

DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

PROGRAMME SANTE DANS LES REGIONS DE DIORBEL, FATICK, KAFFRINE, KAOLACK ET THIES

COMPOSANTE « APPUI A L'OFFRE ET LA DEMANDE DE SOINS DANS LES 5 REGIONS MEDICALES DE DIORBEL, KAOLACK, KAFFRINE, FATICK ET THIES - PAODES »

SENEGAL

CODE DGCD : NN 3009854
CODE NAVISION : SEN 10 027 11



LA COOPÉRATION
BELGE AU DÉVELOPPEMENT **.be**

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	4
INTRODUCTION.....	8
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION.....	9
1 ANALYSE DE LA SITUATION.....	11
1.1 CONTEXTE GÉNÉRAL	11
1.2 POLITIQUES NATIONALES	11
1.3 LE SECTEUR DE LA SANTÉ	16
1.4 ANALYSE SWOT - SYNTHÈSE.....	25
2 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES.....	28
2.1 UN PROGRAMME D'APPUI UNIQUE AU SECTEUR SANTÉ : PAGOSAN + PAODES	28
2.2 PRINCIPES DE BASE ET AXES STRATÉGIQUES DE L'INTERVENTION PAODES	29
2.3 LES BÉNÉFICIAIRES	32
2.4 LES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT	33
2.5 LOCALISATION DE L'INTERVENTION	37
3 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	40
3.1 OBJECTIF GÉNÉRAL	40
3.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE	40
3.3 RÉSULTATS ATTENDUS.....	40
3.4 ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE	41
VOLET OFFRE DE SOINS.....	41
VOLET DEMANDE.....	55
3.5 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION.....	81
3.6 ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE	82
4 RESSOURCES.....	84
4.1 RESSOURCES FINANCIÈRES	84
4.2 RESSOURCES HUMAINES	85
4.3 RESSOURCES MATÉRIELLES	87

5	MODALITÉS D'EXÉCUTION	89
5.1	CADRE LÉGAL ET RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES	89
5.2	RESPONSABILITÉS TECHNIQUES.....	90
5.3	STRUCTURES D'EXÉCUTION ET DE SUIVI	93
5.4	MODALITÉS DE GESTION ET RESPONSABILITÉS FINANCIÈRES.....	97
5.5	MODALITÉS DE GESTION	101
5.6	RAPPORTAGE ADMINISTRATIF, COMPTABLE ET FINANCIER.....	103
5.7	MÉCANISME D'APPROPRIATION DES ADAPTATIONS AU DTF	104
5.8	MONITORING ET ÉVALUATION	105
5.9	AUDIT.....	106
5.10	CLÔTURE DE LA PRESTATION.....	107
6	THÈMES TRANSVERSAUX	108
6.1	ENVIRONNEMENT	108
6.2	GENRE	108
6.3	ECONOMIE SOCIALE.....	114
6.4	DROITS DE L'ENFANT	115
6.5	HIV / SIDA.....	115
7	ANNEXES	117
7.1	CADRE LOGIQUE	118
7.2	CHRONOGRAMME.....	139
7.3	BUDGET DE L'INTERVENTION	143
7.4	TdR PERSONNEL LONG TERME	147
7.5	DESCRIPTION DES 5 RÉGIONS DE L'INTERVENTION	171

ABRÉVIATIONS

ABT/USAID	Entreprise de consulting américaine «Abt Associates» (Clark Abt, janvier 1965)
ACDEV	ONG Action et Développement
AMEL	Assurance Maladie des Elèves
ARMD II	Projet d'Appui à la Région Médicale de Diourbel (coopération belge)
ARV	Anti Rétro Viraux
ASSRMKF	Projet d'Appui aux Systèmes de Santé des Régions Médicales de Kaolack et Fatick
ASU	Assurance Santé Universelle
AT	Assistance Technique
ATI	Assistant(e) Technique International
ATN	Assistant(e) Technique National
BIT	Bureau International du Travail
CAFSP	Cellule d'Appui pour le Financement de la Santé et le Partenariat
CAMICS	Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé
CAS/PNDS	Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire
CDSMT	Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CL	Collectivité Locale
CLCMSK	Cadre Local de Concertation des Mutuelles de Santé de Kaffrine
CMS	Crédit Mutuel du Sénégal
CoGes	Comités de Gestion pour la concertation entre élus locaux et les responsables santé
CONGAD	Conseil des ONG d'Appui au Développement
CoSa	Comités de Santé (chargés de la gestion des ressources de l'établissement de santé)
CPN	Consultation Périnatale
CRC	Cadre Régional de Concertation
CRFS	Centre Régional de Formation en Santé
CS	Centre de Santé
CTB	Coopération Technique Belge
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
DGCD	Direction Générale de Coopération au Développement
DGSP	Direction Générale de Santé Publique
DREAT	Direction de la Réforme et de l'Assistance Technique

DS	District Sanitaire
DSRP	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
DTF	Dossier Technique et Financier
ECD	Equipe Cadre de District
ECR	Equipe Cadre de Région
EDS	Enquête Démographique et Sociale
EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
EPS	Etablissement Public de Santé
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FDD	Fonds de Dotation de la Décentralisation
GRAIM	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes
GRAP/OSC	Groupe de Recherche en Appui à la Politique/Organisations de la Société Civile
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HD	Hôpital de District
HHA	Harmonisation for Health in Africa
ICP	Infirmier Chef de Poste
IMF	Institution de Micro Finance (remplacé par SFD)
IPM	Institutions de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
ISED	Institut de Santé et de Développement
JICA	Coopération japonaise
MAS	Micro Assurance Santé
MCD	Médecin chef de District
MCR	Médecin chef de Région
ME	Médicament Essentiel
M&E	Monitoring et Evaluation
MF ou MIF	Micro finance
MS	Mutuelle de Santé
MSP	Ministère de la Santé et de la Prévention
OCB	Organisations Communautaires de Base
OCDES	Organisations Communautaires pour le Développement Sanitaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale

PAGOSAN	Projet d'Appui à la Gouvernance Santé
PAMAS	Projet d'appui au développement de la MAS au Sénégal
PAMECAS	Partenariat pour la Mobilisation de l'Épargne et du Crédit Au Sénégal
PAMIF	Projet d'Appui institutionnel et technique aux structures faïtières de la Micro finance
PAODES	Projet d'Appui à l'Offre et la Demande des Soins
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEPAM	Programme d'Eau Potable et Assainissement pour le Millénaire
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planning familial
PIC	Programme Indicatif de Coopération
PLD	Plan Local de Développement
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNBG	Programme National de Bonne Gouvernance
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies de Développement
POCL	Plan Opérationnel des Collectivités Locales
PPTÉ	Pays Pauvres Très Endettés
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PRDI	Plan Régional de Développement Intégré (tous les secteurs)
PROMUSAF	Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique
PS	Poste de Santé
PSDMS	Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé
PTF	Partenaire Technique et Financier
R/CR	Référence/Contre Référence
RESSIP	Réseau Santé Sida et Population
RH	Ressources Humaines
RM	Régions Médicales
RNB	Revenu National Brut
RR CTB	Représentation Résidente de la CTB
SCA	Stratégie de Croissance Accélérée
SFD	Système de Financement Décentralisé (ex-IMF)

SFE	Sage-femme d'Etat
SNEEG	Stratégie Nationale pour l'Egalité et l'Equité de Genre
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNPS-GR	Stratégie Nationale de Protection Sociale et des Gestions des Risques
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
SR	Santé de la reproduction
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
SWAp	Sector Wide Approach
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UM-PAMECAS	Union des Mutuelles du Partenariat pour la Mobilisation de l'Epargne et du Crédit Au Sénégal
UMUSARK	Union des Mutuelles de Santé de la Région de Kaolack
URMS	Union Régionale des Mutuelles
USAID	United States Agency for International Development

INTRODUCTION

PAODES, programme d'appui à l'offre et la demande de soins au Sénégal, est une intervention, financée pour quatre années par la Coopération Belge. Elle se déroulera dans les régions médicales de Thiès, Kaolack, Fatick, Kaffrine et Diourbel. Elle fait partie d'un programme intégré dans le secteur de la Santé de la Coopération belgo-sénégalaise d'une valeur totale de 21.000.000 EUR s'inscrivant dans la politique sectorielle du pays et ayant comme objectif général de renforcer durablement et globalement le secteur de la santé du Sénégal et singulièrement dans les cinq Régions Médicales ciblées.

L'appui belge s'articule autour de 3 grands axes d'attention dans le système de santé qui sont estimés stratégiques pour le Sénégal. Il s'agit de 1/ la « gouvernance » ou la gestion des services à tous les niveaux du système, 2/ « l'offre » ou la qualité des soins offerts et 3/ « la demande » ou l'accessibilité et la qualité des soins telles que perçue par la population.

Ces axes trouveront une traduction dans 2 interventions mises en œuvre par la CTB, à savoir : PAGOSAN, chargé de la « gouvernance » et PAODES, chargé de « l'offre » et « la demande » solvable.

La compréhension globale du présent document ne sera donc possible qu'en connaissance du DTF de l'autre composante - PAGOSAN.

Plus que jamais, le PAODES s'inscrit dans une vision à long-terme. La volonté du Ministère de la Santé de réaliser une assurance maladie universelle pour sa population avec un appui de la coopération belge est très ambitieuse et exigera une mise en œuvre graduelle probablement durant au moins 10 années à venir.

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

Numéro national DGCD	3009854
Code Navision CTB	SEN 10 027 11
Institution partenaire	Ministère de la Santé et de la Prévention
Durée de la Convention Spécifique	72 mois
Durée de la mise en oeuvre	48 mois
Contribution de l'Etat sénégalais	4 093 950 €
Contribution de la Belgique	16 000 000 €
Date estimée de la signature de la Convention Spécifique	Fin 2011
Secteurs d'intervention	12220-Santé- Santé de base- Soins et services de santé de base 12281-Santé-Santé de base-Formation de personnel de santé 12110-Santé-Politique de Santé et gestion administrative
Objectif général	« L'état de santé de la population défavorisée des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès est durablement amélioré »
Objectif spécifique	« La population des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès bénéficie d'un accès équitable à des soins de santé de qualité et d'un bon niveau de protection sociale. »
Résultats intermédiaires	OFFRE de SOINS R1 : La qualité des services est améliorée. R2 : Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de la santé sont renforcées. R3 : Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance et gestion des déchets assurée selon un plan d'investissement global de

chaque région.

R4 : Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplique au niveau national.

R5 : La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et entre les acteurs au niveau opérationnel, est renforcée.

DEMANDE de SOINS

R6 : Les mutuelles et unions de mutuelles existantes sont renforcées.

R7 : Des assurances santé de grande échelle sont développées sur deux zones pilotes.

R8 : Un système pluriel de cofinancement des Assurances Santé Universelles est mis en œuvre.

R9 : Le cadre juridique relatif aux bureaux régionaux d'assurance santé universelle est créé et mis en œuvre.

R10 : Un modèle intégré de financement de la demande de soins est articulé autour des bureaux régionaux assurance santé universelle à travers un processus de capitalisation des expériences.

1 ANALYSE DE LA SITUATION

Cette analyse se concentre sur la situation à la base des choix stratégiques : éléments de contexte, analyse des forces et faiblesses; opportunités et menaces (grille SWOT).

1.1 Contexte général

Le Sénégal est un pays d'Afrique de l'Ouest vaste de 196 190 km². Depuis l'indépendance acquise en 1960, le Sénégal est caractérisé par une stabilité politique et sociale qui lui a permis d'être à l'abri de conflits majeurs. Le pays a une culture démocratique bien ancrée et une décentralisation avancée (voir également paragraphe 1.2.4). Le Sénégal est divisé administrativement en 14 régions, 45 départements, 121 arrondissements et 529 collectivités locales (113 communes, 46 communes d'arrondissement et 370 communautés rurales)

Malgré un contexte politique relativement stable, le pays continue à faire face à des défis socio-économiques majeurs :

D'abord se pose le *défi démographique* avec une population qui s'établit à 11.519.226 habitants en 2007 et des projections qui prévoient un doublement de la population tous les 25 ans ! Cette expansion, qui résulte à la fois du recul de la mortalité et d'une forte natalité, est corrélée à un coefficient de dépendance élevé, avec une population de plus en plus jeune qui rend aiguës les questions liées à l'emploi et à l'insertion économique. Plus d'un Sénégalais sur deux (54,7%) a moins de 20 ans.

Le second défi est *la réduction de la pauvreté*. Ce défi est lié à l'adaptation difficile de l'économie sénégalaise aux chocs exogènes, qui se sont exacerbés entre 2006 et 2009. La succession de crises budgétaire, alimentaire, financière et économique de la période 2006-2010 a augmenté la pauvreté générale, avec une proportion de pauvres estimée à 51% de la population sénégalaise, avec aggravation en milieu rural.

Par ailleurs, les indicateurs des OMD comme la mortalité maternelle et infantile présentent encore des tendances peu favorables, comme documenté sous le point 1.3.1. Dans le Human Development Report du PNUD de 2010, le Sénégal vient en 144 position avec un IDH de 0,411 (0,464 en 2007). Ceci reste supérieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne avec une espérance de vie à la naissance de 56,2, une durée moyenne de scolarisation de 3,5 ans, et un GNI par capita de 1816 USD par an.

1.2 Politiques Nationales

1.2.1 Politique Nationale de Réduction de la Pauvreté

L'Etat du Sénégal met en place, depuis le milieu des années 90, des politiques, stratégies et programmes intégrés avec l'objectif d'une lutte plus efficace contre la pauvreté. Les Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-I, 2003-2005) et (DSRP-II, 2006-2009) sont le cadre de référence partagé de politique économique et sociale pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Une Stratégie de Croissance Accélérée (SCA) a été mise en route pour atteindre l'éradication de la pauvreté et un nouveau Document de Politique économique et Social 2011-2015 (DPES : DSRP III) est formulée et servira de cadre unique d'intervention de tous les acteurs au développement.

Dans le DSRP II quatre axes stratégiques avaient été définis :

- 1/ Création de richesse et croissance pro-pauvre ;
- 2/, Accélération de la promotion à l'accès aux services sociaux de base ;
- 3/ protection Sociale, prévention des risques et catastrophes ;
- 4/ bonne gouvernance et développement décentralisé et participatif.

L'évaluation du DRSP II montre - sur la période 2006-2009 - que malgré la mise en œuvre de la Stratégie de Croissance Accélérée (SCA) en 2008, l'objectif de croissance économique formulé (au moins 7,0%) n'a pas été atteint.

Le secteur de la santé fait partie des secteurs prioritaires dans la composante « Capital humain et renforcement des capacités » de l'axe 2 du DSRP. La volonté du Gouvernement de renforcer le stock de capital humain s'est traduite par une allocation conséquente et accrue de ressources aux secteurs sociaux.

La tendance à long terme de l'économie et les résultats enregistrés du DSRP-II montrent que le Sénégal doit encore faire davantage d'efforts, notamment dans le renforcement du rôle du secteur privé, dans la correction de la balance commerciale déficitaire, dans l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et dans l'application stricte des principes de la bonne gouvernance.

1.2.2 Politique de protection sociale

Le Sénégal s'est doté en 2005 d'une Stratégie Nationale de Protection Sociale et de Gestion des Risques dont les principales orientations sont intégrées comme un des axes stratégiques du Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté de 2006¹.

Le Ministère de la santé, à travers sa Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP), a engagé depuis 2007 avec l'ensemble des ministères et des parties prenantes impliquées dans les différents systèmes d'assurance maladie, des réflexions ayant abouti à l'élaboration de la *Stratégie Nationale d'Extension du Risque maladie des Sénégalais*, qui identifie des approches pour étendre la couverture.

Le principal défi à relever est d'assurer un taux de couverture plus conséquent à moyen terme en optant pour l'extension de la protection à d'autres catégories socioprofessionnelles et en mettant l'accent non seulement sur la mutualisation mais également sur la mise en place de mécanismes d'assistance aux populations affectées par les chocs socioéconomiques.

¹ République du Sénégal, 2005. Stratégie Nationale de Protection Sociale et de Gestion des Risques

La mise en œuvre de cette vision a été traduite dans le plan stratégique de développement des mutuelles de santé à travers trois objectifs :

- le renforcement des mutuelles de santé et du système d'assurance maladie,
- la mise en place de mécanismes de prise en charge des maladies pour les personnes vulnérables,
- la mise en place de systèmes de prévoyance sociale pour les personnes exerçant le métier de l'agriculture et les acteurs économiques du secteur informel.

Dans le cadre de la 'protection des groupes vulnérables', des filets de sécurité et des mesures d'assistance sociale sont retenus à l'intention des groupes vulnérables spécifiques: enfants en situation de risque, femmes, handicapés, personnes âgées, populations déplacées, jeunes chômeurs, habitants de bidonvilles et pauvres en milieu rural. Il est envisagé un ciblage plus précis et un accent approfondi des mécanismes d'assistance communautaire.

En outre, une loi sur les Mutuelles de santé a été adoptée en mai 2005 pour donner une base légale et réglementaire à leur développement progressif. Cette loi définit un cadre juridique adéquat pour la codification des modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des Mutuelles de santé et de leurs regroupements.

1.2.3 Politique de Santé & PNDS

La politique de santé trouve son fondement dans la **constitution sénégalaise du 21 janvier 2001**² qui garantit le droit à la santé en son article 8 et 17 : « *l'état est les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées.* ».

Basée sur les soins de santé primaires, la politique sanitaire s'articule autour des points suivants:

- 1/ L'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;
- 2/ L'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- 3/ La promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- 4/ La protection des groupes vulnérables ;
- 5/ Le renforcement du partenariat public-privé ;
- 6/ La promotion de la multisectorialité ;
- 7/ L'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- 8/ Une gestion axée sur les résultats ;

Historiquement la politique de santé après la période caritative et celles des programmes

² <http://www.gouv.sn/spip.php?article672>

des grandes endémies, a été marquée par l'installation des SSP facilités par la Réforme territoriale de 1972. Dès lors, le Sénégal a mis l'accent sur la restructuration de son système sanitaire. Par la suite le Gouvernement a élaboré en 1989 la Déclaration de la Politique de Santé, ce qui a eu pour effet l'avènement des « districts sanitaires »³. A cela s'ajoute la décentralisation des soins et l'importance de la participation communautaire qui intègre les principes d'auto responsabilisation et d'autofinancement (Initiative de Bamako). C'est dans ce sens que les comités de santé ont été créés.

1.2.3.1 PNDS I (1998–2007)

Le Sénégal avait décliné, dans le PNDS I (1998–2007), une politique articulée sur les objectifs de

1. Réduire le taux de mortalité maternelle, et il est passé de 510 en 1992 à 401/100.000 naissances vivantes, en 2005 ;
2. Réduire le taux de mortalité infanto juvénile, qui est passé de 150‰ en 1997 à 121‰ en 2005, et
3. Maîtriser la fécondité, et l'indice synthétique de fécondité est passé de 6,0 en 1992 à 5,3 en 2005.

Ces résultats sont en deçà des objectifs que le Ministère de la Santé pouvait attendre au vu des moyens mobilisés et des stratégies mises en œuvre.

1.2.3.2 PNDS II (2009-2018)

Le PNDS 2009-2018 s'attache à atteindre les OMD en 2015 en articulant bien les activités préventives et curatives d'une part, et celles liées à la demande et à l'offre, d'autre part.

