul, Nioro, Sokone et Kaffrine Lot 2 : Mobilier de bureau
Coût du contrat	: 32 910 euros
Durée du contrat	: 3 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

39

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 12/05/2009
Date de début du contrat de sous-traitance	: 29/01/2010
Nom du sous-contractant (ou firme)	: Medical Partner
Objet du contrat	: L'acquisition et l'installation d'équipements médico techniques pour les Centres de santé de Kaffrine, Kougheul, Niore, Sokone et Kaffrine Lot 3 : Mobilier hospitalier
Coût du contrat	: 32 578 euros
Durée du contrat	: 3 mois

Commentaires/recommandations : exécution en cours

40

Mode de passation du marché	: Demande de renseignements et de prix
Date de l'appel d'offres	: 29/07/2009
Date de début du contrat de sous-traitance	: 19/08/2009
Nom du sous-contractant (ou firme)	: Equip Plus
Objet du contrat	: Groupe électrogène pour la Région Médicale de Kaffrine
Coût du contrat	: 13 736 euros
Durée du contrat	: 6 semaines

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

41

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 12/05/2009
Date de début du contrat de sous-traitance	: 29/01/2010
Nom du sous-contractant (ou firme)	: Fermon Labo
Objet du contrat	L'acquisition et l'installation d'équipements médico techniques pour les Centres de santé de Kaffrine, Kougheul, Niore, Sokone et Kaffrine Lot 4 : Incinérateurs
Coût du contrat	: 75 853 euros
Durée du contrat	: 3 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

42

Mode de passation du marché	: Demande de renseignements et de prix
Date de l'appel d'offres	: 24/02/2010
Date de début du contrat de sous-traitance	: 25/03/2010
Nom du sous-contractant (ou firme)	: MASTER OFFICE
Objet du contrat	: Equipement informatique pour les services de maintenance des districts et régions médicales de Kaolack, Fatick et Kaffrine.
Coût du contrat	: 18 239 euros
Durée du contrat	: 15 jours

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

43

Mode de passation du marché	: Demande de proposition
Date de l'appel d'offres	: 04/03/2010
Date de début du contrat de sous-traitance	: 30/04/2010
Nom du sous-contractant (ou firme)	: Digit Medic Afrique (DMA)
Objet du contrat	: Evaluation de l'expérience chirurgie de district à Kaffrine et Sokone
Coût du contrat	: 28 813 euros
Durée du contrat	: 1 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

44

Mode de passation du marché	: Demande de proposition
Date de l'appel d'offres	: 04/03/2010
Date de début du contrat de sous-traitance	: 21/04/2010
Nom du sous-contractant (ou firme)	: Laboratoire de Recherche sur les Transformations Economiques et Sociales (LARTES)
Objet du contrat	: Evaluation de la perception communautaire sur les prestations offertes dans les formations sanitaires des districts sanitaires de Sokone, Gossas, Kaffrine et kougheul après quatre ans d'interventions du projet ASSRMKF
Coût du contrat	: 19 974 euros
Durée du contrat	: 1 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

45

Mode de passation du marché	: Appel d'Offres
Date de l'appel d'offres	: 12 /04/2010
Date de début du contrat de sous-traitance	: 31/05/2010
Nom du sous-contractant (ou firme)	: ETPE
Objet du contrat	: Construction d'un dépôt de pharmacie de district au centre de santé de Kaffrine et aménagement du laboratoire.
Coût du contrat	: 33 834 euros
Durée du contrat	: 4 mois