Il compte **4 Objectifs nationaux** :

1. Réduire le fardeau de la morbidité et la mortalité maternelle et infanto juvénile ;
2. Accroître les performances du secteur en prévention et lutte contre la maladie ;
3. Renforcer durablement le système de santé ;
4. Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

Ses **11 axes stratégiques** sont :

1. Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelle, néonatales et infanto-juvéniles ;
2. Amélioration de la promotion de la santé ;
3. Renforcement de la prise en charge curative;

³ application de la circulaire n°1753 du 15/03/1991 *relative à la restructuration du système de santé en districts et la définition du paquet minimum d'activité au niveau des structures*

4. Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte ;
5. Développement des ressources humaines ;
6. Renforcement des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance;
7. Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux;
8. Renforcement du système d'information et de la recherche ;
9. Promotion de la gestion axée sur les résultats ;
10. Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière ;
11. Renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

1.2.4 Décentralisation

Le Sénégal a parachevé sa politique de décentralisation en instituant la loi 96-06 du 22 mars 1996 portant transfert des compétences à la région et aux collectivités locales (communes, communes d'arrondissement et communautés rurales). Celles-ci ont acquis une autonomie de gestion et ses membres sont élus au suffrage universel.

Neuf domaines de compétences ont été transférés, dont la santé, ce qui devait assurer une gestion de proximité du secteur de la santé, et lui assurer des subsides plus conséquents, effets attendus de la décentralisation.

Ainsi les **communautés rurales** se sont vues attribuer les pouvoirs de gérer les Postes de Santé (et cases de santé); les **communes** s'occuperont de la gestion des Centres de santé (toutes catégories confondues) et les **régions** des hôpitaux régionaux ainsi que des Centres de santé implantés dans les communautés rurales à petits moyens. Ces dispositions respectent parfaitement la pyramide sanitaire.

Les fonds alloués aux collectivités locales (CL) pour la santé reçoivent l'appellation de Fond de Dotation (FDD). Ils sont sensés permettre de subvenir aux besoins en médicaments des structures sanitaires de la CL.

Dans la lettre de la loi, les collectivités locales devaient se doter d'organes « **comités de gestion** » réunifiant les comités locaux, les comités de santé et le personnel de santé pour assurer une planification et une gestion commune sous l'autorité du président de la CL. Cependant, la mise en place de ces organes fait défaut dans au moins 80% des cas.

Pour rappel : les Comités de santé, organe de gestion des établissements sanitaires, sont aussi une entité représentant les populations et dont les membres sont élus lors d'assemblées constitutives. Les textes les réagissant sont en cours de révision pour prendre en compte les nombreuses dérives qui ont jalonné leur parcours depuis 1990.

1.3 Le secteur de la santé

1.3.1 Situation sanitaire

Comme dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest francophone, la situation sanitaire du Sénégal est marquée par une évolution lente des indicateurs de santé qui relève des difficultés tout à la fois conjoncturelle et structurelle. Le Système de santé mis en place évolue lentement pour s'adapter aux réalités de la demande des populations. L'état d'avancement dans la réalisation de l'atteinte des objectifs du millénaire démontre que les objectifs ne seront pas atteints en 2015. ⁴

Concernant la santé de la reproduction, l'accent a été mis sur la surveillance de la grossesse, l'assistance par du personnel qualifié pendant l'accouchement et la prise en charge des complications obstétricales et néonatales. La proportion de femmes enceintes ayant effectué au moins une consultation prénatale est passée de 82% en 1997 à 87% en 2005 mais avec un taux d'achèvement (4 CPN) de 40%.

Pour la même période, la proportion de femmes dont l'accouchement s'est déroulé en structure sanitaire est passée de 48% à 62% avec 52% d'accouchements assistés par du personnel qualifié. Le taux de césarienne est de 3%, inférieur au seuil de 5% recommandé. Cette situation s'explique par l'insuffisance de blocs opératoires fonctionnels dans les centres de santé, ce qui rend inaccessibles les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets (SONUC).

La planification familiale a connu une progression lente, passant de 8,1% en 1997 à 10,3% en 2005 (EDS IV) alors que l'objectif était de 16%(1997). L'absence de maîtrise de la fécondité fait partie des contraintes majeures pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ; en plus de ses conséquences sur la pauvreté induite.

Concernant la santé néonatale et des jeunes enfants, la malnutrition contribue pour près de 50% des décès chez les enfants de moins de cinq ans (Lancet, 2005). Une enquête PCIME de 2006 confirme que les maladies les plus courantes chez les enfants sont le paludisme (72%), les IRA (47%) et la diarrhée (23%) sur fond de malnutrition. Cependant les résultats montrent une prise en charge correcte du paludisme (95%), des IRA (35%) et de la diarrhée (56%), avec un index de disponibilité des huit médicaments oraux de 0,63 (l'optimum étant de 1).

En ce qui concerne la lutte contre la maladie, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) enregistre, depuis 2001 une nette amélioration. Ainsi, la couverture au DTC3 est passée de 45,3% en 2001 à 93% en 2007, ce qui ne doit pas cacher le manque de performance générale du système pour assurer une bonne couverture générale.

Pour le VIH/Sida, le Sénégal est cité comme un pays de référence en Afrique, avec une séroprévalence au sein de la population générale estimée à 0,7% par l'EDS IV (2005).

Par rapport au paludisme, le taux de morbidité est passé de 33,6 % en 2001 à 22,25 % en 2007. Au même moment la létalité hospitalière, est passée de 6,20% en 2006 à 3,36

⁴ <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>

% en 2007. En 2006, une enquête de couverture réalisée par le PNLP révèle des taux d'utilisation des moustiquaires de 32,6 % chez les femmes enceintes et de 45,6 % chez les enfants de moins de 5 ans, ce qui témoigne d'un regain dans la prévention.

Dans le cadre de la lutte contre la Tuberculose, on note une lente évolution des indicateurs malgré les efforts consentis pour assurer la gratuité du traitement. En effet, en 2006, le taux de détection est estimé à 60% pour un objectif de 70% et le taux de guérison de 76% pour un objectif de 85%. Par ailleurs, on assiste à un accroissement de cas multirésistants aux antituberculeux majeurs, nouveau problème de santé publique.

Les maladies à potentiel épidémique, en particulier le choléra, connaissent depuis 2004 une recrudescence avec une tendance endémique. Les principaux déterminants dans les zones d'apparition du choléra sont liés aux problèmes d'assainissement, aux difficultés d'accès à l'eau potable et les comportements individuels et collectifs.

Au cours des trois dernières années du PNDS 1998-2007, un accent particulier a été mis sur les maladies non transmissibles qui posent des problèmes de prise en charge en termes de coûts. C'est ainsi qu'on parle de maladie chronique à soins coûteux, comme, le cancer, l'insuffisance rénale et le diabète. Ces maladies de plus en plus fréquentes constituent des causes de basculement des ménages dans la pauvreté.

On notera toutefois que tous ces indicateurs connaissent des disparités régionales et selon le milieu de résidence, ce qui témoigne de l'inégal accès aux soins dans le pays. Par exemple la mortalité maternelle est de 309 pour 100.000 naissances vivantes en milieu urbain contre 472 en milieu rural (EDS IV). La mortalité infanto-juvénile est de 91 pour mille en zone urbaine et 160 pour mille en zone rurale.

1.3.2 Description du secteur santé

Même si le système de santé du Sénégal se présente sous la forme pyramidale classique à trois niveaux : niveau de base correspondant au district sanitaire, niveau intermédiaire pour la région sanitaire et niveau central, il possède des particularités qu'il convient de saisir correctement. La Figure 1 résume ce système en deux pyramides, celle de l'offre de soins (à droite) et celle du découpage administratif et politique.



Figure 1 : Pyramide de soins et découpage administratif au Sénégal.

Il est intéressant de noter que pour les deux niveaux du haut, la corrélation est complète entre le système de santé, le découpage administratif et l'offre de soins. Ainsi, outre le niveau national qui correspond au niveau central du ministère de la santé, chaque région médicale (14) correspond à une région administrative. A ces deux niveaux sont respectivement associés les hôpitaux nationaux et régionaux. En dessous des régions, il n'y a plus de corrélation directe entre le système de santé (régions -> districts sanitaires) d'une part, et le découpage administratif (régions>départements >arrondissements) et des collectivités locales (régions>communes>communautés rurales), d'autre part. Le district sanitaire couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie.

Un arrêté formalise la création des districts sanitaires⁵ : « Le territoire national est découpé en districts sanitaires. Le district sanitaire comprend un centre de santé de référence parfois appelé « hôpital de district »⁶, des postes de santé et d'autres types de structures sanitaires situés dans le ressort territorial des villes, communes et communautés rurales qui lui sont rattachées». Le découpage sanitaire reflète la situation suivante :

- 14 régions médicales,
- 75 districts sanitaires dont le siège de 27% sont encore des postes de santé faisant fonction de centres de santé.

1.3.2.1 Etablissements sanitaires

Les établissements sanitaires, qu'elles soient publiques ou privées, constituent l'épine dorsale du développement sanitaire car c'est en leur sein que les populations sont prises

⁵ Arrêté n°01259 du 12/02/2010 du MSP. « Fixant le ressort territorial et la liste des districts sanitaires. »

⁶ Afin d'éviter toute confusion, le DTF utilisera désormais le terme « centre de santé de référence » au lieu d'hôpital de district.

en charge pour des soins. C'est ainsi que le Sénégal est doté de 22 hôpitaux : 8 à Dakar et 13 à l'intérieur du pays, dont 1 hôpital national à Touba, 10 hôpitaux régionaux publics (Ziguinchor et Fatick n'ont pas encore ouvert leurs portes) et deux privés. A cela s'ajoute le fait qu'en 2010 le MSP a procédé à l'érection de 11 centres de santé en Etablissement Public de Santé-EPS (statu légal de l'hôpital) de niveau 1

REGION	POSTES DE SANTE	Ratio Population par PS	CENTRES DE SANTE	Ratio Population par CS	HOPITAUX	Ratio Population par hôpital
DAKAR	115	20415	17	138104	8	293472
DIOURBEL	70	16735	4	292866	2	585732
FATICK	80	8618	6	114901	1	689404
KAOLACK	94	11912	5	223943	1	1119714
KOLDA	90	10735	4	241539	1	966155
LOUGA	75	9758	5	146376	1	731882
MATAM	58	8266	3	159816	1	479448
ST-LOUIS	53	16406	4	217382	2	434765
TAMBA	92	7239	6	111002	2	333005
THIES	120	13461	9	179486	2	807686
ZIGUINCHOR	80	5713	4	114260	1	457038
TOTAL	936	11874	67	165878	22	505172

Figure 2 : Distribution des infrastructures selon la région en 2005

La norme actuelle fixe que le **Centre de Santé de référence**⁷ dispose de capacité d'hospitalisation en médecine, chirurgie et gynéco-obstétrique et assure des soins en médecine générale, chirurgie générale, gynécologie-obstétrique, chirurgie et radiologie dentaire et urgences médicales et chirurgicales. Actuellement, seulement 24 % des districts sanitaires (18) disposent de Centre de Santé de référence fonctionnel (avec bloc opératoire). C'est pourquoi on distingue Centre de Santé de référence et Centre de santé secondaire selon la disponibilité ou pas, de soins chirurgicaux et de prise en charge des urgences.⁸ Le nombre total de centres de santé est de soixante dix huit (78)

⁷ Centre de Santé de référence au Sénégal est l'équivalent de l'hôpital de district pour l'OMS. A la demande du MSP le terme sénégalais sera utilisé tout au long du DTF.

⁸ Pour le comprendre, il faut considérer que le pays continue dans un processus historique d'amélioration de l'accessibilité aux soins à partir d'une situation post coloniale, où les seuls hôpitaux périphériques étaient implantés dans les chefs-lieux de région, et étaient la seule référence d'un réseau d'établissements du premier échelon: centres de santé (avec médecin) ou postes de santé (avec infirmier). Ceci continue à être le cas dans la plupart du pays. Suite à la création des districts sanitaire, les centres de santé sont devenus le siège naturel de l'équipe cadre du district (ECD) dirigée par un médecin chef et, étoffant leur plateau technique, la référence en matière de soins pour le réseau de postes de santé. L'étape suivante, dans laquelle nous nous trouvons, c'est la transformation des centres de santé en hôpitaux de district.

Le Poste de Santé est composé d'un dispensaire et d'une maternité (PS "Complet"). Ils sont implantés dans les communes, les chefs lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés et s'appuient au niveau rural sur les cases de santé et maternités rurales, infrastructures de village créées par les populations qui en assurent la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou des matrones. Le nombre total de Postes de Santé fonctionnels en 2008 est de 946 dont 777 complets (avec maternités) et 1.516 Cases de Santé fonctionnelles.

Au niveau des régions, des locaux ont été construits ou réhabilités pour abriter 10 **régions médicales** sur 14. Les trois nouvelles régions qui ont été créées en 2008 à savoir Kédougou, Sédhiou et Kaffrine, ne disposent pas de local propre. Les Brigades régionales d'Hygiène, (section de la région médicale chargée des compétences en matière d'hygiène), ne disposent pas de locaux fonctionnels et adaptés à leur mission à l'exception de celles de Matam, Kolda et Saint-Louis. Il en est de même pour les sous brigades d'Hygiène, dans les districts.

Les **Centres Régionaux de Formation en Santé (CRFS)**, sont des institutions décentralisées de récente création chargées d'assurer la formation d'infirmiers, sages femmes et techniciens en santé à l'intérieur du pays. Ils ont pour mission de répondre tant aux besoins de personnel formé dans les formations sanitaires, comme de la demande de formations des jeunes de l'intérieur du pays. Ils dépendent directement de la Direction des Ressources Humaines du MSP. Sept CRFS ont été ouverts, dont ceux de Thiès et Kaolack. A terme, il est prévu d'en ouvrir un dans chaque région. A noter également l'existence à Diourbel du **Centre National de Formation des Techniciens de Maintenance (CNFTM)**, qui forme les techniciens en maintenance.

Le secteur privé compte 1 hôpital privé confessionnel (à Thiès), 57 cliniques, 28 Maternités, 148 cabinets médicaux et 144 postes privés de santé, 12 laboratoires d'analyses médicales (10 à Dakar) 10 services d'imagerie (tous à Dakar), 843 officines de Pharmacie, 4 Grossistes répartiteurs, 3 Industries pharmaceutiques et l'Institut Pasteur de Dakar qui fabrique le vaccin anti-amaril. A cela s'ajoute l'offre de santé des ONG, des Associations et des organismes confessionnels. Les premiers implantés surtout dans les villes, et les derniers majoritairement en milieu rural.

En résumé, l'accès aux soins reste limité par des facteurs tant endogènes qu'exogènes notamment :

1. La faible capacité des services sanitaires à satisfaire la demande de soins : il manque d'infrastructures aux différents niveaux, car s'il est vrai que la population dispose d'un réseau important d'établissements du premier échelon, elle a un accès très réduit au deuxième échelon (soins hospitaliers), du fait essentiellement de l'absence de centres de santé de références fonctionnels.
2. Manque de personnel qualifié (1 médecin/22.460hts, 1 SFE/17219 hts, 1 IE/10381 hts, les spécialistes sont rares en zones rurales.
3. La pauvreté, déjà citée, qui limite l'accès aux soins de qualité pour les populations (Enquête QUID 2001).

1.3.2.2 Organisation du Ministère de la Santé

Au niveau central, le rôle du MSP est défini dans les textes. Il s'agit essentiellement de : 1/ définir la politique nationale, 2/ de coordonner l'ensemble des activités effectuées sur toute l'étendue du territoire, 3/ de fournir les ressources matérielles, financières et humaines nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés au plan national et international.

Les principaux acteurs sont le cabinet du Ministre avec le Secrétaire Général et son directeur de cabinet, les principales directions techniques et administratives et 8 Services «rattachés» dont l'Inspection de la Santé. Cependant, il a été souvent évoqué des difficultés de coordination liées à l'organigramme actuel. La Direction de la Santé qui devrait coordonner l'ensemble des programmes essentiels à l'atteinte des objectifs du ministère a vu ses composantes s'atomiser. L'unique inspecteur technique de la santé en exercice cherche encore sa place : pas de moyens ni d'effectifs pour accomplir ses tâches même si elles sont très bien spécifiées.

Au niveau régional, les Régions Médicales (RM), sont liées hiérarchiquement avec le cabinet du ministre mais elles doivent faire face aux nombreux interlocuteurs du niveau central, notamment les programmes nationaux qui exécutent leurs propres programmations sans tenir compte de celles des RM et districts. Les RM ont des difficultés à assumer les pouvoirs qui leur sont officiellement délégués, notamment dans la gestion des ressources humaines, trop centralisée. Avec leurs collègues des districts, les liens hiérarchiques sont plus clairs et en pratique cela fonctionne plutôt bien. Toutefois les activités de supervision des districts manquent de consistance et parfois de contenu technique faute d'outils adaptés et de techniciens autour du MCR.

L'autonomie de gestion accordée aux hôpitaux régionaux crée aussi des difficultés de coordination car dans la pratique ces structures sortent de l'autorité du MCR, même s'il représente le MSP dans chaque région. Les MCR sont plutôt en bonne relation avec les gouverneurs de région malgré quelques chevauchements dans leur rôle. Certains signalent la possibilité pour un médecin exerçant dans un district d'obtenir un congé signé de son préfet sans tenir compte de la région médicale. Les MCR interviewés lors de la présente formulation déplorent la faiblesse des ressources allouées par le MSP et souhaitent vivement que les réformes du ministère voient le jour leur permettant d'assurer plus efficacement leur mission de coordination, de supervision et de gestion du personnel.

Au niveau district, les liens sont plus simples entre les médecins chefs de district les Infirmiers Chefs de Poste et les élus locaux. Ils disposent d'une certaine autonomie et peuvent dérouler plus facilement leurs programmes. Les relations techniques et/ou administratives avec les préfets sont généralement bonnes. Il existe pourtant des difficultés pour l'obtention des financements de services de santé des budgets décentralisés. Cela est lié, selon les MCD, à la non maîtrise des textes par les élus locaux.

La difficulté à mettre en œuvre leur Plan de Travail Annuel (PTA), sous la pression des programmes verticaux nationaux est évoquée systématiquement. L'organisation des districts actuels pose de sérieux problèmes et souffre surtout d'absence de directives écrites pour formaliser le cadre d'intervention des différentes catégories de RH existantes.

Au total il est perceptible au niveau central un grand nombre de centres de décisions qui ont reçu délégation du cabinet et qui se coordonnent assez difficilement. La gestion centralisée des RH fait que les responsables périphériques manquent d'autorité dans ce domaine et conséquemment dans les autres.

1.3.3 Dépenses Publiques de Santé

Une revue des dépenses publiques de santé sur la période de 2003 à 2008 a été publiée en novembre 2010⁹ sur l'ensemble des dépenses réalisées par le système public sur la base de ressources provenant de l'Etat, des collectivités locales, des usagers et des PTFs. Cette étude apporte une série d'enseignements utiles à notre analyse, que nous reprenons ci-dessous.

L'Etat sénégalais s'avère être le plus gros contributeur à la santé des pays francophones de la sous région (Sénégal, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger), avec des dépenses publiques de santé (DPS) de 158 milliards CFA en 2008, en progression de 55% par rapports aux chiffres de 2003, soit 3,21% du PIB, face à 2,13% en 2003. Il reste cependant nettement en dessous de l'objectif recommandé aux pays d'Afrique Subsaharienne d'allouer 35-40US\$ à la santé par habitant et par an.

L'analyse des DPS selon la **source de financement** place largement l'Etat comme premier contributeur, avec 57% en 2008. Le reste se répartit pour moitié entre PTF et usagers.

L'évolution de l'**affectation** des DPS est plus inquiétante avec une dégradation des postes médicaments et soins de santé primaires au profit des dépenses de nature administratives. La chute de l'investissement sur les **soins de santé primaires** s'explique notamment par une désaffectation de l'Etat dont la contribution passe de 66 à 46% sur la même période, au détriment de la population qui finance une part croissante des soins de santé primaires (de 22 à 31% de 2003 à 2008) comme illustré dans la Figure 3.

⁹ Ministère de la Santé et de la Prévention, Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement, Novembre 2010, *Etude sur la revue des dépenses publiques du secteur de la santé pour la période de 2003 à 2008. Rapport final*. Sur financement Banque Mondiale, UNICEF, UNFPA et Etat du Sénégal.

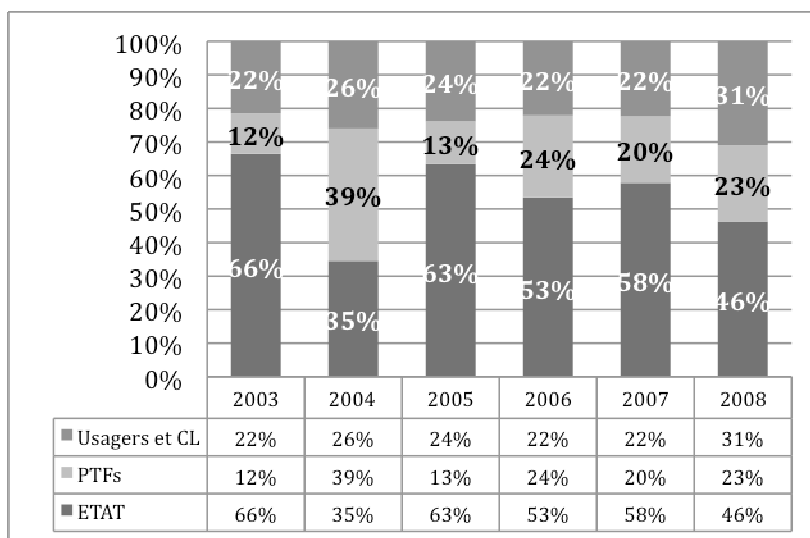


Figure 3 : Evolution des dépenses de soins primaires selon la source de financement.
Source: DAGE/MSP, 2010

Le même schéma se répète au niveau des soins de santé secondaire. En fait, au fur et à mesure où l'on monte d'un échelon à un autre, la part des paiements directs (usagers et CL) augmente, occasionnant une importante barrière financière aux deuxième et troisième échelons.

De manière générale, **la répartition nationale des dépenses par composante** est restée relativement stable de 2003 à 2008 : en 2008, 41% pour les ressources humaines, 39% pour les dépenses de fonctionnement, et 20% pour les investissements (en baisse face à un niveau de 26% en 2003). Par contre, la répartition des dépenses par niveau de soins démontre un déséquilibre flagrant au détriment du niveau primaire. En 2008, les hôpitaux (secondaires et tertiaires) absorbaient environ 82% des salaires alloués, 80% des dépenses de fonctionnement et 86% des dépenses d'investissement. A noter que ces pourcentages affichaient déjà des niveaux élevés 6 ans plus tôt (respectivement 79, 73 et 82% en 2003).

La croissance des frais administratifs est plus inquiétante encore. Sur les six années, les frais administratifs (affaires générales et administration) ont progressé de 35%, absorbant au final 56% des DPS en 2008, au détriment des soins de santé. (voir Figure 4). On peut donc affirmer que l'Etat a une responsabilité majeure dans la dégradation de l'équilibre des DPS (tous financeurs confondus)

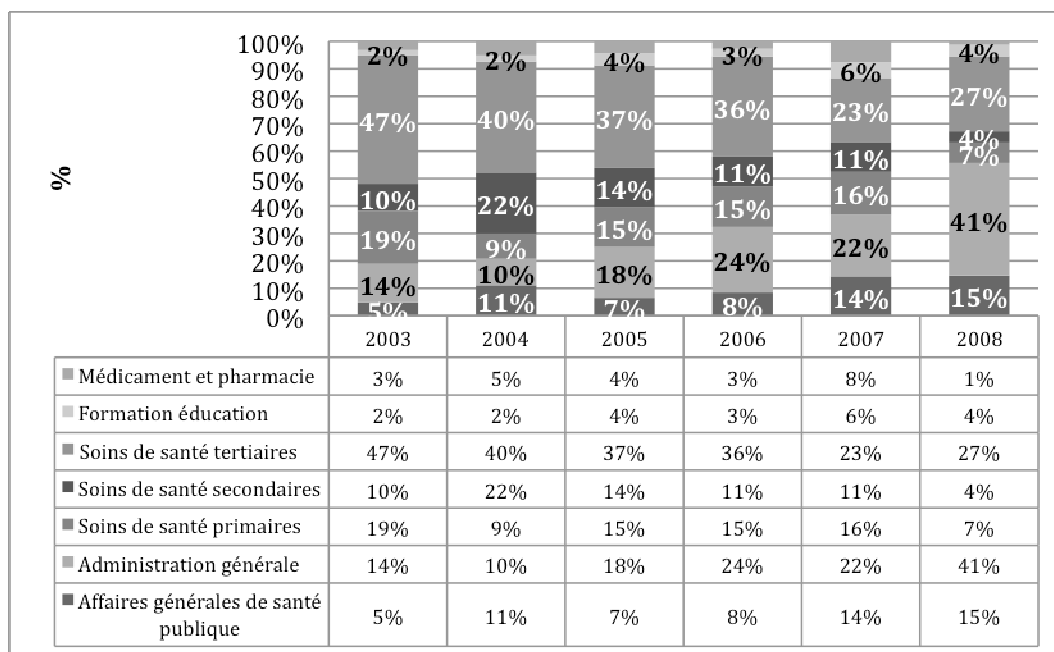


Figure 4 : Evolution des DPS Etat par fonction du système de santé (en %). Source : DAG/MSP

A noter également que les programmes de gratuité (Sésame, accouchement, etc.) sont passés de 3% à 11% des dépenses, hors RH. L'efficacité de ces programmes est pourtant en question, en raison de l'absence de ciblage (avec un risque que les riches bénéficient plus que les pauvres) et un système de contrôle des dépenses très insuffisant. Enfin, en bref:

- Le taux d'exécution du budget du MSP est de 91%, ce qui est plus qu'honorable ;
- Les supports financiers des PTFs sont très variables et peu prévisibles. Ils se concentrent essentiellement sur les programmes verticaux ;
- Les collectivités locales ont un poids réduit sur le financement de DPS avec 3% ;
- Les usagers ont vu leur contribution augmenter (23% des DPS), pour financer (indirectement) les salaires et charges administratives, surtout dans les hôpitaux.

1.4 Analyse SWOT - synthèse

Des groupes de travail spécifiques SWOT ont été constitués lors des ateliers participatifs réalisés avec la participation de représentants de l'offre et la demande de chacune des 5 régions. Nous présentons ici une synthèse de toutes les contributions, sans épuiser l'exhaustivité des points forts et faibles et des opportunités et menaces. Des éléments captés lors des interviews aux niveaux central et régional et partenaires ont aussi été insérés ci-dessous. En dehors des forces et faiblesses du Table 1, qui regroupe de façon synthétique les idées des participants lors des ateliers SWOT, tenues dans les 5 régions, d'autres faiblesses importantes sont la faiblesse des mécanismes de coordination au niveau national et régional, qui se traduit par une désarticulation des interventions sur le terrain, notamment entre les PTF. Ceci est une observation faite par le niveau central, et les bailleurs consultés. Le PAGOSAN consacre un résultat à cette coordination (en concertation régulière avec l'ambassade). Signalons aussi le faible fonctionnement des organes de gestion (comités de santé, comités de gestion) : surtout les comités de gestion érigés dans le cadre de la décentralisation nécessitent une redynamisation.¹⁰

¹⁰ Voir également activité 5.5.

Table 1 : GRILLE SWOT SYNTHETIQUE DU SYSTEME DE SANTE

DOMAINES D'ANALYSE	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<p>Ressources Humaines (Qualité, Quantité, Management des RH: niveau et efficacité)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les ressources humaines existantes sont de qualité • Possibilité de contractualisation au niveau local 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de personnel qualifié • Faible emprise des MCR et MCD sur la gestion du personnel • Instabilité du personnel qui génère des dysfonctionnements dans la continuité de l'offre de services notamment au niveau périphérique. • Non-respect des normes de travail (permanence, horaires de travail) 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de documents stratégiques de référence (PDRH, PNDS, plan stratégique) et de plans opérationnels ((POCL, PTA, GAR) • Existence dans certaines régions (Thiès, Kaolack) d'écoles de formation en santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Décalage constant entre planification et mise à disposition des ressources • Insuffisance de personnel pour assurer la continuité des services (cas typique des postes de santé) majorée par la grande mobilité du personnel (étatique et contractuel) • Absence de politique de recrutement de personnel de santé au niveau local • Une pléthore de réunions, ateliers des responsables sanitaires au détrimment de leurs fonctions premières, les activités de soins
<p>Offre de soins (Infrastructures, Equipements, Logistiques, Organisation des soins, Maintenance)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un réseau d'infrastructures fonctionnelles notamment dans les régions de concentration de la Coopération belge (ASSRMKF) et de la BAD • Existence de plans de Maintenance et d'hygiène hospitalière 	<ul style="list-style-type: none"> • Disparités entre les régions en infrastructures et équipements ainsi qu'entre les Districts dans une même région (les Districts bénéficiaires de l'appui de l'ASSRMKF à coté de ceux très dépourvus) • problème d'équité dans la distribution de l'appui • Faible adéquation entre les ressources injectées dans le système et les indicateurs de santé. • Absence de spécialistes au niveau des soins de santé (gynéco, pédiatres, psychiatres, ophtalmo..), • Faible application des plans de Maintenance • Faible gestion des déchets médicaux et hygiène hospitalière (problème de mise en œuvre) 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'autres partenaires comme les ONG • Présence d'hôpitaux régionaux et de certains centres de santé de référence dans les cinq régions • Adhésion des responsables sanitaires des régions et districts aux orientations du projet • Existence de partenaires d'appui au secteur de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestations de soins par personnel non qualifié • Insuffisance de la logistique roulante (véhicule, moto, ambulance) • Vétusté des chaînes de froid • Absence de locaux des Unités Technique de Maintenance (UTM) là où elles existent • Création anarchique d'écoles privées de formation en santé • Manque de clarification de l'érection de certains centres de santé de référence en EPS I (risque de séparation des EPS 1 de la logique du District sanitaire) • Absence d'Unités fonctionnelles de maintenance dans certaines régions (notamment à Thiès
<p>Qualité des services Normes et Contrôle, Référence CR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • existence d'un certain nombre de normes et de protocoles en vigueur 	<ul style="list-style-type: none"> • faible développement du système normatif • Méconnaissance généralisée des normes existantes. • Faible développement de l'approche qualité dans les établissements de soins • circuit des malades pas toujours défini ou maîtrisé par les usagers au niveau des structures • Faiblesse des mécanismes de coordination • Faiblesse du système de supervision et de monitoring. • Faibles capacités de coordination et d'articulation entre les intervenants dans la 	<ul style="list-style-type: none"> • Projets de réformes de l'organisation du Ministère avec la mise en place de la Direction Générale et des Directions régionales de la santé • Existence de certains centres de santé de niveau 1 dans les régions appuyées 	<ul style="list-style-type: none"> • dichotomie entre logique administrative de découpage territorial et logique sanitaire (création de structures da santé sans mesure d'accompagnement): ex typique : Ndoffane)

		santé		
Médicaments et Produits (Circuit d'approvisionnement / Financement, Qualité des médicaments)	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un bon circuit fonctionnel d'approvisionnement 	<ul style="list-style-type: none"> Faiblesse du système de gestion de médicaments Rupture fréquente en Médicaments (MEG) Absence de spécialités qui n'existent pas dans la liste dite « Initiative de Bamako » Absence de PRA dans la région de Kaffrine Gestion déficiente dans les Districts des ressources financières nécessaires pour le réapprovisionnement en médicaments. 	<ul style="list-style-type: none"> Contribution significative de l'Etat, via le Fond de Dotation qui transite par les Collectivités Locales Contribution significative des populations via les comités de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Retard dans la mise en place des Fonds de dotation (FDD) et faible implication des CL dans le financement de la santé Vente illicite de médicaments en marge des circuits officiels PNA/PRA
Système d'information Sanitaire (Organisation, Supports, Utilisation (Rapportage et stockage)	<ul style="list-style-type: none"> Existence de logiciels de gestion des données et d'outils de gestion Existence de la carte sanitaire du Sénégal 	<ul style="list-style-type: none"> Faibles capacités techniques en SIG du nouveau personnel dans les structures sanitaires Irrégularité dans la remontée des données sanitaires. Absence des hôpitaux dans le SIG (EPS 3 et EPS 2) 	<ul style="list-style-type: none"> Existence de partenaires avec la volonté d'appuyer le SNIS 	<ul style="list-style-type: none"> Multiplicité des outils de collecte (chaque partenaire développe ses propres outils) Rétention chronique des données sanitaires au niveau des établissements du niveau périphérique Risque que les hôpitaux de District-EPS1 sortent de la discipline du SIG après les dérives constatées dans la mise en œuvre de la réforme hospitalière
Financement de la santé et Systèmes d'assurance Maladie et mutuelles	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'une stratégie de couverture du risque maladie adossée sur un mécanisme de solvabilité de la demande (Fonds de solidarité) en construction Existence d'une politique nationale de contractualisation de prestations de soins Existence d'une dynamique de mutualisation dans les régions de couverture de l'ex ASSRMKF et actuel PAMAS (expérience pilote AMEL) Existence d'unions de mutuelles régionales et de cadres de concertation 	<ul style="list-style-type: none"> Faible implication et participation des collectivités locales dans le financement de la santé. Faible viabilité fonctionnelle des organes de gestion des mutuelles. Faible opérationnalité des organes de gestion dans leurs rôles de représentation et de défense des intérêts des populations. Problème de viabilité financière des mutuelles communautaires Faible nombre d'adhérents Problème de prise en charge de la demande non solvable (prise en charge des indigents) Une offre de services peu attractive des MS (problème de la prise en charge des soins coûteux). 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'expériences pilotes favorables à une meilleure articulation de l'offre et de la demande (tarification forfaitaire dans un District appuyé par la CTB (Sokone) La création d'un fonds de solidarité au niveau national pour aider l'extension de l'assurance maladie 	<ul style="list-style-type: none"> Dispersion des initiatives des partenaires en matière de protection sociale des groupes vulnérables et faible coordination de leurs interventions Risque de financement non durable du fonds de solidarité Bénévolat, faible pouvoir économique des populations, lenteur administrative Non-inscription de dotation budgétaire pour les nouveaux districts (ex typiques : Birkelane, Malem Hodar et RM) Vision très restrictive de la demande liée uniquement aux mutuelles de santé, ce qui ne permet pas de travailler sur une perspective plus large.

2 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Ce programme est centré sur le renforcement des capacités du pays partenaire, afin de garantir un pilotage adéquat de la politique nationale de santé. Ce renforcement comprend les capacités au niveau central pour définir les politiques de santé et les capacités du niveau opérationnel pour les tester et les capitaliser par la suite pour le reste du pays.

2.1 Un programme d'appui unique au secteur santé : PAGOSAN + PAODES

Le PAODES est la deuxième intervention qui complète, avec le PAGOSAN, un programme global d'appui au secteur santé qui couvre 3 axes stratégiques : 1/ le problème de la gestion (gouvernance) des services à tous les niveaux du système, 2/ de la qualité des soins offerts («l'offre») et 3/ de l'accessibilité et de la qualité des soins telles que perçue par la population (la «demande»). Les deux interventions, ont été identifiées et formulées comme des entités séparées, mais sont conçues pour travailler ensemble de façon coordonnée. Le PAGOSAN s'occupant du premier axe sur la gouvernance et le PAODES de ceux liés à l'offre et la demande de soins.

Le DTF du PAGOSAN énonce clairement les concepts essentiels du cadre commun du programme qui restent valides pour le PAODES. Sans dupliquer sa description, nous devons cependant nous y référer tout au long de ce document pour clarifier les éléments communs et les spécificités de chaque intervention. A commencer par souscrire pour le PAODES les points contenus dans le chapitre 2.1. du PAGOSAN, à savoir :

1. La vision à long terme, et le fait que le programme s'inscrive ainsi dans une perspective d'au moins 12 ans, inscrits sur 3 PICS, avec l'avantage de la continuité des efforts d'amélioration du système entrepris.
2. L'accent mis sur l'harmonisation et coordination avec les autres partenaires actifs dans l'offre et la demande de soins dans les 5 régions de concentration.
3. La coordination intra-programme, de sorte que les deux interventions, travailleront de pair dans leur planification, leur budgétisation et exécution des activités, l'utilisation optimale du personnel technique, ainsi que pour réfléchir ensemble sur les éventuels changements à y apporter.
4. Les indicateurs du programme, qui suivront les indicateurs nationaux définis pour le PNDS et la SNEEG, obtenus au niveau des régions appuyées. Les indicateurs de la présente intervention seront harmonisés avec ceux du PAGOSAN, sans préjudice des indicateurs de processus, proposés afin de permettre de suivre spécifiquement les activités réalisées et les résultats atteints du PAODES.
5. Un alignement critique par rapport à la politique sectorielle, au travers un dialogue constructif, continu et critique avec le MSP. Le programme devra capitaliser les expériences à travers un système de 'monitoring et évaluation' poussé. Ainsi, bien qu'aligné, le programme doit contribuer à un dialogue

sectoriel critique avec le Ministère sur les enjeux et les faiblesses du système afin de faciliter des décisions stratégiques sur la politique sectorielle.

6. La collaboration avec le programme Bourses de la coopération belgo-sénégalaise.
7. La volonté d'évoluer avec le pays partenaire vers de nouvelles modalités d'aide : appui budgétaire, exécution nationale.

2.2 Principes de base et axes stratégiques de l'intervention PAODES

L'analyse du contexte a montré les aspects généraux et spécifiques de la situation du secteur santé et de la protection sociale au Sénégal, en particulier au niveau opérationnel des districts sanitaires dans les 5 régions. Les chapitres précédents ont dressé le panorama situationnel, avec ses problèmes identifiés, permettant de justifier le positionnement de l'intervention PAODES, dans une perspective de continuité de la coopération belgo-sénégalaise.

Sur cette base, la stratégie du PAODES sera basée sur quelques principes généraux desquels découleront les axes stratégiques inspirant les actions à entreprendre.