Commentaires/recommandations : exécution satisfaisante

ANNEXE 6: Equipements

INVENTAIRE DU MATERIEL DU PROJET									
N°	Désignation	N° Facture / BL	Référence	Quantité	Date Réception	Cogestion	Régie	Etat	
MATERIEL INFORMATIQUE									
1	Unité Centrale HP CPQ dx6120µT P4	FC463/405	EU405ES	6	18/09/2006	4	2	Bon	
2	Ecran TFT 19" Essential L1906	FC463/405	PX850AA	7	18/09/2006	5	2	Bon	
3	HP DESKJET 1280 14/11 ppm, A3	FC463/405	C8173A	6	18/09/2006	4	2	Bon	
4	Onduleur INFOSEC	FC 558/500	PSXE 1200	8	10/10/2006	6	2	Bon	
5	Appareil photo numérique Canon powershot	FC663/606	9883A017	2	17/11/2006	1	1	Bon	
6	Unité centrale HPDX2200	FC463/405	EU274 EA	1	18/09/2006	1		Bon	
7	Scanner CanoScan 4200F	FC463/405	9996A002	4	18/09/2006	2	2	Bon	
8	Ordinateurs portables HP COMPAQ 8220	FC464/408	PY517EA	3	08/09/2006	1	2	Bon	
9	Vidéo projecteur EPSON	FC662/607	V11HI46040	1	17/11/2006		1	Bon	
10	Fax Laser Canon	348695	2825	1	18/09/2006		1	Bon	
11	Fax Laser BROTHER	348695	2825	1	18/09/2006	1		Bon	
12	Machine à Reiter REXEL	348695	CB 346	2	18/09/2006	1	1	Bon	
13	HP Deskjet 2430DTN	FC463/405	Q5962A	2	18/09/2006	1	1	Bon	
14	Photocopieur Canon PC-D320	FC663/606	COPIEUR	2	17/11/2006	1	1	Bon	
15	Photocopieur IR 2020	FC663/606	6031386	1	17/11/2006	1		Bon	
16	Télévision SHARP	FC 558/500	29ES1A	2	10/10/2006	1	1	Bon	
17	Table TV	FC 558/500	TAB TV	2	10/10/2006	1	1	Bon	
18	DVD GOMBO SHARP MC80	FC 558/500	LECTEUR	2	10/10/2006	1	1	Bon	
19	Haut Parleur	FC463/405	EU405ES	14	18/09/2006	10	4	Bon	

MOBILIER DE BUREAU									
1	Table de bureau 160x80cm	00490/00547	201.1900NO	10	20/09/2006	8	2	Bon	
2	Retour suspendu roul 3 tiroirs	00490/00547	201.1979NO	7	20/09/2006	5	2	Bon	
3	Caisson roul 3 tiroirs	00490/00547	202.1933NO	7	20/09/2006	5	2	Bon	
4	Fauteuil gratoire + accessoires tissu noir	00491/00548	AZ36/NR	8	20/09/2006	8		Bon	
5	Chaises visiteurs tissu noir	00490/00547	LF.SX14/NR	50	20/09/2006	37	13	Bon	
6	Joint armoire basse PC L120 X H83 + TOP	00491/00548	JLB12GSNF	6	20/09/2006	4	2	Bon	
7	Joint armoire haute PB L100 X H 200 4 ET	00491/00548	JARB10GS	10	20/09/2006	7	3	Bon	
8	Armoire 1/2 vitrée L94 X H209 CM	00491/00548	203.9692NO	4	20/09/2006	2	2	Bon	
9	Tableau d'affichage liège 90 X 120 CM	00491/00548	03-DIVERS	4	20/09/2006	2	2	Bon	
10	Constitution table de réunion modulable	552	4101	1	06/07/2007	1		Bon	
11	Meuble de rangement en casier			1	29/06/2007	1		Bon	
12	Salon simulateur noir	00490/00547		1	18/07/2007	1		Bon	
13	Table ronde 06 places	552	4606	1	06/07/2007		1	Bon	
14	Table ronde 4 places	552	4610	1	06/07/2007		1	Bon	
15	Tableau blanc	552	11011	6	06/07/2007	6		Bon	
16	Fauteuil direction ht dossier cuir noir	00490/00547	617A	3	20/09/2006	1	2	Bon	
17	Coffre fort 51 kilos	483/541	ESD 103	1	20/09/2006	1		Bon	
18	Coffre fort	00483/00541	ESD 105	1	20/09/2006	1		Bon	
19	Armoire basse			1	20/09/2006	1		Bon	
MATRIEL TELEPHONIQUE									
1	Poste téléphone bureau	013/06/016/06		10	24/10/2006	8	2	Bon	
2	Modem	-	-	2	22/05/2007	1	1	Bon	
3	Téléphone Standard	-	-	1		1		Bon	
4	Wifi	-	-	1		1		Bon	
5	Central téléphonique	013/06		2	26/10/2006	2		Bon	