2.2.1 Les principes de base

- S'inscrire dans une **vision globale de district sanitaire** et de soins de santé primaires. Le système de santé doit permettre à chaque citoyen d'avoir accès à un paquet complet de services de qualité. Ceci suppose de concrétiser une série d'engagements tels que : soins de santé orientés sur le patient, paquet de service complet, accessible et intégré, avancées vers la couverture universelle, poste de santé jouant un rôle de proximité et assurant la porte d'entrée aux échelons supérieurs.
- **Approche systémique.** Il s'agit de conserver une vision globale du système de santé avec une action conjointe aux différents échelons, par contraposition à une spécialisation de l'aide qui a amené une fragmentation et un développement exponentiel de grands programmes verticaux liés à un groupe de maladies. Cette parcellisation va contre l'harmonisation des pratiques d'autant plus avec la compétition existante entre ces divers programmes pour accaparer un personnel de santé toujours surchargé, au détriment de ses tâches normatives. Mais surtout, ces programmes génèrent des oppositions avec l'organisation des soins de santé de base qui souffrent de cette concurrence déloyale, notamment en termes de salaires.
- **Vision complémentaire offre & demande.** Il faut amener les acteurs de l'offre et de la demande à comprendre qu'ils travaillent au même objectif. Il y a bien plus d'activités affectant les deux composantes que d'activités clairement distinguées. Pour des raisons pratiques, la majorité des résultats

et activités sera affectée à l'un des deux axes, mais le PAODES soulignera la bivalence offre et demande à chaque fois qu'elle s'applique (ex : système de tarification, notion de qualité, mapping sanitaire...).

- Contribuer à **stimuler les partenariats**. On ne peut espérer avancer à terme sur un système d'appui budgétaire (comme ambitionné par le PAGOSAN) sans un développement sérieux de la coordination entre ministère et partenaires techniques et financiers. La Coopération Belge est considérée par les partenaires et le ministère comme un acteur important au Sénégal. Elle a un rôle à jouer (1) dans la stimulation de la coordination au travers de son triple ancrage gouvernance, offre et demande, et (2) en tant que leader thématique reconnu sur ses champs d'actions spécifiques (ex : mutuelles et assurance-maladie à l'heure actuelle, possiblement chirurgie de district dans le futur, autres).
- La **flexibilité** L'exécution d'un programme complexe et avec des ambitions aussi vastes, suppose une grande flexibilité afin de saisir les opportunités dans l'exécution et de tenir compte des besoins locaux, de la capacité d'absorption locale et du contexte changeant. D'où que cette approche ne s'arrête pas à l'investissement dans le 'hardware', mais vise surtout à améliorer le 'software': la qualité technique et relationnelle des soins, la diminution des barrières pour l'accès, l'émancipation des prestataires de soins et des patients, le renforcement des capacités en gestion et organisation des services. Le tout ceci dans l'objectif de renforcer l'équité et la pérennité de l'intervention. La méthodologie et les modalités sur lesquelles est basé le programme, devront être en harmonie avec cet esprit.
- Comme déjà énoncé, ce programme respecte le modèle de '**double ancrage**': un ancrage au niveau central pour augmenter les capacités de définir des politiques en se basant sur les leçons apprises, et un ancrage au niveau opérationnel pour tester les politiques nationales à travers des expériences documentées dans les interventions sur le terrain et ainsi réalimenter le niveau central. Garder cette expertise 'terrain' est essentiel pour mieux orienter les politiques nationales.

2.2.2 Les Axes Stratégiques

Les principes de base énoncés devront inspirer l'ensemble des actions du PAODES. Ils vont se traduire dans des axes stratégiques fixant les domaines ou les activités vont se développer et découlant directement de l'analyse de situation réalisée dans la formulation.

Les axes stratégiques, qui guident les actions, sont les suivants :

- Augmenter la qualité des services, en la mesurant par la fixation et application des normes, par la complétude du paquet de service délivré par établissement de soins, par la mesure de la perception des usagers féminins et masculins des services de santé.
- Renforcer les capacités et les compétences. Les difficultés du système de santé confluent pour la plupart dans la situation de ses ressources humaines. Toute intervention sur les systèmes de santé qui ne tient pas compte des attentes et des besoins des prestataires de soins est vouée à l'échec. Une approche globale est nécessaire et urgente pour assurer une gestion des « ressources » humaines qui soit à la fois efficiente et de qualité. Le renforcement des capacités se déroulera en plein respect des principes genre.
- Augmenter l'accessibilité aux soins, tels que prévus dans un district selon les normes. S'il s'agit de promouvoir une meilleure accessibilité à des soins de santé de qualité pour femmes, hommes et enfants et de façon durable, alors il faut que l'organisation générale du système de santé y réponde le mieux possible.
- Renforcer le système de suivi et de contrôle appuyé sur des normes actualisées. Le système de régulation de la santé au Sénégal est largement insuffisant (ex : seuls deux inspecteurs de la santé au niveau national). Le PAODES s'efforcera, au niveau opérationnel, d'investir la régulation du système et la production d'information de qualité en vue de nourrir adéquatement les politiques au niveau central. Cela demande de valoriser la fonction de coordination et de supervision, afin d'assurer la finalité publique des activités, l'utilisation plus rationnelle des moyens et la synergie entre les différents échelons dans le système, entre les différents acteurs locaux et internationaux, privés ou publics dans le domaine de la santé, et entre les programmes verticaux et horizontaux. Le développement d'un monitoring plus spécifique en matière de genre sera une priorité.
- Promouvoir la recherche action sur le système de santé : « *Pour les anciens problèmes, essayer des solutions nouvelles* ». Une importante partie des activités peut être considérée comme des hypothèses de travail pour atteindre les résultats envisagés par le programme. Exécutée avec un esprit critique, munie d'exemples, dans des rapports scientifiques, la recherche sur le système de santé s'intégrera parfaitement dans les démarches du projet.

Particulièrement pour le volet demande et le développement d'une assurance maladie universelle, une approche 'scientifique' rigoureuse sera nécessaire. Plusieurs recherches-action seront proposées qui devront créer les conditions favorables à une telle initiative.

- Une Capitalisation systématique: Les résultats obtenus, avec la description du processus pour les atteindre, peuvent être utilisés par le MSP pour une application de certaines expériences positives au niveau national. Dans tous les textes, les districts sanitaires sont considérés comme la base du système sanitaire mais, pour le moment, encore trop peu de districts sont considérés comme 'fonctionnels' dans l'ensemble du pays. Le programme permettra non seulement de disposer d'une documentation du processus et des résultats mais aussi d'utiliser les districts réels comme lieux de stage pratique. L'expérience pratique et la documentation peut permettre au MSPM d'améliorer la mise en œuvre, voire même adapter la politique du système de santé basée sur le district sanitaire.
- Construire sur un socle ASSRMKF et PAMAS et PAGOSAN. L'ASSRMKF et le PAMAS ont initié des projets pilotes qui méritent d'être prolongés et réalignés de manière critique. Le PAMAS pose de plus la question de son intégration dans le PAODES (ou coexistence à ses côtés). Le PAODES a été conçu dans la continuité des acquis des projets belges précédents. Finalement, le PAGOSAN et le PAODES regroupent trois composantes sœurs que sont gouvernance, offre et demande de santé. Ils partagent les mêmes organes et principes de gestion.

2.3 Les bénéficiaires

2.3.1 Bénéficiaires directs

Les bénéficiaires directs de l'intervention sont l'ensemble du personnel de la santé, des entités liées à la demande (mutuelles et autres acteurs) et des collectivités locales des cinq régions de concentration. Ils feront l'objet de la plupart des activités prévues. Les formations et les changements dans l'organisation des services et la qualité des soins sont des bénéfices sur le plan personnel et au niveau du système de santé. Sur le plan institutionnel, le ministère de la santé sera, sans doute, le grand bénéficiaire de ce programme.

2.3.2 Bénéficiaires indirects

L'ensemble de la population des 5 régions de concentration, soit 4,66 millions d'habitants et 39% de la population totale du pays, sont les bénéficiaires indirects de l'intervention, et ceux vers qui les bénéfices durables du programme sont orientés en dernier ressort.

Les femmes et les enfants, étant les groupes qui fréquentent le plus les services de santé, seront ceux sur qui rejailliront en premier les améliorations de la qualité offerte des

services de santé publics.

2.4 Les partenaires au développement

2.4.1 Les partenaires de l'offre

Au niveau de l'organisation et la coordination de l'offre de soins, le programme belge (PAGOSAN/PAODES) complète l'intervention d'autres acteurs, notamment les agences de coopération bi- et multilatérales suivantes: l'OMS, l'UNICEF, l'USAID, l'UNFPA, la Banque Mondiale, la Coopération Luxembourgeoise, la BAD, la JICA et la GTZ (coopération allemande). Ces structures interviennent essentiellement en appui technique et financier.

Signalons aussi la présence d'autres intervenants et programmes belges partenaires.

Partenaires Technique et Financiers – PTF	Objet de l'appui en relation avec l'intervention
US AID	Renforcement du système de santé (organisation du système, financement de la santé, mutuelles, santé communautaire). Renforcement de l'offre de soins : première ligne et santé communautaire. Programmes VIH/SIDA, palu, TBC, etc.
OMS	Renforcement du système de santé (organisation du système, financement de la santé, santé communautaire). Renforcement de la gestion RH Santé et décentralisation Harmonization for Health in Africa (HHA)
Lux Development	Appui en santé de base, en particulier dans la santé reproductive, dans le Nord
Banque Mondiale	Système hospitalier, niveau national. Améliorer l'efficacité des dépenses de santé. Améliorer l'accessibilité financière aux services de santé. Appui aux mutuelles. HHA
FNUAP	Appui en génie civil et équipement Appui en santé et décentralisation/Appui en santé communautaire HHA
UNICEF	Appui en matière de financement et à l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé (particulièrement Cadre de Dépenses

	Stratégiques à Moyen Terme). Appui à la mise en œuvre du DSRP. HHA
JICA	Appui en santé communautaire en génie civil et équipements Organisation des services de santé et gestion des RH. HHA
MSI Sénégal	Marie Stopes International (MSI) assure la prestation de services de planification familiale et de santé sexuelle et reproductive. Interventions sur Dakar, Diourbel, Thies et Kaolack prévues.
La coopération municipale	Il s'agit de la coopération directe entre communes belges et sénégalaises, qui parfois comporte des éléments de renforcement des établissements de santé.
PEPAM	Programme de la Coopération Belge qui travaille entre autres à l'hydraulique et l'assainissement en milieu rural, en élargissant à l'appui à l'eau productive, pour un montant de 19 Mio EUR.

2.4.2 Les partenaires de la demande

Au niveau de la demande de soins et des mécanismes assurantiels, la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) est le partenaire institutionnel privilégié. En dehors de la CAFSP, un grand nombre de structures, nationales et internationales, offrent leur appui à la demande de soins. On peut les regrouper en:

Partenaire Technique et Financier	Zone d'intervention	Objet de l'appui en relation avec l'intervention
USAID : Associates	Abt Thiès, Kaffrine Kaolack, Sedhiou, Louga, Kolda, Ziguinchor	Appui à la création de 60 mutuelles de santé approche "une mutuelle par collectivité locale". Et aux associations à large base d'adhésion. Appui aux unions de mutuelles des régions concernées. Test sur prise en charge des indigents au niveau des mutuelles. Fin de programme sep ; 2011.
Coopération Française	Dakar	Assistance technique et logistique à la CAFSP Appui à l'Union des Mutuelles de Santé de Dakar de 2003 à 2005
BIT STEP	National	Appui à la constitution du régime de protection sociale du secteur informel. Appui méthodologique divers (ex: logiciel de gestion intégré). Fin de programme planifiée pour décembre 2010.
Lux Development	Saint-Louis	Mise en place de systèmes de financement solide (mutuelles de santé, autres)

	Matam Louga	solidaire (mutuelles de santé, autres). Fonds de solidarité en santé sur Matam
UNFPA	Tambacounda Kolda Kédougou	Appui technique à la mise en place de mutuelles de santé, avec un accent sur la santé de la reproduction. Modèle de mutuelles de santé à l'échelle de district sanitaire
Promotion des Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF)	Saint-Louis Diourbel Dakar (banlieue)	Appui à la mise en place de mutuelles de santé. Crédit revolving au niveau des mutuelles de santé afin d'améliorer la capacité contributive des membres
ENDA Graf	Dakar Ziguinchor	Mise en place, appui et suivi des mutuelles de santé. Projets de recherche action avec le CIDR Financement de crédit revolving des mutuelles
ACDEV	Dakar Fatick Louga	Mise en place de polycliniques communautaires. Appui à la mise en place et à la consolidation de mutuelles de santé dans 6 districts sanitaires
World Vision	Diourbel, Kaffrine Fatick, Kolda	Appui à la mise en place de mutuelles de santé. Expérimentation du couplage MAS-MIF des mutuelles pour améliorer la capacité contributive des membres et la performance des mutuelles.
GRAIM	Thiès Kaolack ? autres ?	Expertise et étude pour le développement de micro assurances santé et autres programmes de développement social.
PACTE	Ziguinchor	ONG relais dans le développement des MAS (via Abt Associates) Activités diverses sur des questions environnementales
Solidarité Socialiste	Dépendamment des contrats	ONG internationale collaborant avec différentes organisations locales de développement social (APROFES, Djoko, AJC3, les Associations villageoises bassaris, Enda Graf, Green Sénégal)
Association pour la Promotion de la Femme au Sénégal (APROFES)	National, et notamment à Dakar, Kaolack et Fatick	Défense des droits des femmes (violences faites aux femmes, autres). Appui au leadership féminin. Développement d'un système de couplage MAS-MIF.

		Développement d'un réseau de mutuelles. Mutuelle de santé appuyée par Solidarités Socialistes (pour la prise en charge des frais de fonctionnement de 2003 à 2008)
Fédération Nationale des Groupements d'Intérêts Economique (FENAGIE)	National, et notamment à Dakar, Kaolack et Fatick	Fédération constituée à la base de 800 GIE regroupant 16000 membres (pêche) Développement d'IMF et de certaines mutuelles de santé couplées
PAMECAS	National, et Diourbel, Kaolack et Fatick	Réseau d'épargne et de crédit Couplage MAS-IMF
ASUFOR	Diourbel Fatick Kaolack	Mise en place de mutuelles de santé à partir des ressources collectées dans les ASUFOR Programme d'accès durable à l'eau potable supporté par la Belgique

Il y a une multitude de partenaires : elles visent essentiellement les mutuelles à base communautaire. Peu de partenaires s'engagent dans le sens de l'intention de la politique nationale notamment le passage à l'échelle et à une assurance maladie universelle. L'approche actuelle de la majorité des partenaires risque de fragmenter davantage le paysage d'assurance maladie.

2.4.3 La coordination des partenaires

Le niveau de coordination et de concertation des partenaires est faible au Sénégal, pour un pays travaillant avec une diversité de partenaires et comptant de nombreux professionnels bien formés.

On compte principalement les instances suivantes:

- Réunion de coordination des partenaires. Elle rassemble exclusivement les partenaires techniques et financiers et se tient tous les 1^{ers} jeudis des mois pairs. Les partenaires échangent les dernières informations sur leurs activités et plans futurs, sans travailler à l'élaboration de programmes communs sur des thématiques principales.
- Réunion Annuelle Conjointe (RAC). Elle rassemble les ministères de la santé et des finances ainsi que l'ensemble des partenaires techniques et financiers. L'ordre du jour porte principalement autour du passage en revue du Cadre de Dépense Stratégique à Moyen Terme pour l'année écoulée.
- Comité Interne de Suivi. En théorie, ce comité est réservé exclusivement à la coordination des directions du ministère de la Santé. En pratique, il est souvent élargi à certains partenaires en fonction de leur implication sur les

sujets abordés. Il est convoqué tous les trois mois, sur l'initiative de la CAS PNDS.

Jusqu'à présent il n'y a pas le développement de groupes de travail techniques se réunissant régulièrement autour de thématiques communes (ex : RH, SIS, santé maternelle) pour avancer vers une harmonisation de leur planification et méthodes de travail. La seule exception concerne le VIH/SIDA, qui fait l'objet d'un groupe thématique continu.

Par ailleurs, le Sénégal a adhéré en décembre 2009 à l'initiative IHP+ (International Health Partnership). La note d'inventaire n'est pas encore disponible et le « Compact » n'est pas encore établi. Ce « Compact » a pour but de permettre au pays d'accélérer l'atteinte des OMDs en augmentant l'efficacité de l'aide par un partenariat accru entre le gouvernement et les partenaires. La tenue annuelle de missions conjointes entre le gouvernement et ses partenaires est une première étape dans cette voie.

L'initiative catalytique Harmonization of Health in Africa¹¹ (HHA) est également active au Sénégal en matière d'harmonisation des PTF contribuant au développement de l'approche sectorielle. La Belgique, également signataire de l'IHP+, s'engage de facto à respecter la charte de cette initiative au niveau des pays qui y ont adhésés.

Pour le programme Santé de la coopération belge, la composante PAGOSAN s'intéressera activement à la coordination des partenaires au niveau central et régional.

2.5 Localisation de l'intervention

L'intervention PAODES se déroulera pour le niveau opérationnel dans les régions de Thiès, Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine. Les activités seront mises en œuvre au sein des régions, dans les districts sanitaires, avec la prise en compte systématique des collectivités locales, tant par l'offre comme par la demande. La composante centrale (voir également le principe de double ancrage, point 2.2.1, impliquera une présence du projet au niveau du Ministère de la Santé.

Les 5 régions à soutenir par le programme sont situées dans le « bassin arachidier » à dominante agricole de rente, avec un tissu industriel très faible et des populations pauvres (Fatick) à très pauvres (Diourbel et Kaolack).

Les informations suivantes sur les 5 régions de concentration du PAODES ont été obtenues à travers la revue de la littérature et les ateliers régionaux de planification opérationnelle. Elles donnent un sommaire état des lieux par région pour mieux appréhender le contexte et cibler les actions futures. Cependant une évaluation préliminaire sera nécessaire au début du PAODES pour confirmer l'état des besoins. Sauf pour Kaffrine, abrité par un bâtiment en location, les quatre autres régions

¹¹ L'initiative HHA a été conçue comme une réponse aux recommandations de la déclaration de Paris. Il s'agit d'un mécanisme de coordination régional par lequel les partenaires (Banque Africaine de Développement, UNAIDS, FNUAP, UNICEF, OMS, Banque Mondiale) procurent à la demande une assistance en support technique et développement de capacités aux pays africains.

médicales disposent de locaux adéquats voire récemment réhabilités (Fatick, Kaolack, Diourbel et Thiès, dans une moindre mesure).

Le tableau ci-dessous résume l'offre de service du point de vue quantitatif avec des disparités importantes dans les plateaux techniques et les possibilités évolutives pour un accès géographique uniforme à des services de qualité. Y figurent de façon explicite les centres de santé de 1^{er} niveau (hôpital de district) qui sont passés en EPS1, et les nouveaux districts, dont le CdS doit évoluer à partir d'un poste de santé. En annexe un narratif par région est également joint.

Table 2 : Dispositif de l'offre de services dans les 5 régions ciblées par le PAODES

Région	Population	Départements	Districts	Hôpitaux (y compris CdS passés EPS1)		CdS (hors EPS1)	PS		
Diourbel	1 319 308 hbts	1. Bambey	Bambey	4	3	3	Diourbel		
		2. Diourbel	Diourbel				Hôpital National Touba / H Régional Diourbel	Mbacké	
		3. Mbacké	Mbacké Touba				EPS 1 Touba***	Bambey	
Fatick	627 804 hbts	1. Fatick	Fatick	7	0	5	Fatick		
			Dioffior				(1 hôpital régional est en construction depuis 2001, toujours inachevé)	Dioffior	
			Niakhar*				Foundiougne(Sonu)		
		2. Gossas	Gossas				Gossas (Sonu)		
		3. Foundiougne	Foundiougne				Sokone (Chirurgie)		
Passy* Sokone									
Kafrine	492 685 hbts	1. Kafrine	Kafrine	4	1	3	Koungheul (Sonu)		
		2. Malem Hodar	Koungheul				(Nouvelle région)	1 CS est passé	Birkilane,
			Malem Hodar*				EPS 1 de Kafrine***		Malem Hodar
3. Birkilane	Birkilane*								
Kaolack	757 743 hbts	1. Guinguinéo	Guinguinéo	4	1	3	Kaolack		
		2. Kaolack	Kaolack				HR Kaolack	Nioro (Sonu)	
		3. Nioro	Ndofane* Nioro					Guinguinéo	
Thiès	1 471 754 hbts	1. Thiès	Thiès	9	4	7	Thiès		
			Pout				Hôpital Régional Thiès / H Saint Jean de Dieu à Thiès (confessionnel)	Pout	
			Khombole				EPS 1 de Tivaouane***	Khombole (Sonu)	
		2. Tivaouane	Mékhé				EPS 1 de Mbour***	Mékhé	
			Tivaouane						Joal
		3. Mbour	Mbour					Popenguine	
			Joal					Thiadiaye(Sonu)	
			Popenguine Thiadiaye						
TOTAL	4 669 294			28	9	21	378		

* : Nouveau districts dont les CS sont restés presque à l'état de PS – donc à gros investissement. *** : CS qui sont passés EPS1

3 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

3.1 Objectif général

« L'état de santé de la population défavorisée des régions de Diourbel, Fatick, Kafrine, Kaolack et Thiès est durablement amélioré »

3.2 Objectif spécifique

« La population des régions de Diourbel, Fatick, Kafrine, Kaolack et Thiès bénéficie d'un accès équitable à des soins de santé de qualité et d'un bon niveau de protection sociale. »

3.3 Résultats attendus

3.3.1 Les résultats attendus sont au nombre de 10 : 5 pour le volet offre, et 5 pour le volet demande.

3.3.1.1 VOLET OFFRE de SOINS : 5 résultats

- Résultat 1 : « La qualité des services est améliorée. »
- Résultat 2. Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de la santé sont renforcées»
- Résultat 3: « Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance assurée selon un plan d'investissement global de chaque région »
- Résultat 4. Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplique au niveau national
- Résultat 5 : « « La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et entre les acteurs au niveau opérationnel, est renforcée ».

3.3.1.2 VOLET DEMANDE de SOINS : 5 résultats

- Résultat 6 : « Les mutuelles et unions de mutuelles existantes sont renforcées »
- Résultat 7 : « Des assurances santé de grande échelle sont développées sur deux zones pilotes »
- Résultat 8 : « Un système pluriel de cofinancement des Assurances Santé Universelles est mis en œuvre »
- Résultat 9 : « Le cadre juridique relatif aux Bureaux Régionaux d'Assurance Santé Universelle est créé et mis en œuvre »

- Résultat 10 : « Un modèle intégré de financement de la demande de soins est articulé autour des bureaux régionaux assurance santé universelle à travers un processus de capitalisation des expériences »

3.4 Activités à mettre en œuvre

Dans la description qui va suivre des actions prévues du PAODES, il faut prendre en compte ce que prévoit déjà le PAGOSAN, pour éviter les doublons et renforcer la complémentarité et la synergie entre les deux interventions. Pour cela, il n'est pas oisif de rappeler ici où va travailler chacun et dans quels domaines d'action, pour identifier les éventuelles zones grises de confluence entre les deux :

- Le PAGOSAN va travailler au niveau central et au niveau intermédiaire, les régions médicales. A chaque niveau, il se concentrera sur 3 grandes thématiques : le renforcement du cadre institutionnel et organisationnel, l'amélioration du processus de planification et la coordination, et l'amélioration de l'efficience dans la gestion des Ressources.
- Le PAODES est composé de deux piliers : l'offre et la demande. Par rapport à l'offre, il va travailler surtout au niveau des districts sanitaires (centres de santé de référence, centres et postes de santé), mais aussi au niveau régional (liens avec l'hôpital régional et les ECR) et au niveau central (appui à la Direction de la Santé). Dans l'offre, nous retrouvons 5 thématiques principales : l'amélioration de la qualité des services de santé, le renforcement des capacités des acteurs dans les districts, l'élévation du plateau technique des établissements sanitaires, la mise en œuvre d'initiatives innovantes, et le renforcement du contrôle et la supervision.

Volet offre de soins

3.4.1 Résultat 1 : « La qualité des services est améliorée. »

Historiquement, pour les professionnels de santé la qualité est liée à la qualité des soins cliniques, c'est à dire, fournir des soins techniquement compétents, efficaces et sûrs qui contribuent au bien être du patient. Cependant, la qualité des soins et des services de santé est, de fait, un concept multidimensionnel dans lequel participent plusieurs critères, dont la compétence professionnelle, la performance technique, l'innocuité, l'accessibilité, les relations interpersonnelles, la continuité des soins, la couverture/utilisation, et des caractéristiques diverses comme l'apparence physique de la structure, propreté, confort, et tout ce qui est important aux yeux des usagers.

Développer cette conception multidimensionnelle sera une des prémices essentielles que les responsables du PAODES veilleront à mettre en pratique, car elle induit dans tous les acteurs une réflexion plus globale, en sortant l'amélioration de la santé des seules questions liées aux carences de ressources, moyens et compétences du personnel, et en adoptant d'autres perspectives. De la sorte, on met l'accent dans la rencontre des points

de vue différents de tous les acteurs impliqués dans la qualité : les patients, les prestataires, les gestionnaires et la communauté, masculins et féminins.

Ceci est une autre façon d'expliciter l'axe stratégique de favoriser les ponts entre l'offre et la demande de soins.

Ce résultat comporte plusieurs activités :

Activité 1.1. Développer une démarche Qualité fonctionnelle dans les districts de santé au niveau des différents établissements sanitaires (hôpitaux, centres de santé, postes de santé) et leurs organes de gestion et de coordination.

L'amélioration de la qualité peut adopter différentes modalités. On pourrait faire une division entre (1) les approches « externes » qui appellent des compétences de l'extérieur pour mesurer le degré d'atteinte de normes préétablies, comme l'accréditation, et (2) les approches « internes » par lesquelles le personnel de l'établissement de santé, une fois formé, établit lui-même ses objectifs et priorités, s'organise pour les atteindre et en mesurer l'impact.

Cette activité se propose d'appuyer l'instauration de démarches internes d'amélioration de la qualité au sein des formations sanitaires en se basant sur la mise en application de l'Assurance Qualité (AQ).

L'approche AQ repose sur quatre principes: 1) la satisfaction des besoins et attentes des usagers ; 2) le travail en équipe ; 3) l'utilisation des données objectives nécessaires à l'analyse des systèmes de soins et de leur performance ; 4) L'amélioration continue des processus de soins et de gestion. Les résultats obtenus par cette méthode dans d'autres contextes confirment que la qualité n'est pas toujours liée à l'adjonction de ressources supplémentaires, mais repose souvent sur des mesures simples et peu coûteuses, bien adaptées au niveau et capacités de chaque établissement. Une attention particulière sera accordée à des problèmes environnementaux dès le début de l'intervention.

Ainsi, il sera démarré une dynamique centrée sur l'amélioration de la qualité par l'identification et la résolution des problèmes en équipe. La méthodologie s'appuie sur le personnel médical, d'hygiène et d'administration, y compris les représentants de la population bénéficiaire, regroupés au sein d'équipes multidisciplinaires. Celles-ci identifient les écarts entre les manières de travailler et ce que les normes (tant implicites qu'explicites) préconisent. Des outils et techniques spécifiques sont mis en œuvre pour combler ces écarts.

Les équipes d'amélioration de la qualité seront constituées par les agents travaillant dans les formations sanitaires, après une formation sur la méthodologie de résolution de problèmes en équipe¹². Les équipes recevront le soutien technique de facilitateurs de district formés. L'approche débutera avec un premier échantillon pilote, composé des hôpitaux de district (EPS1) dans chaque région et d'un groupe de 3 postes de santé par district pilote. L'objectif est d'arriver à accumuler suffisamment d'expérience pour que le programme puisse être étendu aux autres centres de santé dans un délai de deux ans.

¹² Méthode en 4 étapes génériques : identifier l'opportunité d'amélioration ou le problème ; analyser le système ; développer des hypothèses de changements ; tester les changements et interpréter les résultats.

Activité 1.2. Définir et ou actualiser le contenu des paquets de services par niveau de soins : paquet minimum d'activités, paquet complémentaire.

Il s'agit ici de définir et/ou actualiser les normes et standards liés à la fourniture des paquets de services dans les différents niveaux de soins. Corollaire de l'activité précédente, actualiser les normes est indispensable pour permettre de mesurer la qualité des services. Ensuite faudra-t-il élaborer et/ou actualiser le guide de référence des tâches des ECD, sous forme d'un manuel ; élaborer le guide de référence des tâches des hôpitaux de 1^{ere} référence (district), sous forme d'un manuel ; Elaborer ou actualiser le guide de référence des tâches des postes de santé, sous forme d'un manuel.

Ceci suppose la formalisation d'une ou plusieurs travaux de consultance avec des experts nationaux qui proposeront une méthodologie participative pour l'achèvement des guides. Par la suite, il faudra prévoir des ressources pour l'édition des manuels.

Activité 1.3. Accompagner les dynamiques développant le financement basé sur les résultats (FBR) pour les districts, en synergie avec les entités d'assurance maladie de grande échelle.

Cette activité se situe en ligne avec ce qui est déjà une initiative du MSP sur trois districts pilotes, dont Kafrine, et pilotée par la Direction de la Santé. Elle s'inscrit dans les actions visant l'amélioration de la gouvernance, déjà initiée par le PAGOSAN au niveau central et régional (contrats de performance) et découle aussi de l'application de la démarche qualité. Il s'agit de viser l'amélioration des ECD sur base de leur responsabilisation, en liant ses performances à un certain financement ou autres modes de motivation.

Il s'agira concrètement, d'élaborer et tester l'application d'accords écrits avec un petit groupe d'ECD (trois, nous semble un bon compromis) pour la réalisation d'une batterie de tâches mesurables par périodes trimestrielles.

Activité 1.4. Impliquer le personnel dans le développement de leurs formations sanitaires au travers des mécanismes adaptés

Cette activité est énoncée explicitement à part, mais doit faire partie de la démarche qualité mise en place, en appliquant la dynamique des équipes d'amélioration de la qualité par établissement sanitaire. Le travail en équipe présuppose de la direction des établissements l'adoption de modes de management participatif avec le personnel. Elle doit constituer une préoccupation première du travail d'appui technique de l'intervention aux districts et établissements de santé.

Cette activité, impliquera l'utilisation d'un fond pour des actions visant l'amélioration de la participation débouchant sur une meilleure motivation du personnel. Il ne s'agit pas d'offrir de l'argent aux agents de santé, mais bien d'appuyer des initiatives permettant la comparaison entre les performances et débouchant sur une forme ou autre de récompense, équipement, petit appareil, cadeau, etc.

Activité 1.5. Conduire des études et enquêtes alimentant la réflexion sur la qualité des soins et des services.

L'intervention mettra en œuvre des études pertinentes et des enquêtes de satisfaction

dans les hôpitaux régionaux, les centres de santé de référence fonctionnels et certains postes de santé. Ces enquêtes seront menées directement aux usagers des établissements de santé, lorsqu'ils ont fini d'utiliser les services. Pour ce qui est de l'hôpital, l'enquête inclura les consultations et les hospitalisations. Il faudra prévoir la réalisation d'une enquête annuelle durant 3 ans, permettant de voir l'évolution de la perception par la population des soins reçus. Elle servira de base pour l'établissement de décisions d'amélioration de la qualité dans les établissements de soins. A prévoir donc la réalisation d'enquêtes dans les HR de Thiès, Diourbel et Kaolack. De même dans les EPS1 existants dans les 5 régions et les districts pilotes offrant la chirurgie ou les SONU. Au total une douzaine d'établissements hospitaliers. Les enquêtes s'étaleront sur 3 ans, dont les deux premières on fera appel à un sociologue pour les coordonner et la 3ème année (et la suite), ce seront les ECD et celles des hôpitaux qui assumeront la coordination avec l'appui du programme.

3.4.2 Résultat 2. Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de la santé sont renforcées»

Le résultat 2 s'inscrit dans le 5^{ième} axe stratégique «développement des ressources humaines », le 7^{ième} « amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médico-chirurgicaux » et 8^{ième} « renforcement du système d'information et de la recherche en santé » du PNDS II.

L'ensemble du programme couvre les différentes dimensions de la qualité. Ce résultat propose des actions ayant un impact sur la compétence professionnelle et la performance technique du personnel, à commencer par la fonctionnalité des ECD de district, cheville ouvrière de la réussite de l'intervention.

Le programme d'appui soutiendra un plan de formation pluriel, combinant (1) des activités classiques de transmission de connaissance, (2) des démarches visant à l'auto-apprentissage et l'émulation entre partenaires, et (3) des techniques pour renforcer l'accueil du patient et la communication interpersonnelle. Le plan sera coordonné par l'équipe régionale, et viendra compléter les programmes de formation déjà supportés par le Ministère de la Santé. Particulièrement, les thématiques s'étendront aux problématiques soulevées (soins curatifs, gestion du centre de santé et de l'hôpital, réseau informatique, santé maternelle, techniques d'assurance qualité, etc.). L'ensemble de ces formations sera approuvé et restera sous l'autorité du Ministère de la Santé.

Au niveau des activités de transmission de connaissance, les activités du programme comprendront des ateliers thématiques de formations, appuyés par des guidelines et manuels de procédures distribués au personnel. Les démarches d'auto apprentissage comprennent des visites d'études auprès d'autres formations sanitaires du pays ou de la sous-région, et des stages d'une semaine pour plusieurs membres du personnel dans une autre formation sanitaire, pour confronter leurs méthodes et habitudes à d'autres contextes et pratiques de travail.

Activité 2.1. Développer la fonctionnalité des Equipes Cadres de District y compris

leur capacité managériale.

Les ECD sont le moteur pour rendre les districts sanitaires fonctionnels. Epauler les ECD pour mieux fonctionner, planifier et organiser les services sanitaires, ce sont une sinon la, activité principale quant à l'offre de soins, du projet. Le pari c'est toujours qu'en rendant les ECD plus fonctionnelles, cela rejaillira sur l'amélioration de la qualité des services et les performances des postes sanitaires et centres de santé. Après la fin du projet les ECD des districts doivent être capables d'utiliser l'expérience acquise pour continuer la gestion rationnelle et le processus d'amélioration de la qualité des soins. L'appui aux équipes cadres des districts se réalisera en étroite collaboration avec les ECR.

Activité 2.2. Identification des besoins et élaboration d'un Plan de Développement des Ressources Humaines par district, en articulation avec la région et le niveau national.

Il s'agit de lancer un processus par chaque ECD, avec l'appui de l'équipe technique PAGOSAN, pour élaborer dans chaque district les besoins en ressources humaines actuelles et les projections pour les 3 années à venir, en synergie et respect des plans nationaux et régionaux.

Activité 2.3. Mettre en œuvre le renforcement des RH (formation continue, bourse, type management, planification) pour les acteurs de la santé dans les districts.

Il s'agira d'appliquer le Plan de Développement des RH, en comptant avec la disponibilité des Centres de Formation Régionaux. Prévoir des ressources forfaitaires par région prenant en compte le nombre de districts et le nombre de différents établissements sanitaires, donne indirectement idée du volume de personnel par région.

- L'intervention assurera le renforcement des capacités du personnel médical et prestataire de soins. En comptant que les formations diplômantes (infirmiers d'Etat, sages femmes..) se font dans les CRFS, pour lesquels nous prévoyons un appui dans l'activité suivante, il s'agit ici de prévoir un paquet de formations de mise à niveau et actualisation du personnel médical en poste.
- L'intervention assurera le renforcement des capacités du personnel d'encadrement et gestionnaire. Il s'agit ici d'un paquet de formations adressées aux ECD et aussi aux comités de santé, qui sont chargés de la gestion des ressources. Ces formations seront également dispensées dans les CRFS.
- Un accent particulier sera mis sur le renforcement des capacités en genre du personnel de la santé et des planificateurs de Santé (stratégie 1.9.2 du SNEEG).

Cet appui aux CRFS est à distinguer de l'appui qui sera ultérieurement développé par le programme bourses pour le Sénégal.

Activité 2.4. Renforcer les centres régionaux de formation en santé - CRFS, en particulier dans la formation des sages femmes et des infirmiers d'Etat en vue de leur affectation dans les 5 régions appuyées.

Les CRFS sont des institutions liées à la DRH du MSP. Nous comptons les appuyer avec des investissements via un paquet d'équipements et matériel didactique pour les CRFS de Thiès et Kaolack, et pour le Centre National de formation du personnel de maintenance de Diourbel.

Activité 2.5. Renforcer au niveau opérationnel le système de monitoring et évaluation : SIS & autres sources d'information.

Malgré l'existence d'une Carte Sanitaire, qu'on actualise tous les cinq ans, le service central chargé du SNIS rencontre des difficultés chroniques avec la gestion de l'information sanitaire. En particulier la remontée de l'information depuis les niveaux périphériques au niveau central, aggravée en plus du fait que les syndicats l'utilisent comme monnaie d'échange dans ses conflits avec le ministère.

La carence d'information fiable rend aveugle les décideurs et constitue un obstacle majeur pour le développement du système sanitaire. Sur base des échanges avec les différents responsables, la mission propose une série d'actions à mener au niveau décentralisé, pour contribuer à appuyer la gestion du SNIS.

Etant donné que le renforcement du SNIS fait partie des actions du PAGOSAN, les responsables du PAODES prendront soin au démarrage de l'intervention, d'établir avec eux et le niveau central quelles sont les priorités à couvrir au niveau des districts et quelle est la part assumée par les autres partenaires.

Activité 2.6. Développer les capacités des acteurs en matière de recherche et de documentation.

Cette activité est l'expression de l'axe stratégique propre au PAODES qui s'oriente sur l'expérience directe dans les districts de solutions et projets au niveau local pour appuyer l'application du PNDS. Elle est liée de façon directe au renforcement du leadership de la Direction de la Santé, qui est responsable des activités de recherche opérationnelle en santé, une formation centrée sur la réalisation de la Recherche Action sera donnée aux équipes des districts. En pratique, elle sous-entend une capacitation des ECD et ECR pour la réalisation d'activités de recherche action dans leur circonscription.

Activité 2.7. Renforcer et fluidifier les mécanismes de financement des formations sanitaires dans les districts.

Les formations sanitaires sont fortement tributaires de la rapidité et de la prévisibilité des décaissements de l'Etat pour la conduite de leur activité. Or, comme dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, le circuit financier au Sénégal connaît des retards, des coupes et divergences face aux prévisions.

Le PAODES n'a aucunement le mandat de travailler à une réforme des circuits de financement. Toutefois les assistants techniques apporteront leur assistance au cours du programme pour identifier les causes de dysfonctionnement, formuler des propositions de solution, et contribuer à leur mise en œuvre.

Aucun budget spécifique n'est prévu pour cette activité.

Activité 2.8. Renforcer les mécanismes assurant la disponibilité des médicaments dans les districts sanitaires.

Cette activité s'inscrit dans le 7^{ième} axe stratégique du PNDS-II.