MATERIEL FROID									
1	Splits system LG 1,5 chevaux	8881	LS-0096 BAG	9	25/09/2006	7	2		Bon
2	Frigo Bar	00490/00547	617A	1	20/09/2006	1	1		Bon
3	Fontaine	DV00081	50200260001	2	13/02/2008	2			Bon
4	Réfrigérateur LG 250 L	8881/0410	GR-257CP	1	25/09/2006		1		Bon
PETIT MATERIEL									
1	Massicois Modèle HSM	348695	CM3815	2	18/09/2006	1	1		Bon
2	Agrafeuse Esselte Gros Travaux	348695	1300	2	18/09/2006	1	1		Bon
3	Escabeau			1	27/06/2007	1			Bon
4	Régulateur de tension	013/06/016/06		1	24/10/2006	1			Bon
5	Table de réception	00490/00547		1	18/07/2007	1			Bon
6	Chaise Blanche			6	02/07/2007	6			Bon
7	Table à Manger			1	02/07/2007	1			Bon
8	Placard cafétariat			1	09/01/2007	1			Bon

ANNEXE 7: Formations

Type de formation	Pays, Institution, Durée	Nom ou Nombre de personnes formées	Dates de la formation	Sujet, contenu et niveau
Stage	1. Belgique, Université Libre de Bruxelles (ULB)	2	27/04 au 03/06/2007	Système d'information sanitaire
Etude	1. Sénégal, Dakar, CESAG	2	18/06 au 06/07/2007	Séminaire sur le « suivi et évaluation des programmes de santé au niveau des districts : applications pratiques »
	2. Sénégal, Dakar, Institut Supérieur de Management (ISM)	1	Année 2007	Master en Management des organisations
	3. Tunisie, Ministère de la Santé	8	06 au 14 mai 2007	District Sanitaire Fonctionnel
	4. Burkina Faso, Ministère de la Santé	7	06 au 12 mai 2007	District Sanitaire Fonctionnel
	5. Maroc, Rabat, Ministère de la Santé	3	24/06 au 1 ^{er} /07/2007	Offre de soins chirurgicaux
	6. Belgique,	1	31/12/2007	Séminaire Urbanisation
	7. Belgique,	1	01/08/2007	DIENG Mamadou Master en Management des organisations
	8. Sénégal, Dakar, Institut Supérieur de Management (ISM)	1	11/01/2008	Gestion de l'Informatique Sanitaire
	9. Belgique, Université Libre de Bruxelles	1	1/1/2007	Gestion des Services de Santé
	10. Sénégal, Dakar, CESAG	1	Année 2007/2008	DU de Santé Publique et Promotion de la Santé – Option pays en développement.