Le PAODES investira ici dans le renforcement de la gestion des médicaments par la réalisation d'évaluations conjointes avec la PNA sur la disponibilité des médicaments dans les 5 régions ; par des formations ad hoc les chargés de la gestion des stocks et des gestionnaires chargés de l'achat des médicaments dans les centres de santé ; par la conception et testing de systèmes de motivation pour les meilleurs gestionnaires d'un district.

3.4.3 Résultat 3: « Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance assurée selon un plan d'investissement global de chaque région »

Ce résultat s'inscrit dans le 6^{ième} axe stratégique du PNDS-II « renforcement des infrastructures, des équipements et de la maintenance ».

Des infrastructures adéquates sont la ressource indispensable pour l'offre des soins de qualité, car, non seulement c'est la place où les soins sont offerts mais sa présence et niveau de fonctionnalité impacte fortement sur la confiance de la population dans le système de santé et la motivation de son personnel. La première tâche du projet sera, en s'appuyant sur ce qui est déjà en train de se faire, d'établir un inventaire détaillé de toutes les structures, ce qui va contribuer en même temps à l'actualisation de la carte sanitaire des régions. Pour cette raison un budget détaillé ne peut pas être donné concernant cette activité. Une enveloppe sera prévue, son utilisation dépendra des priorités identifiées.

Dans ce cadre, nous devons déjà orienter les choix avec l'objectif d'augmenter de façon cohérente l'accessibilité aux soins.

- Un premier choix est basé sur le constat qu'il existe un réseau étendu de postes de santé mais peu de centres de santé avec capacité suffisante pour assumer le rôle de première référence pour le réseau de la première ligne. La priorité ira donc à élever le plateau technique des centres de santé pour qu'ils puissent offrir à la population un paquet de services le plus proche possible du centre de santé de référence, et dans tous les cas, pouvoir assumer convenablement la prise en charge des urgences.

- Un deuxième choix concerne les nouvelles constructions : Le PAODES ne prévoit, dans un premier temps, pas de construction de nouveaux établissements sanitaires et ce pour plusieurs raisons: 1/ le niveau atteint de couverture sanitaire théorique est déjà bon, 2/ la priorité doit être donnée au fonctionnement adéquat et à la performance des structures existantes. L'état a d'énormes difficultés à doter de personnel qualifié les structures sanitaires, à commencer par les postes de santé, ou certains sont encore fermés par manque de personnel. 3/ le niveau de première référence et l'administration sanitaire locale n'est pas dotée des ressources adéquates. C'est vers ce niveau que s'orienteront les priorités.

Activité 3.1. Contribuer à l'élaboration d'un Plan de Développement sanitaire à moyen et long terme par district et région, incluant l'augmentation du nombre d'établissements sanitaires, en particulier les hôpitaux de district. (à coordonner avec PAGOSAN).

Un plan à moyen terme fédérateur est nécessaire pour que les activités s'enchaînent dans un processus cohérent d'actions interdépendantes¹³. L'élaboration de ce plan sera basée sur la participation et implication des responsables sanitaires aux différents niveaux, et sous la forte impulsion des ECD et ECR. Il sera fait appel à des consultants nationaux et internationaux pour l'élaboration du Master Plan.

Activité 3.2. Etablir un plan pour les investissements à court terme

Le Master Plan détaillera les grandes orientations de développement à moyen et long terme. Son opérationnalisation se fera ensuite avec le détail des établissements à réhabiliter du programme et les étapes prévues. Il faudra commencer par réaliser une évaluation par région, menée par l'ingénieur génie civil, sur l'état des infrastructures, prioritairement l'état des centres de santé. Ceci servira de base à établir le plan d'investissements PAODES avec l'accord des parties prenantes (régions et niveau central).

Activité 3.3. Réhabiliter les infrastructures prioritaires, suivant le plan d'investissement;

Sont ici impliquées l'ensemble d'actions liées aux travaux de réhabilitation, à commencer par élaborer les dossiers d'appel d'offres et lancer les marchés pour l'attribution des travaux. Il sera très important que l'ensemble de ce processus bénéficie d'un pilotage étroit. Ainsi, il sera impératif d'établir un système de suivi des travaux avec un programme de sorties mensuel de l'ingénieur PAODES. La DEM y participera de façon périodique et les régions et districts seront associés au suivi régulier.

¹³ Il convient de répéter que l'appui belge au secteur de la Santé s'inscrit dans une vision long-terme, par l'engagement de rester pendant 3 PIC successif dans un même secteur. Il est donc important de disposer d'un plan moyen – long terme, qui pourra aussi guider les investissements pour les étapes ultérieures.

Cette activité impliquera un budget conséquent et consommera aussi pas mal de temps ; nous prévoyons cependant qu'elle ne dépasse pas la deuxième année de l'intervention. Pour cela, elle devra être inscrite comme prioritaire dès le démarrage du projet.

Activité 3.4. Etablir un plan d'équipements par district et région.

Cette activité comporte plusieurs étapes que nous avons décrites comme sous activités. Egalement, étant donné qu'elle va impliquer le lancement de marchés dont la durée conditionnera la fonctionnalité des services de santé, elle doit se constituer en priorité dès le départ.

Activité 3.5. Appuyer l'élaboration et mise en œuvre de Plans de Maintenance et de gestion des déchets médicaux par district.

- Les districts seront appuyés dans l'élaboration de leur propre plan de Maintenance et de gestion des déchets médicaux. A cet effet les plans de maintenance des régions de Fatick et de Kaolack pourraient servir de guide. Une attention particulière sera donnée au chef lieu de région (hôpital régional) et les districts avec hôpital fonctionnel. Il sera alloué un forfait pour l'acquisition de matériel et équipement pour les équipes de Maintenance et de gestion des déchets médicaux, là où elles existent (personnel affecté par le ministère). Il sera établi un système de suivi de la Maintenance préventive et curative, incluant des sorties régulières des équipes de maintenance vers les postes de santé.

Activité 3.6. Assurer la fonctionnalité d'un système de référence/contre référence stable y compris l'évacuation des urgences médico-chirurgicales.

- Après analyse de l'existant, il sera défini pour chaque région le système de fonctionnement des références à mettre en œuvre et l'appliquer. Cela comportera des investissements en matériel de communication et la mise en place d'une permanence à l'hôpital pour recevoir les communications. Des accords, via les comités de santé, avec des transporteurs privés pour se rendre disponibles si besoin en accordant un forfait par distance, sont aussi à envisager si pas d'ambulance ou même si elle existe, comme recours possible en cas de problèmes.

3.4.4 Résultat 4. Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplique au niveau national

Activité 4.1. Offrir de la chirurgie de district dans certains centres de santé. Cela impliquera la fourniture de compétences en chirurgie générale ou en SONU.

Il s'agit de mettre en place un plateau technique chirurgical y compris leur supervision,

dans les districts sélectionnés ayant des centres de santé de niveau 1 (Hôpitaux de District), et les rendre aptes à offrir des soins de chirurgie à la population. Les spécialités de soutien à la chirurgie devront également être développées ; il s'agit de l'anesthésie réanimation ; de la radiologie ; du laboratoire de biologie ; de la banque de sang. L'intervention investira dans du matériel didactique, le développement de programmes d'enseignement à distance et télémédecine, la conduite d'ateliers. PAODES cherchera à instaurer les synergies entre différents programmes développés dans la matière (ASSRMKF, SONU) tout en gardant à l'esprit les réelles priorités du système de santé et les ODM. Cette activité se déroulera en étroite collaboration avec les cadres du service Gynéco-Obstétrique et la chair de Chirurgie, qui assureront une supervision périodique. Un rapport sera produit après chaque supervision.

Activité 4.2. Garantir dans les districts offrant de la chirurgie ou les SONUC un paquet de services complet et continu propre du centre de santé de référence (plateau technique minimal, RH compétentes et formées, service des urgences, laboratoire, imagerie médicale, Maintenance & hygiène, réhabilitation/équipement, logistique, informatique, froid, électro)

Cette activité, bien que directement liée à la précédente, ce qui justifie son inclusion ici, est conceptuellement et du point de vue des ressources, étroitement liée au résultat précédent, le grand résultat des intrants (infrastructures et équipements). Il s'agit de garantir sur les centres de santé de référence sélectionnés, la disponibilité d'un paquet de services complémentaires adapté. La capacitation de ces centres de santé de référence concernera les infrastructures ; les équipements ; les ressources humaines et l'organisation du travail. Les spécialités de soutien à la chirurgie devront également être développées ; il s'agit de l'anesthésie réanimation ; de la radiologie ; du laboratoire de biologie ; de la banque de sang.

Etant donné les ressources nécessaires pour rendre fonctionnel un centre de santé de référence avec chirurgie, le PAODES devra, d'une part, assurer la fonctionnalité de l'existant, soit les centres de Sokone et Kaffrine, et d'autre part, la mise en place d'au maximum 5 nouveaux centres de santé avec plateau chirurgical (y compris SONUC). Sur base des consultations maintenues dans les régions sanitaires, les centres de santé de Tivaouane et Khombole (couvrant aussi population de Bambey), de la région de Thiès ; le CdS de Touba, dans la région de Diourbel ; le CdS de Nioro dans la région de Kaolack ; et le CdS de Kougheul dans la région de Kaffrine, seraient des candidats potentiels. A part cela, il convient d'inclure les centres de santé offrant les SONUC qui devront bénéficier des appuis structurels pour qu'un bloc leur soit rendu fonctionnel et apte à la pratique des césariennes.

Activité 4.3. Introduire une tarification par épisode de maladie (forfaitaire) dans des districts identifiés, en arrivant à le modéliser en vue de sa réplique.

La réalisation de cette activité comptera avec les données, informations et leçons obtenues par le projet ASSRMKF de l'expérience du district de Sokone. Expérience dont la continuité sera assurée par le PAODES. Elle se mettra en œuvre en articulant la

collaboration entre acteurs de l'offre et la demande de soins. Ceci va impliquer un paquet d'actions comme formations, équipements, supports de gestion particuliers, etc.

Il sera identifié 1 district par région ou nécessairement existe un centre de santé avec activité chirurgicale ou SONU. Ceci limite déjà les possibilités, notamment pour les régions de Kaolack (Nioro), Kafrine (Kafrine ou Kougheul) et Fatick (Sokone). Thiès et Diourbel devront décider et établir un choix. Dans tous les cas, il faudra s'assurer de l'engagement ferme du niveau central (comité de pilotage), de la région médicale, et surtout, avec le MCD, facteur déterminant pour l'implication de l'ECD et l'adhésion des acteurs à la nouvelle démarche.

Activité 4.4. Introduire des stratégies de prise en charge et de sensibilisation de certaines maladies chroniques et autres conditions médicales dans les districts.

Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en général, évoluent lentement. Responsables de 60% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète, HTA, ...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a prévu une croissance générale de 17% des décès dus aux maladies chroniques à travers le monde dans dix ans, et la plus grosse croissance sera observée dans les pays en développement. Les chiffres pour l'Afrique sont impressionnants : 7 millions de diabétiques en 2010 et 15 millions prévus en 2025, dont 1,1 million décèdent par an. Environ 80 millions de patients africains souffraient d'hypertension artérielle en 2000, et ils seront 150 millions en 2025. La croissance de l'HTA paraît étroitement lié au vieillissement de la population, mais aussi à l'augmentation du nombre de sujets obèses ou en surpoids.

Malgré ces constats alarmants, une majorité d'experts d'accordent pour affirmer que la communauté internationale ne reconnaît pas comme une priorité le problème des maladies chroniques et, particulièrement en Afrique, l'accent est toujours mis sur le paludisme et le SIDA.

D'un point de vue médical, les maladies chroniques sont essentiellement des maladies préventives. C'est à dire, qu'elles sont fortement influencées par les modes de vie de la population. D'où la nécessité, d'effectuer, à l'instar des pays développés, un énorme travail de prévention "aux niveaux individuel, local et national".

C'est tout le sens de cette activité, qui répond par ailleurs à la demande de la Direction de la Santé.

Pour l'essentiel il s'agira d'effectuer des actions de sensibilisation de façon consistante durant la durée du programme, en rapport aux comportements à risques dans la population liés aux maladies chroniques. La campagne utilisera des affiches à apposer dans tous les établissements sanitaires et des messages dans les mass media accessibles dans les 5 régions de concentration. Elle aura une composante adressée aux propres personnels de santé, comme premier groupe cible, et susceptible par la suite de transmettre les bons messages dans leur pratique en contact avec les patients et la communauté.

Par ailleurs, cette activité pourra s'étendre à d'autres thématiques, comme la lutte contre les mutilations génitales féminines, authentique problème de santé publique en Afrique subsaharienne tout en restant en cohérence avec la perspective de genre assumées par la coopération belge et le gouvernement sénégalais. Elle pourra s'étendre également à des thèmes comme la protection des femmes et adolescentes contre l' IST/SIDA, et la Santé reproductive.

Concrètement, il s'agira, au même titre que pour les maladies chroniques, d'engager des actions de sensibilisation au travers la diffusion de spots radio et l'élaboration d'affiches pour tous les établissements de santé des 5 régions.

Activité 4.5. Introduire un système de gestion des données sanitaires on-line à partir des districts.

Il s'agit de lancer l'accès à une base de données nationale via internet, à partir de chaque bureau de district (ECD) d'une région, pour y inscrire directement les données sanitaires du district. Cette expérience requiert des accords avec le niveau national et sera menée dans le plein respect du système actuel en vigueur et en concertation avec le SNIS, mais elle pourrait être tentée à Thiès, région qui jouit de bonnes communications et accès à internet. Attention sera aussi prêtée au respect des stratégies de la SNEEG, tout en veillant à ce que la base d'information soit désagrégée par sexe, et qu'elle détienne les informations sur les éléments genre et SR.

3.4.5 Résultat 5 : « La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et les acteurs au niveau opérationnel, est renforcée. »

Ce résultat implique des actions selon un axe vertical, pour améliorer la cohésion de l'offre de soins entre les niveaux central, régional et de districts, et un axe horizontal, pour l'amélioration de la cohésion entre les acteurs du niveau opérationnel.

1. Un premier groupe d'activités (5.1., 5.2., et 5.3.) est proposée pour l'atteinte d'une meilleure cohésion verticale au travers le renforcement de la supervision.
2. Un deuxième groupe d'activités (5.4., 5.5. et 5.6.) est prévue pour renforcer la cohésion horizontale des acteurs au travers le renforcement de ses organes représentatifs et les cadres de concertation existants.

Activité 5.1. Renforcer les capacités de la Direction de la Santé dans son rôle de coordination, en appui aux régions et districts sanitaires. Renforcer la fonction de supervision de la Direction de la Santé.

Cette activité vise à renforcer les capacités techniques et opérationnelles de la Direction de la Santé, qui est chargée d'assurer l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale. L'appui visera, plus particulièrement à renforcer la coordination des programmes de santé en vue de l'harmonisation de leurs interventions avec la

programmation des régions médicales et des districts, et à renforcer la capacité de supervision intégrée du niveau central vers les régions et districts sanitaires. Le rôle d'assurer le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de la Direction de la Santé, ne peut se concrétiser qu'au travers le renforcement de sa capacité de superviser, soit de venir de façon régulière sur le terrain pour appuyer les niveaux périphériques dans l'application de la politique de santé. C'est ce qui est proposé dans cette activité.

Présentement, la Direction de la Santé rencontre d'énormes difficultés pour remplir cette mission, liées à l'insuffisance voire à l'absence des moyens techniques et financiers qui sont indispensables pour sa réalisation. Actuellement, il n'y a que des supervisions liées aux intérêts particuliers des programmes verticaux (avec des moyens), comme le SIDA, le paludisme, la tuberculose, etc.

L'intervention appuiera l'amélioration des outils de supervisions (grilles de supervision, guides, ...) idéalement avant la fin de la première année, la rédaction, édition et diffusion de documents normatifs validés à mettre en pratique aux trois niveaux du système de santé.

L'intervention appuiera également un programme de supervisions du niveau central vers les 14 régions sanitaires du pays.

Activité 5.2. Renforcer les fonctions de supervision, suivi et contrôle : de la région vers l'Hôpital régional, des districts vers hôpital de district (y compris les EPS1) et postes de santé,

Il s'agit de lancer une pratique de supervision des hôpitaux par le niveau supérieur qui devrait permettre d'affiner une grille de supervision, aujourd'hui inexistante. Pour cela, il faudra composer une équipe intégrée par : a) la Direction des Etablissements de Santé-DES, b) des cliniciens d'hôpitaux nationaux (s'appuyer sur les collaborations avec la chaire de chirurgie et la clinique gynéco obstétricale, de la Faculté de Médecine), c) des membres de l'Equipe Cadre Régionale.

Parallèlement pour les districts, l'intervention appuiera les supervision des ECD ; Les activités de supervision et leur budgétisation doivent être incluses dans le plan d'action annuel du district. Cette activité viendra appuyer leur réalisation et sera prise en compte aussi dans une conception unitaire visant à lier les financements aux résultats des ECD. Une aide financière modeste pour les supervisions par le programme sera fixée en fonction des besoins de chaque district. Ces supervisions auront une inspiration intégrée autour du PMA et mettront l'accent dans les aspects formatif des agents de santé.

Activité 5.3. Appuyer les initiatives de supervision et prestation de soins de l'Hôpital Régional vers les districts (centres de santé de référence, centres de santé, ECD pour supervisions intégrées).

Dans la même logique, cette activité vise à renforcer l'implication de l'Hôpital Régional, où se trouvent les spécialistes cliniques rodés, dans l'amélioration des soins des prestataires dans les districts, en particulier dans les centres de santé ou hôpitaux de district. Cette activité, ou des spécialistes cliniques des hôpitaux régionaux viendraient au

district selon un programme régulier de sorties, prendrait deux expressions :

- En tant que prestataires de soins spécialisés, pour la réalisation d'interventions ou autres gestes cliniques ;
- En tant que membres de l'équipe de supervision pour renforcer les compétences cliniques des prestataires dans les centres de santé (ou centres de santé de référence).

De même, ces appuis seront considérés dans un paquet unifié négocié dans un accord avec l'hôpital régional et incluant la notion de financement lié aux résultats.

Activité 5.4. Améliorer la capacité gestionnaire des comités de santé et leur fonction d'interface réelle entre la population et le système de santé.

L'existence de comités de santé relativement fonctionnels est une des réussites du système de santé sénégalais. Rien n'est cependant acquis dans ce domaine, et les comités, dépositaires de la gestion des ressources des établissements sanitaires, sont de plus en plus réduits à leur rôle gestionnaire, en oubliant qu'il s'agit d'organes de représentation de la communauté devant servir d'interface avec les prestataires pour établir un dialogue visant l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins.

La responsabilité des membres des comités de santé ne s'arrête pas à la gestion et comptabilité mais doit aller beaucoup plus loin en intervenant, par exemple, dans la tarification des actes, dans l'organisation des services, dans l'établissement des bilans, l'affichage des prix des actes et des médicaments, etc. Une implication dans tous les domaines de leur service de santé, en défense des intérêts de la population.

Cette activité vise à renforcer les comités de santé dans ce double rôle. Sont envisagées des actions de :

- formation, tant pour les aspects gestionnaires comme de représentation, en donnant du contenu aux tâches précises et respectives des membres, figurant dans les textes.
- subvention pour les supports de gestion et l'organisation de réunions de coordination,

Activité 5.5. Renforcer la capacité des collectivités locales dans le domaine de la santé, et la redynamisation des Comités de Gestion.

Presque 15 ans après la mise en œuvre du transfert de compétences dans le domaine de la santé aux collectivités locales, l'élan espéré n'est toujours pas pris : le budget attribué à la santé par les collectivités locales reste en dessous des 9% prévus, des difficultés pour l'arrivée effective du Fond de Dotation via les CL est répétée avec insistance par les comités de santé, les plans opérationnels des collectivités locales et du district sanitaire se font en parallèle, etc. Ainsi, la nécessaire collaboration entre les CL et les formations sanitaires nécessite d'être fortement soutenue par les partenaires.

Cette activité, au même titre que la précédente, vise à renforcer la capacité des instances

propres aux collectivités locales et les équipes humaines les animant, pour améliorer la qualité de leurs interactions avec les acteurs de la santé, tant de l'offre comme de la demande. Les actions de renforcement porteront sur l'équipement si besoin et l'organisation de rencontres de coordination et des comités de Gestion, avec l'inclusion de représentants liés à la demande de soins organisée.

Activité 5.6. Stimuler un processus d'échange et d'apprentissage inter régions (inclus répliation de bonnes pratiques).

Pour capitaliser les expériences du terrain, les ECR organiseront des symposiums en invitant le niveau central, les autres régions, les partenaires et les Organisations Non Gouvernementales. Ces ateliers, permettront la dissémination de certains résultats du projet et contribueront au débat sur l'amélioration graduelle de la politique sanitaire, basée sur des expériences concrètes du terrain.

Volet Demande

Par rapport à la demande, le paradigme des mutuelles de santé est en train de changer rapidement. Les assurances maladie à base communautaire ont démontré leurs limites structurelles au Sénégal comme partout dans le monde :

- Les organisations basées sur la confiance locale à des individus volontaires charismatiques font que le passage à l'échelle n'est pas évident. Les adhérents ont confiance à l'un mais pas forcément à l'autre. D'ailleurs, déjà lors de la formulation du projet ASSRMKF, il était constaté que les initiateurs des mutuelles communautaires avaient beaucoup de résistance pour s'unifier si cela signifierait qu'ils perdent une partie du contrôle sur les fonds ;
- Les organisations basées sur le volontariat causent l'exclusion des soins hospitaliers du paquet de prestations à rembourser. Les négociations avec les autorités à ce niveau sont trop complexes et techniques pour aboutir. Sans organisme de contrôle, une surconsommation des prestations et prescriptions est constatée universellement dès que l'institution est au courant que la personne est assurée. Ceci met la base de la faillite certaine des mutuelles ;
- Le pouvoir d'achat de la population pauvre est tellement bas qu'une mutuelle non-subsventionnée qui doit couvrir l'ensemble du paquet de soins ne peut être viable sans poser une barrière financière à cette population ;
- Une adhérence volontaire mène immédiatement à un énorme 'turnover' des personnes adhérees, fait toujours constaté chez les assurances maladie à base communautaire. Une étude récente en Allemagne démontre que seulement 40% des allemands s'assuraient volontairement. Evidemment les couches de la population les plus riches et avec la meilleure santé (les jeunes adultes) sont les premières à se désolidariser, phénomène qui rend l'assurance maladie encore moins accessible aux populations pauvres.

C'est ainsi que le ministère de la santé a décidé de développer une politique d'assurance

maladie universelle. Il veut étudier la mise en œuvre pratique de cette nouvelle démarche et fait appel au PAODES pour les aider dans ce sens.

Les activités relatives à la demande vont néanmoins partir du niveau le plus décentralisé (mutuelles communautaires et collectivités locales) parce que certaines valeurs intrinsèques des mutuelles communautaires valent la peine d'être conservées. La transparence de la gestion, la participation communautaire, la proximité à la population et l'articulation avec les autorités locales qui reçoivent leur légitimité à travers des services qu'elles peuvent offrir à leur population, sont des exemples dans ce sens.

En même temps, le programme aidera le ministère à travailler à la construction d'institutions intermédiaire au niveau district et région (les antennes de districts et bureaux régionaux assurance santé universelle, voir infra), en vue de nourrir la réflexion au niveau central en matière de politique et de cadre juridique (CAFSP). Il travaille sur les thématiques suivantes : le renforcement de mutuelles communautaires, le développement d'assurance santé de grande taille, les mécanismes de subvention aux assurances santé, le cadre légal du financement de la santé et de l'assurance et le développement d'un modèle d'assurance santé que le ministère de la santé puisse répliquer sur un horizon probable .

Ainsi, tandis que le niveau opérationnel dans les districts sera du domaine du PAODES, les zones de confluence possibles avec le PAGOSAN se trouvent au niveau central et régional. Dans ces deux niveaux, bien que les thématiques soient différentes, des confluences peuvent se situer, peut être, dans le renforcement des capacités, dans l'élaboration d'outils méthodologiques ou dans l'intérêt de mener l'une ou l'autre étude ou initiative congruente avec les intérêts de chaque intervention.

C'est pourquoi, dans la description des activités du PAODES qui vont suivre, seront signalées les actions où des confluences avec le PAGOSAN sont envisagées, pour que les responsables de l'exécution du programme établissent en temps voulu, des arbitrages si nécessaire, entre les deux interventions.

Cinq résultats sont proposés pour le volet « Demande ».

Ils s'inscrivent en droite ligne avec les orientations politiques formulées par le Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP), et plus particulièrement la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP), dans son engagement à augmenter la couverture de la population contre le risque maladie et le développement d'un système d'assurance maladie universelle.

Pour ce faire, le MSP misait jusqu'à présent principalement sur le développement itératif de mutuelles communautaires, offrant un paquet de services concentré autour de la première ligne, gérées par des acteurs locaux bénévoles, et auxquelles la population adhérerait librement. L'hypothèse sous-jacente à ce modèle était que les mutuelles réussiraient progressivement à augmenter leur base d'adhésion et à se fédérer d'abord par district, ensuite par région, pour atteindre à terme le niveau national. Ce mouvement impliquerait une mise en commun de certaines fonctions (ex : gestion financière), l'extension de l'offre de services (ex : soins hospitaliers) et entraînerait mécaniquement

un renforcement de la viabilité financière des mutuelles.

Dans la mise en œuvre, deux problèmes majeurs se posent :

1. L'expérience au Sénégal montre que la grande majorité des mutuelles peine à se développer, avec une base d'adhésion qui stagne autour de quelques centaines de membres par mutuelle et une offre de services limitée. C'est également le constat d'une large littérature internationale dans des contextes similaires, qui documente et explique les difficultés à développer des mutuelles communautaires « pures » (sans supports et subsides extérieurs).

2. Tous les mécanismes de protection sociale en santé au Sénégal (mutuelles, plusieurs mécanismes de gratuité, autres) ont actuellement des modèles de fonctionnement différents. Ceci va à l'encontre d'un développement de mécanismes d'assurance maladie universelle projeté par le gouvernement. Dans une même idée, les acteurs mutualistes n'ont actuellement ni la capacité technique ni la crédibilité pour absorber des subsides extérieurs importants. Un changement à ce niveau demanderait une professionnalisation de la fonction (au moins au niveau régional). Le Ministère reconnaît l'inefficacité de cette diversification d'approches et la difficulté opérationnelle de coordonner ces initiatives variables et géographiquement éparpillées et donc de construire sur cet existant pour passer à l'échelle.

Pour faire face à ces problèmes, le ministère de la santé explore des modalités opérationnelles alternatives aux orientations prises jusqu'ici. Elles peuvent se résumer en deux idées maîtresses illustrées par deux figures ci-dessous.

1. Centraliser les financements de la demande sous une institution assurantielle unique.

A l'heure actuelle, l'ensemble des financements et leurs modèles de déboursement sont séparés (mutuelles communautaires ; programme Sésame pour les personnes âgées ; système de gratuité pour les accouchements ; autres).

Il y a ces dernières années un mouvement en faveur de la fédéralisation des expériences et modèles opérationnels : les mutuelles sont appelées à se regrouper sous des Unions de mutuelles (mécanisme que le programme PAMAS supporte) ; le ministère désire regrouper l'ensemble des programmes de gratuité sous un fonds de solidarité unique ; un mécanisme de réassurance des mutuelles est en réflexion sous l'impulsion du règlement communautaire sur la mutualité sociale initié par l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA)

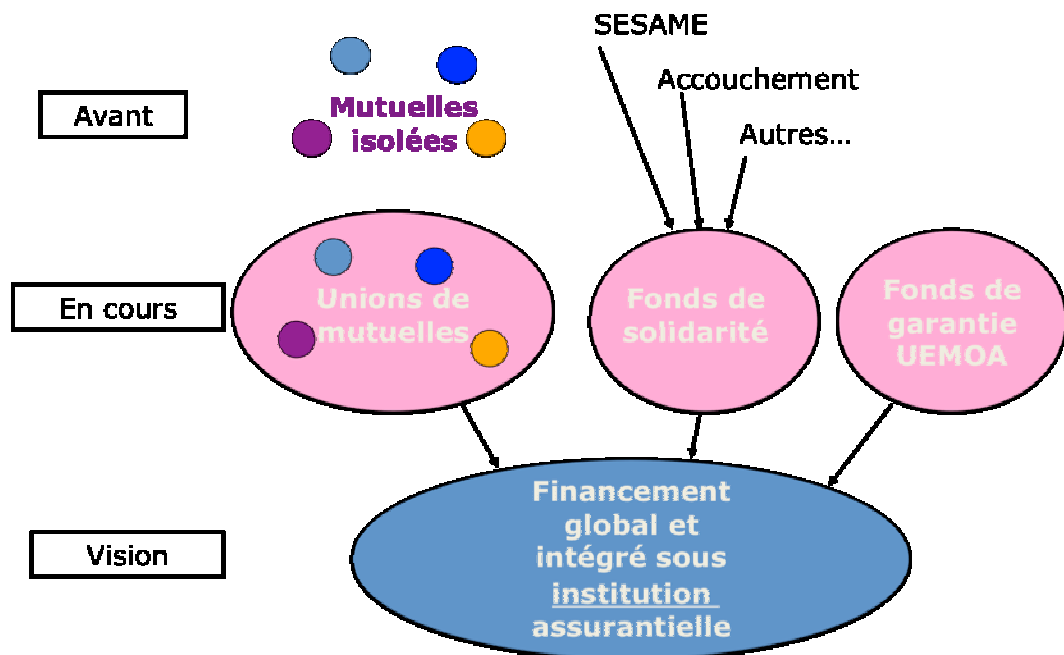


Figure 5 : schéma de l'évolution vers une Assurance Santé Universelle

Le MSP espère pouvoir pousser cette logique un pas en avant avec l'aide de l'intervention belge en testant la centralisation de la gestion des différents financements à destination de la demande sous une institution unique. L'objectif serait de créer des économies d'échelle, renforcer l'attractivité de l'assurance et son offre de service, clarifier et solidifier les flux de financement, en vue d'une meilleure équité et efficacité dans la distribution des ressources auprès de la population.

Une approche de recherche-action ("learning by doing") et une vision vraiment à long terme (10 à 12 ans) sont nécessaires. La politique actuelle, par manque d'expérience pratique au Sénégal mais aussi internationalement, devra accepter un degré d'incertitude dans ses actions qui poussent le ministère inévitablement vers une démarche graduelle et scientifique. La création de nouvelles institutions n'est pas un exercice simple non-plus et le fait de toucher à un niveau intersectoriel (l'implication des autorités locales est obligatoire) est un facteur supplémentaire dans ce sens.

Plusieurs études (à mener individuellement ou de façon groupée sous une grande étude de faisabilité, et en bonne et étroite collaboration avec les attachés de coopération de l'ambassade de Belgique) sont nécessaires pour créer les connaissances et conditions préalables à l'initiative :

- Etude sur le statut et l'ancrage d'une ASU professionnalisée.
- Etude sur l'articulation entre les autorités locales et sa population dans le cadre d'une adhésion obligatoire de la population à l'ASU, y compris l'articulation avec les mutuelles communautaires existantes éventuelles. Cette étude devra déterminer également si l'unité d'adhésion sera la famille ou le village entier et déterminera comment les fonds pourront être transférés.

- Etude sur l'articulation de l'ASU avec les mutuelles communautaires existantes. Bien que ces mutuelles ne représentent actuellement qu'une très petite minorité de la population, la participation communautaire à ce niveau est une valeur à préserver dans la conception d'une ASU. Ceci devrait cadrer la transparence de gestion et de décision nécessaire. Cette étude et la précédente seront guidées et encadrées par les experts de décentralisation de la CTB. Cette étude devrait solutionner la tension qui existe entre la transparence et la participation communautaire d'un côté et la professionnalisation de l'autre, résultant dans une proposition nouvelle qui unifie les valeurs de chacune des démarches.
- Une étude sur les mécanismes de gestion financière et de contrôle financier des ASU et leur mise en place graduelle, dans l'objectif de réduire les risques fiduciaires et de donner aux ASU les outils nécessaires pour gérer les problèmes : cette étude définira les mécanismes nécessaires à une gestion financière suivant les normes et standards dans la matière.
- Une étude sur la tarification forfaitaire, initialement dans les districts sanitaires pilotes (le Sénégal, grâce au projet ASSRMKF, en a déjà l'expérience) pour permettre la subvention de soins rationnels.
- Une étude sur les démarches de négociation et de contrôle de l'ASU avec les services de santé.
- Une étude sur la restructuration de la participation communautaire au niveau des services de santé et notamment au niveau des postes de santé. En effet, pour créer une transparence de gestion et une bonne compréhension des droits des utilisateurs inscrits dans l'ASU, une interaction structurée et différente du dialogue de routine devra être établie.
- Une étude sur les stratégies de garantie d'une durabilité financière¹⁴.

Les résultats des études seront présentés à toutes les parties prenantes, et également au comité des partenaires, qui les appréciera en vue de la mise en œuvre du volet demande.

2. Création de bureaux régionaux d'Assurance Santé Universelle.

Plutôt que d'attendre que les mutuelles se fédèrent et mutualisent leurs fonctions les plus complexes, le ministère demande un appui du PAODES pour créer un bureau régional d'assurance santé universelle professionnalisé, qui soit considéré par l'ensemble des partenaires (Etat, PTF, population) comme un acteur crédible pour gérer les ressources allouées au financement de la demande (cotisations des mutualistes, financement de la gratuité, autres). Le financement par le PAODES de la création de ces bureaux sera conditionné par des résultats probants et validés par le comité des partenaires, des

¹⁴ Cette étude pourra se faire dans une phase ultérieure, en étroite collaboration avec l'expert en économie de la santé, voir point 7.4.2

différentes études citées sous le point précédent.¹⁵

La Figure 6 schématise ce que pourrait être la structuration à terme (horizon à 8 – 12 ans). Elle illustre les différents niveaux d'organisation voulus avec dans les encadrés à droite les principales tâches octroyées à ces niveaux.

A ce niveau aussi et surtout dans la phase initiale, plusieurs incertitudes par rapport à leur mise en œuvre restent importantes. Les modalités opérationnelles et l'identification des tâches des acteurs aux différents niveaux devront se déterminer au fur et à mesure dans un cadre de recherche-action de nouveau. Le ministère compte en large mesure sur la coopération belge pour prendre une bonne partie du risque opérationnel au début du processus, mais s'engage à graduellement reprendre les coûts y référents dès qu'une certaine routine s'installe qui permet de conduire des négociations intersectorielles.

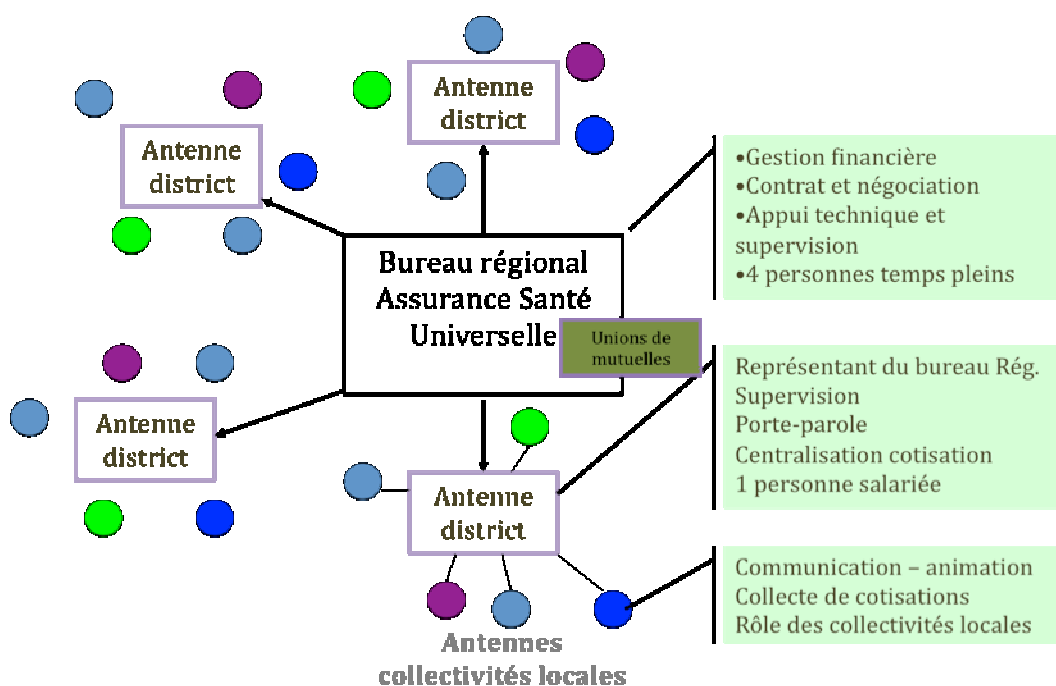


Figure 6 : modèle schématique du Bureau Régional ASU et ses antennes.

La première esquisse détaille trois niveaux de compétences :

1. Bureau régional d'assurance santé universelle. Il serait composé de trois professionnels bénéficiant d'une rémunération attractive aux standards sénégalais et intégrant les compétences suivantes : (1) gestion assurantielle du risque maladie ; (2) médecin-conseil ; (3) sociologue. Une autre fonction rémunérée est prévue au titre de secrétariat comptable ou autre. Les personnes engagées se chargeraient des fonctions complexes de l'assurance santé, à savoir la gestion financière y inclus des ressources

¹⁵ Après validation par le comité des partenaires des résultats émanant des études.

externes (fonds de gratuité, subsides aux assurances-santé) ; la contractualisation avec les prestataires et la négociation sur la nature et la qualité des services ; et l'appui technique aux organes assurantiels inférieurs.

2. Antenne de district. L'antenne de district serait chargée d'assurer le relais entre bureau régional et le niveau local, et vice-versa. Elle serait animée par une personne salariée en lien permanent avec les antennes locales. Elle serait en charge de la supervision des antennes des collectivités locales, de remonter les préoccupations des antennes et les cas critiques rencontrés dans les relations entre assurés et services de soins, et éventuellement de centraliser et remonter une partie des cotisations.

3. Antennes par collectivité locale. Les antennes par collectivité locale sont à l'échelon des mutuelles communautaires rurales actuelles. Elles en reprennent certaines attributions (bénévolat, proximité, volontariat) et seront probablement dans un premier temps formées à partir des mutuelles même. Les fonctions ont par contre été ramenées aux capacités que l'on peut raisonnablement attendre d'acteurs locaux avec un niveau d'éducation moyen à faible, à savoir l'animation du réseau mutualiste / assurantiel et la collecte des cotisations. A terme, les fonctions pourraient s'intégrer dans les attributions des collectivités rurales (en tant qu'échelon administratif). Cela permettrait notamment de faciliter un système d'assurance santé « obligatoire » avec collecte des cotisations par l'autorité administrative.