	11. France, Université Henri Pointcare de Nancy.	1	Année 2007/2008	Diplôme Supérieur de Gestion
	12. Sénégal, Kaolack, Institut Supérieur de Management (ISM)	1	Année 2007/2008	Master en Management des organisations
	13. Sénégal, Dakar, Institut Supérieur de Management (ISM)	1	Année 2007/2008	Diplôme Supérieur de Gestion
	14. Sénégal, Dakar, Institut Supérieur de Management (ISM)	1	Année 2007/2008	Bureautique et Technologies de l'Information et de la Communication (BNTIC)
	15. Maroc, Service des Secrétaires et Assistants de direction à Casablanca	1	03/03/2008	Troisième colloque international de programmes locaux et régionaux de santé
	16. Belgique, Mons	1	09/04/2008	Gestion de l'Informatique Sanitaire
	17. Belgique, Université Libre de Bruxelles	1	01/04/2008-21/05/2008	Formation en DU d'Echographie Générale
	18. Sénégal, Dakar, Ecole de Médecine Saint Christopher, Iba Mar DIOP	1	29/02/2008-30/06/2008	Formation en Gestion des Services de santé
	19. Sénégal, Université Elhadji Ibrahima NIASS, Institut de Formation Médicale Continue	02	Session de septembre 2008	Formation en Echographie Général
	20. Sénégal, Institut Technique de Commerce (ITECOM), Dakar	02	2009-2010	Master II en Gestion des Ressources Humaines
	21. Sénégal, Dakar, CESAG	05	03-05/05/2010	Formation SISR

Workshop				
	Sénégal, ASSRMKF, 1 jour	59	25/01/2007	Atelier sur le lancement des mutuelles de santé de Niakhar.
	Sénégal, Région Médicale de Fatick, 4 jours	34	05 - 08/02/2007	Plan de développement des mutuelles de santé de la région de Fatick.
	Sénégal, Région Médicale de Fatick, 1 jour	34	15/02/2007	Atelier de restitution régionale du monitoring de la région médicale de Fatick
	Sénégal, MSPM, 2 jours	20	22 - 23/02/2007	Atelier de restitution de la supervision conjointe sur gratuité de l'accouchement et de la césarienne, le plan sésame.
	Sénégal, Région Médicale de Fatick, 2 jours	68	03 - 04/03/2007	Atelier de concertation entre les services régionaux et les districts sanitaires des régions médicales de Kaolack et Fatick.
	Sénégal, CLCMSK, 1 jour	42	18/03/2007	Atelier de formation et de suivi des mutuelles de santé de Kaffrine
	Sénégal, ASSRMKF, 5 jours	22	25 - 31/03/2007	Atelier de formation condensée sur la recherche sur le système santé
	Sénégal, Région Médicale de Fatick, 3 jours	49	18 - 20/04/2007	Atelier d'élaboration d'un plan régional de promotion de la santé à Fatick
	Sénégal, CLCMSK, 1 jour	15	25/04/2007	Réunion diagnostique et recherche de solution avec les administrateurs de la mutuelle de santé " Jappo Faj" de Mabo
	Sénégal, CLCMSK, 1 jour	110	10/05/2007	Rencontre partage et d'adoption du plan de redynamisation des mutuelles de Kaffrine avec les autorités et techniciens de la santé
	Sénégal, Kaffrine	07	15-19/01/2008	Atelier de formation des prestataires
	Sénégal, Kaffrine	17	07/02/2008	Atelier d'orientation des agents sur les mutuelles de santé
	Sénégal, ASSRMKF, 5 jours	14	19/02/2008	Finalisation des Guides de gestion du DS et du CS

	Sénégal, Région Médicale de Kaolack, 4 jours	7	23/02/2008	Formation des Agents des sous Brigade d'Hygiène de Kaolack
	Sénégal, ASSRMKF, 5 jours	35	06-07/03/2008	SEANCE DE TRAVAIL SUR LA PLANIFICATION 2008 ECR-ECD-ASSRMKF
	Sénégal, ASSRMKF, 5 jours	7	12-15/03/2008	VALIDATION DU GUIDE DE FORMATION des Comités de Santé et Programmation des Formation
	Sénégal, ASSRMKF, 5 jours	26	14-19/04/2008	Quatrième SMCL
	Sénégal, ASSRMKF, 2 jours	40	14-17/04/2008	Atelier de Finalisation des Guides de gestion des DS et des CS
	Sénégal, ASSRMKF, 6 jours	4	07/05/2008	Tournée visite AGETIP réhabilitation des 36 Postes de Santé
	Sénégal, ASSRMKF, 4 jours	27	22-23/05/2008	ATELIER INTER REGIONAL POUR LES ACTIVITES DU MONITORING
	Sénégal, ASSRMKF, 1 jours	84	22-24/04/2008	OFFRE DE SOINS CHIRURGICAUX DANS LES DISTRICTS
	Sénégal, ASSRMKF, 7 jours	21	15 au 21-05/2008	ATELIER PREVALIDATION DES GUIDES DE GESTION DU DS et du CS
	Sénégal, DS Malem Hoddar, 6 jours	83	21-23/05 et 03-05/06 2008	Atelier de Formation des Comités de Santé
	Sénégal, DS Fatick, 2 jours	33	23-24/06/2008	Atelier de Formation des Comités de Santé
	Sénégal, DS Koungheul, 3 jours	11	03/07/2008	Atelier de Formation des Comités de Santé
	Sénégal, DS Koungheul, 2 jours	27	22-23/05/2008	Atelier de formation sur la prise en charge des urgences
	Sénégal, DS Koungheul, 4 jour	31		Formation sur l'utilisation des outils de gestion

	Sénégal, ASSRMKF, 5 jours	27	26-30/05/2008	Atelier de pré validation des Guides de Gestion du DS et CS
	Sénégal, ASSRMKF, 5 jours	56	28-30/04/2008	Atelier de Formation en Gestion Administrative et Financière des Mutuelles de Santé
	Sénégal, DS Kaffrine, 3 jours	31	04-06 ; 11-13 et 18-20/06/2008	Atelier de Formation des Comités de Santé
	Sénégal, DS Kaffrine, 3 jours	15	09-12/08/2008	Atelier de formation pour la prise en charge des urgences
	Sénégal, MS OYAFAL PAJ, 4 jours	19	22-25/07/2008	Formation en gestion administrative et Financière des MS de Gagnick et Mbadakhoune
	Sénégal, Région Médicale de Kaolack, 4 jours	6	14-18/10/2008	Formation sur la qualité de l'eau de boisson par la Brigade d'Hygiène de Kaolack
	Sénégal, DS Sokone, 5 jours	68	18-22/08/2008	Formation des membres du CA de la mutuelle communautaire de Nioro Alassane TALL
	Sénégal, DS Kaolack, 5 jours	19	18-23/08/2008	Formation GAPTA
	Sénégal, DS Kaolack, 6 jours	25	23-27/09/2008	Atelier de Formation des Comités de Santé
	Sénégal, DS Sokone, 5 jours	27	18-21/09/2008	Formation des membres du bureau et du comité de contrôle de la mutuelle communautaire de Nioro Alassane TALL
	Sénégal, MS OYAFAL PAJ, 4 jours	75	23-25/09/2008	Formation de renforcement des capacités
	Sénégal, DS Gossas, 3 jours	39	06-11/09/2008	Atelier de Formation des Comités de Santé
	Sénégal, DS Sokone, 6 jours	29		Atelier de Formation des Comités de Santé
	Sénégal, DS Foundiougne, 6 jours	29	21-24/10/2010	Atelier de Formation des Comités de Santé
	Sénégal, RM Fatick, 04 jours	48	14-17/10/2010	Formation des Prestataires en Santé Périnéo-natale au CS Sokone

	Sénégal, RM Fatick, 04 jours	27	17-23/12/2008	Formation des Prestataires en Santé Péri Néo-natale au CS Gossas
	Sénégal, URMSF, 07 jours	20	27-29/01/2009	Formation en Informatique
	Sénégal, DS Sokone, 03 jours	28	23/02 au 04/03/2009	Formation des prestataires du district de Sokone
	Sénégal, CLCMSK, 10 jours	23	28-30/04/2009	Formation en Informatique
	Sénégal, DS Gossas, 03 jours	38	18-22/05/2009	Formation des Dépositaires et des ICP sur la Gestion des Médicaments
	Sénégal, DS Koungheul, 03 jours	20	08-10/06/2009 & 11-13/06/2009	Formation des dépositaires
	Sénégal, DS Sokone, 06 jours	18	18-22/05/2009	Formation des dépositaires
	Sénégal, RM Kaolack, 05 jours	33	14-16/07/2009	Formation des Nouveaux Agents sur le Guide des ICP
	Sénégal, DS Koungheul, 03 jours	17		Formation des dépositaires
	Sénégal, DS Foundiougne, 06 jours	17	30-31/07/2009	Formation des dépositaires
	Sénégal, RM Fatick, 02 jours	34	06-07/08/2009	Formation des Techniciens de Maintenance et Gestionnaires sur la Maintenance hospitalière
	Sénégal, RM Kaolack, 02 jours	26	24-29/07/2009	Formation sur la Système d'Information de la Maintenance
	Sénégal, DS Malem Hoddar, 06 jours	43	10-14/08/2009	Formation des dépositaires
	Sénégal, RM Fatick, 05 jours	25	3-05/08/2009 & 29/08-01/09/2009	Formation des Cadres sur l'Hygiène hospitalière
	Sénégal, DS Kafrine, 06 jours	40	24-28/08/2009	Formation des dépositaires

	Sénégal, RM Fatick, 05 jours	26		Formation des Cadres sur l'Hygiène hospitalière
	Sénégal, ASSRMKF, 04 jours	24	08-11/09/2009	Formation sur le Logiciel de Saisie de Remontée des Données (SYSNIS)
	Sénégal, RM Kafrine, 10 jours	22	14-15 ; 23-25/09 & 28/09 – 02/10/2009	Formation des Cadres sur l'Hygiène hospitalière
	Sénégal, DS Passy, 03 jours	27	11-13/11/2009	Formation des dépositaires
	Sénégal, RM Kaolack, 03 jours	35	10-12/11/2009	Formation des Equipes Cadres sur la Gestion des Mutuelles de Santé
	Sénégal, ASSRMKF, 02 jours	23	01-02/12/2009	Formation sur la Recherche Bibliographique
	Sénégal, DS Fatick, 03 jours	15	08-10/12/2009	Formation sur les Mutuelles de santé
	Sénégal, RM Fatick, 03 jours		07-09/04/2010	Formation des Prestataires des DS Foundiougne & Passy sur les Principes de base et de Fonctionnement des MS
	Sénégal, RM Fatick, 03 jours		19-21/04/2010	Formation des Membre de l'ECR sur les Principes de base et de Fonctionnement des MS
Autres				2007
			12/04/2007	Réunion de la commission technique actualisation des indicateurs
			25/04/2007	Comité de pilotage extraordinaire du projet ASSRMKF
			Janvier 2007	Atelier de concertation avec le personnel du CHR Kaolack
			16/04/2007	Réunion du Comité de Suivi de l'Atelier de Concertation et de Réflexion autour des relations fonctionnelles entre les services techniques régionaux (MSPM et ASSMRKF)

				<p>2007 – 2010 (activités périodiques)</p> <p>Réunions de coordination régionales</p> <p>Réunions de coordination de districts</p> <p>Elaboration Plans d'Opération 2007 des districts</p> <p>Synthèses régionales élaboration Plan d'Opération 2007</p> <p>Supervision des districts</p> <p>Réunions de restitutions communautaires du monitoring</p> <p>Rencontre de planification des activités des mutuelles de santé</p> <p>Assemblée générale de sensibilisation des mutuelles de santé</p> <p>Comité de pilotage ordinaire du projet ASSRMKF</p> <p>2010</p> <p>Deuxième Comité de pilotage Extraordinaire du projet ASSRMKF</p>
			<p>Trimestriel</p> <p>Mensuel</p> <p>Annuel</p> <p>Annuel</p> <p>Trimestriel</p> <p>Semestriel</p> <p>Annuel</p> <p>Annuel</p> <p>Semestriel</p> <p>27/04/2010</p>	

ANNEXE 8: Interventions des Bailleurs de fonds

Interventions d'autres bailleurs de fonds sur le même projet ou dans des projets contribuant à un même objectif spécifique.

Baillleurs de fonds intervenant dans le même projet			
Baillleurs de fonds	Nom de l'intervention	Budget	Principaux objectifs
Baillleurs de fonds contribuant à un même objectif spécifique			
Baillleurs de fonds	Nom de l'intervention	Budget	Commentaires
BAD	Projet Santé 2 FAD/PNDS 2004 -2008		Construction & équipement des blocs SONU dans la zone du projet Retard dans la mise œuvre
USAID		~ 16 Mio \$US	Appuyer la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire dans les régions de Matam, Tambacounda, Fatick et Kaolack Améliorer la santé de la famille sénégalaise
World Vision/Actionaid	Programme quinquennale santé de l'USAID 2007-2011		Appui aux mutuelles Appui aux mutuelles dans les DS de Nihahar, Foundiougne, Kafrine, malen Hodar, Birkelane et Kounghoul
UNICEF			Améliorer l'accessibilité financière aux services sociaux de base à travers un cash transfert Zone d'intervention : DS de Guinguineo

ANNEXE 9 : Engagements

Intitulé du Marché	Montant du Marché		Type de Caution	Montant (en F.CFA)	Date de libération de la caution	Entreprise
	F.CFA	Euro				
Marché SEN 07/78 - Equipement centres de santé :Imagerie médicale	187 548 307	285 916	Caution de retenue de garantie	9 294 748	01/12/2010	CERTEC
Marché SEN 08/89 : Fourniture d'équipements et installation d'un système de communication dans les structures de santé des régions de Kaolack et Fatick	227 053 998	346 142	Garantie de bonne exécution	11 352 700	10/07/2010	JVM Informatique
Marché SEN/09/105 : Fourniture d'un véhicule de supervision à la région médicale de Kafrine	20 835 000	31 763	Garantie de bonne exécution	1 041 750	17/11/2011	CFAO
Marché SEN/09/106 : Construction de nouveaux services dans les centres de santé de Kafrine, de Koungheul, de Gossas, de Sokone et de Nioro Lot 1 : Centres de santé de Kafrine et de Koungheul	87 551 601	133 472	Caution de retenue de garantie	8 755 160	29/06/2011	EGEEB
Marché SEN/09/106 : Construction de nouveaux services dans les centres de santé de Kafrine, de Koungheul, de Gossas, de Sokone et de Nioro Lot 2 : Centres de santé de Gossas, de Sokone et de Nioro	45 515 625	69 388	Caution de retenue de garantie	4 551 562	04/06/2011	ETPE
Marché SEN/09/109 : L'acquisition et l'installation d'équipements médico techniques pour les Centres de santé de Kafrine, Koungheul, Nioro, Sokone et Kafrine Lot 1 : Bloc opératoire, instrumentation et laboratoire	62 922 152	95 924	Garantie de bonne exécution	3 146 108	12/05/2011	ACD

Intitulé du Marché	Montant du Marché		Type de Caution	Montant (en F.CFA)	Date de libération de la caution	Entreprise
	F.CFA	Euro				
<p>Marché SEN/09/109 : L'acquisition et l'installation d'équipements médico techniques pour les Centres de santé de Kafrine, Koungheul, Niore, Sokone et Kafrine</p> <p>Lot 2 : Mobilier de bureau</p>	21 587 312	32 910	Garantie de bonne exécution	1 079 366	12/05/2011	ACD
<p>Marché SEN/09/109: L'acquisition et l'installation d'équipements médico techniques pour les Centres de santé de Kafrine, Koungheul, Niore, Sokone et Kafrine</p> <p>Lot 4 : Incinérateurs</p>	49 756 000	75 853	Garantie de bonne exécution	2 487 800	30/06/2011	Fermon Labo
<p>Travaux de construction d'un dépôt de Pharmacie de district au centre de santé de Kafrine</p>	22 193 565	33 834	Caution de retenue de garantie	2 219 357	20/11/11	ETPE