Une telle structuration prendra un temps considérable à se mettre en œuvre. Sur la première période de financement PAODES, l'ambition est de démontrer la faisabilité de deux bureaux (sous) régionaux, implantés dans deux des cinq régions supportées par le programme, et encadrant les programmes mutualistes / assurantiers de deux à trois districts chacun.

Le concept d'assurance santé de grande taille influence fortement la structuration des résultats suivants. Il figurait déjà dans le DTF du PAMAS. Dans la pratique, le PAMAS s'est principalement concentré, avec un certain succès, sur les orientations opérationnelles prônées par la CAFSP. Le PAODES donne volontairement plus de relief à cette conception alternative, qui semble la plus à même de soutenir l'agenda politique du ministère. Le côté exploratoire (ou pilote) de l'approche exige cependant d'avancer avec prudence et de valoriser les acquis.

Ainsi, le résultat 6 s'inscrit en continuité avec l'héritage PAMAS, en soutenant le renforcement opérationnel et institutionnel des mutuelles de santé communautaires précédemment supportées par le PAMAS 1 dans les zones non concernées par l'approche d'assurance santé de grande taille. Le résultat 7 porte sur la création de bureaux régionaux d'assurance santé universelle fonctionnels, tels que décrit précédemment. Le résultat 8 s'inscrit en continuité avec le PAMAS 2 via l'intégration des subsides et cofinancement externes au sein de l'assurance santé de grande taille (en particulier les fonds d'extension de l'offre de services (matching fund) et le développement de système de fonds d'équité pour favoriser l'accès aux soins des plus pauvres). Les résultats 9 et 10 cherchent à sécuriser la répliquabilité et le financement à long terme de l'approche d'assurance santé de grande taille via la clarification du cadre juridique et le développement itératif d'un modèle pouvant être intégré et répliqué par le gouvernement avec le soutien de partenaires techniques et financiers.

Il est clair que par rapport à la demande, le ministère se lance dans une démarche complexe et long-terme. Avec le PAODES on ne compte pas réaliser le produit final mais se propose de :

Créer une bonne partie des conditions préalables telles que décrites plus haut :

- De mieux comprendre les démarches additionnelles à prendre dans une deuxième étape
- De mieux comprendre et de partager avec les acteurs à tous les niveaux le modèle futur vers où le système d'ASU devrait / pourrait évoluer. (formation sur les analyses et leçons apprises dans les 2 premières années)

Mitiger les risques opérationnels à travers plusieurs mesures :

- Un appui technique externe du processus avec des consultants internationaux dès le début de l'intervention. Cet appui technique apportera entre autres les compétences nécessaires pour une démarche scientifique et de recherche-action.
- L'appui technique externe sera complété par une équipe d'experts internes à la CTB, constituée de 2 médecins santé publique, un expert en science politique pour couvrir les aspects de décentralisation, un expert sociologue pour les aspects de participation communautaire, un expert économiste pour les aspects de gestion et de comptabilité et un spécialiste en organisation institutionnelle pour le statut juridique des bureaux régionaux assurance santé universelle. Cette équipe réalisera au moins 2 missions par an pour un backstopping régulier de l'intervention (pas nécessairement l'entièreté de l'équipe). A chaque mission, les TDR seront écrits par l'équipe projet et soumis aux attachés. L'équipe technique partagera ses constats régulièrement avec les attachés belges et les groupes de coordination sectoriels afin de renforcer le dialogue politique.
- Un appui technique à travers une expertise pointue et internationale pour toutes les études énumérées. Les consultants apporteront des connaissances pointues par rapport aux différentes problématiques que les études devront adresser.
- Une étude indépendante avec des consultants externes après deux années d'intervention sous coordination conjointe du MSP, la CTB et les attachés. Cette étude fera le bilan objectif des progrès réalisés, déterminera les engagements pris par le gouvernement jusque là pour prendre graduellement la relève de l'initiative (ceci dans le cadre d'un souci de pérennisation des initiatives) et des recommandations éventuelles pour de nouvelles initiatives et détermination de nouveaux engagements concrets des différents acteurs impliqués. Dans le cas d'un bilan négatif, cette mission proposera une réorientation en profondeur de l'appui global.
- La conduite d'audits annuels.

3.4.6 Résultat 6 « Les mutuelles et unions de mutuelles existantes sont renforcées »

Le résultat 6 vise à soutenir le renforcement opérationnel et institutionnel des seize mutuelles communautaires et de leurs structures faïtières (quatre Unions de Mutuelles, un Cadre de concertation locale à étendre aux autres districts) précédemment supportées dans le cadre du programme PAMAS 1. Tel que formulé, il ne vise pas à supporter le développement de nouvelles mutuelles.

Les activités supportées sont les suivantes.

Activité 6.1 Apporter aux structures faïtières et aux mutuelles existantes le soutien humain, matériel et méthodologique nécessaire à leur développement et leurs fonctions de représentation

L'intervention soutiendra la création de cadres de concertation locale dans les régions qui en sont dépourvues. Il s'agit en l'occurrence de toutes les régions, sauf Fatick qui bénéficie déjà d'un Cadre de concertation locale fonctionnel. C'est également la seule sous activité de « création » prévue sous l'activité 6.1. Elle continuera à soutenir le fonctionnement des mutuelles existantes, principalement par le support sur les méthodologies et outils de travail, accompagné d'un petit budget de fonctionnement pour les dépenses courantes. Elle soutiendra le fonctionnement des structures faïtières. Cela concerne tant les Unions de mutuelles que les Cadres de concertation locale¹⁶. Comme pour les mutuelles, cela implique un soutien méthodologique et un petit support budgétaire pour les frais de fonctionnement. A cela s'ajoute le paiement du salaire du gestionnaire de chaque Union de mutuelles. Finalement seront organisés des ateliers d'échanges d'expériences, méthodologies, outils, entre unions de mutuelles, avec participation des présidents de mutuelles.

Activité 6.2 : Accompagner les institutions mutualistes dans l'acquisition des compétences nécessaires à leurs fonctions de gestion et de promotion du mouvement mutualiste

Le PAMAS a déjà permis une bonne standardisation des procédures et outils, allant jusqu'à la mise en fonction d'un programme informatisé commun à toutes les mutuelles conçu par le BIT/STEP. L'idée est donc maintenant plus de consolider les acquis, stimuler l'apprentissage mutuel et la créativité par l'organisation des ateliers d'échanges sur les expériences, méthodes et outils, par des formations adaptées aux besoins des acteurs, par des visites d'expériences de mutuelles dans d'autres régions et par des échanges entre pairs.

¹⁶ Unions de mutuelles et Cadres de concertation locale doivent être distingués : (1) l'Union de mutuelle est un organe représentatif élu par les mutuelles au niveau régional, et jouant un double rôle de représentation du mouvement mutualiste et de soutien technique / méthodologique aux mutuelles auxquelles il est redevable ; (2) le cadre de concertation offre un espace de dialogue sur les questions de mutuelles entre les organes mutualistes même et l'ensemble des acteurs de la santé (prestataires, autorités administratives, partenaire, autres).

Activité 6.3 Soutenir les Unions de Mutuelles dans leurs fonctions de suivi des mutuelles, de coordination et de communication

Les quatre régions médicales précédemment soutenues par le PAMAS ainsi que la région de Thiès bénéficient d'Union de mutuelles relativement fonctionnelles en comparaison avec le reste du pays. Le PAODES continuera à les appuyer dans leur activité classique de suivi et supervision des mutuelles sous leur responsabilité.

Activité 6.4 : Participer activement au développement de stratégies de communication auprès de la population, des prestataires et autres partenaires

Les mutuelles sont constamment confrontées à des difficultés pour attirer de nouveaux membres ou conserver l'intérêt de membres existants. Pour certains, cela répond probablement à des arguments rationnels (ex : paquet de services trop limité, manque de confiance dans les capacités des gérants de la mutuelle), pour d'autres, il s'agit d'un manque d'information.

Activité 6.5 : Soutenir la création et/ou le développement des Cadres Régional de Concertation par Région

Au moment de la formulation, seule la région de Fatick disposait d'un cadre régional de concertation. Il s'agit d'un organe important pour animer le dialogue entre mutualiste, autorités sanitaires, administratives et autres partenaires (société civile, autres). Le PAODES supportera l'extension de l'approche dans les quatre autres régions, ainsi que le fonctionnement des cadres régionaux de concertation dans les cinq régions.

Activité 6.6 : Soutenir le test de modèles alternatifs de mutuelle / assurance santé, ainsi que de stratégies d'extension de la couverture du risque maladie

- Différentes stratégies alternatives ont été testées / envisagées sous les programmes ASSRMKF et PAMAS en fonction de leur effet potentiel sur le mouvement mutualiste. Le PAODES mise principalement sur le développement d'Assurance Santé Universelle (ASU) de grande taille. Toutefois un budget est maintenu pour supporter la recherche d'alternatives visant à augmenter la base d'adhésion aux mutuelles.

3.4.7 Résultat 7 : « Des assurances santé de grande échelle sont développées sur deux zones pilotes »

Ce résultat porte sur le développement institutionnel d'une structure ayant la capacité et la crédibilité de gérer une diversité de sources de financement de la demande au profit de la population. Les autres questions (sources de financement, aspects légaux, viabilité à terme) sont traitées dans les résultats suivants.

L'enjeu est important. De l'existence de cette structure dépendront les autres résultats du volet demande. Durant les deux premières années, le résultat 7 va donc mobiliser une grande partie de l'attention, initialement essentiellement préparatoire. En effet, comme déjà mentionné plus haut, un énorme travail préparatoire reste à faire avant d'aboutir à l'action concrète de création d'un bureaux régionaux assurance santé universelle. leur création dans 2 endroits pilotes ne commencera pas avant la deuxième année et leur démarrage effectif sera très graduel puisque ces institutions doivent d'abord installer les outils de gestion, une formation et circulation d'information doivent se réaliser au niveau de tous les acteurs concernés, une planification faite, fixation d'une tarification négociée, etc. La manipulation de fonds et l'assurance effective avec des paiements effectifs des prestations démarreront durant la troisième année de l'intervention seulement.

Les premières étapes peuvent être relativement cadrées. Elles consisteront à choisir les zones pilotes les plus appropriées et à doter au sein des régions médicales les Bureaux Régionaux d'Assurance Santé Universelle des moyens nécessaires à leur fonction (activité 7.1 & 7.2). Le chemin que prendront les activités suivantes dépendra largement des résultats des études préparatoires et les réflexions autour de leur statut légal, l'organisation administrative et financière et l'interaction avec la communauté et ses représentants.

Le développement des Assurances Santé Universelles (ASU) sera l'objet d'un processus itératif de réflexion et négociation entre l'ensemble des acteurs. Il s'agira de trouver un point d'équilibre entre une dynamique sociale (représentation de la population et défense de ses intérêts) et les exigences techniques et administratives des partenaires (crédibilité en tant qu'agence de déboursement pour les bailleurs ; crédibilité en tant que partenaire contractant auprès des prestataires et des autorités sanitaires). Le rôle des acteurs influant sur les bureaux régionaux assurance santé universelle devra être clarifié. Cela concerne notamment les collectivités locales. Une consultance du siège en matière de gouvernance clarifiera le rôle qu'elles peuvent et/ou veulent jouer.

Dès lors, il est probable et même souhaitable que les bureaux régionaux assurance santé universelle adoptent des modalités légèrement différentes dans les deux régions d'implantation en fonction des spécificités du contexte et des acteurs. Cela enrichira la réflexion et les recommandations à fournir au niveau central sous les résultats 9 et 10.

Activité 7.1. Mener les études et ateliers nécessaires à la sélection et au plan de développement de deux zones pilotes de 1 à 3 districts à placer sous Assurance Santé Universelle selon des critères préétablis

A priori, le concept d'assurance santé universelle devrait être mis en œuvre dans des zones où il a le plus de chance de mener à des résultats positifs, tant pour l'apprentissage que cela représente que pour stimuler la répliquabilité de l'approche (il serait difficile de plaider une extension d'une approche qui a eu des résultats décevants). Ceci implique le choix de zones qui « fonctionnent bien ».

Il est plus que probable que les critères de choix de la zone¹⁷ incluent au moins :

-L'existence d'une offre complète de service de qualité satisfaisante, y compris au niveau hôpital de district (et possiblement régional) : il n'y aurait pas de sens de stimuler le développement d'une ASU dans une zone où les patients n'ont pas d'intérêt à consulter les services de santé.

-Le développement conjoint ou antérieur d'un système de tarification forfaitaire : un tel système bénéficierait grandement à l'assurance-santé (1) en déléguant tout un pan du contrôle des prix et des prescriptions aux équipes de supervision de district et ; (2) en facilitant la gestion administrative et financière (paiement de forfait par épisode au lieu de factures variant selon les prescriptions)

-L'absence dans un premier temps de développement conjoint de financements basés sur la performance (FBR) : les deux approches (ASU et FBR) pourraient mener à des résultats similaires en termes d'augmentation de l'accès aux soins et d'amélioration de la réponse du prestataires aux attentes des patients. Ceci brouillerait l'identification de l'impact réel de l'ASU. A terme, par contre, ASU et FBR ont un potentiel de synergie important (ex : utiliser les bureaux régionaux assurance santé universelle comme payeur dans un système de FBR)

Cette activité est éclatée en deux sous activités :

- **Sous activité 7.1.1** : Déterminer de manière participative les critères et zones où piloter le concept de bureaux régionaux assurance santé universelle, ainsi que le type d'institution souhaité. Ceci demandera la tenue d'ateliers interrégionaux, ainsi qu'un nombre d'entretiens aux niveaux central et régional animés par les assistants techniques. L'exercice se fera en parallèle avec l'actualisation de la carte sanitaire prévue sous le résultat 3. .
- **Sous activité 7.1.2** : élaborer un plan de développement du concept de bureaux régionaux assurance santé universelle, adapté au contexte local et aux initiatives parallèles. Ce plan sera soumis au comité de partenaire pour approbation de la partie concernant le financement belge. Le plan de développement pourra différer selon les zones. Il prendra en compte le niveau d'avancement d'autres initiatives telles que le relèvement du plateau technique et la mise en place de tarification forfaitaire (parallèle avec les résultats 3 et 4). Il est possible que cela retarde le lancement des bureaux régionaux assurance santé universelle à la deuxième ou troisième année de la présente période de financement. Des consultations sont prévues à cet effet. ¹⁸

¹⁷ D'autres critères pourraient se rajouter. Par exemple, la mise en place d'un système de dossier électronique du patient facilitera la tarification forfaitaire et la gestion assurantielle. Ce n'est cependant pas une condition exclusive.

¹⁸ Elles incluent également des visites d'experts de la protection sociale issus de la fonction publique belge (Institut National d'Assurance Maladie ou INAMI)

Activité 7.2 : Doter les Bureaux Régionaux d'Assurance Santé Universelle et les antennes de district des moyens humains, matériels et méthodologiques nécessaires à leurs activités

Les bureaux régionaux d'assurances santé universelle, créés au sein des Régions médicales, doivent avoir la technicité et la crédibilité suffisante pour se voir confier la gestion de ressources importantes (plusieurs dizaines ou centaines de millions de CFA) par une diversité de financeurs (Etat, partenaires techniques et financiers, collectivités locales, population). Cela suppose de créer une structure professionnalisée et correctement financée.

Pour cela il faudra recruter le personnel expert nécessaire à l'activité des deux bureaux régionaux assurance santé universelle (un gestionnaire d'assurance, un médecin-conseil et un sociologue) et le personnel soutien. (Secrétaire, un employé par antenne de district (2 ou 3), un chauffeur, trois gardiens) Les termes de référence des professionnels seront développés en partenariat durant le processus de réflexion sur les bureaux régionaux assurance santé universelle expliqué en 7.1.1. Il va falloir doter les bureaux régionaux assurance santé universelle en matériel et moyens techniques (bureau, matériel informatique, matériel roulant, budget de fonctionnement); développer les outils finalement il est prévu de doter les bureaux régionaux assurance santé universelle des moyens de fonctionnement nécessaires à leur activité. Cela inclut loyer de bureau, frais de fonctionnement, carburant et entretien des véhicules, frais de maintenance etc.

Activité 7.3 : Développer progressivement les statuts régissant les relations et fonctions des bureaux régionaux assurance santé universelle, des antennes de district et des antennes de collectivité locale ainsi que leurs interrelations.

Les bureaux régionaux d'assurance santé universelle auront à développer des relations contractuelles de long terme avec les prestataires de soins, et possiblement d'autres agents. Cela suppose de leur donner à terme une existence juridique, de cadrer les échanges institutionnels qui vont se créer, et d'identifier les autorités juridiques / judiciaires à même de juger de la conformité des échanges.

Toutefois, la convention belge-sénégalaise permet dans un premier temps de se passer de statuts tant que les bureaux régionaux assurance santé universelle et leurs antennes font partie du programme PAODES (au moins les quatre premières années). C'est une opportunité à saisir pour prendre le temps de développer progressivement le cadre institutionnel adéquat. Acter des statuts à un stade précoce pourrait avoir comme effet de bloquer toute marge de manœuvre opérationnelle. Il est nécessaire de d'abord observer la façon dont les interactions se développent pour progressivement concevoir et ajuster le schéma institutionnel le plus approprié (que les opérations influencent les statuts et non l'inverse). La seule deadline à laquelle cette question est soumise est la fin de cette première période de financement.

Activité 7.4 : Développer et standardiser les outils, procédures et indicateurs nécessaires à l'activité des bureaux régionaux assurance santé universelle,

antennes de district et antennes de collectivités locales

La question des outils, procédures et indicateurs - tout comme la question des statuts sous l'activité 7.3 – ne doit pas être figée trop rapidement. Une base sera proposée dès le départ et inscrite dans les termes de référence des consultants chargés de proposer un premier modèle opérationnel, mais ils seront aménagés au fur et à mesure pour répondre au mieux aux besoins réels. Une étude est prévue par rapport à un système de comptabilité et par rapport à un système d'audit et de rapportage.

Les outils, procédures et indicateurs respecteront tant que possible les critères suivants :

- Donner l'information nécessaire à la diversité de questions soulevées par l'activité assurantielle (données financières, prestation de services, qualité, retour du patient)
- Apporter une information complémentaire aux autres sources d'informations existantes. On pense particulièrement à l'information générée par le système d'information sanitaire. Il importera de compléter l'info, non de la dupliquer. Cela suppose un bon niveau d'interaction, que l'on retrouve déjà à d'autres niveaux (ex : synergie entre programme de tarification forfaitaire encadré par les autorités sanitaires et système assurantiel supporté par les bureaux régionaux assurance santé universelle.
- Ne pas représenter une charge de travail excessive pour les ASU et les prestataires de soins. Cela suppose de réduire les indicateurs aux informations qui sont réellement nécessaires en routine. Cela suppose également de connaître en détails les autres indicateurs et formats de collecte (particulièrement pour les prestataires) et d'en tenir compte dans les formats proposés. L'idéal à terme serait d'arriver à une concertation avec l'ensemble des partenaires (autorités sanitaires, programmes verticaux, ASU) sur un format de système d'information intégré.

Cette activité sera planifiée, menée et partagée avec les groupes de coordination sectoriels et l'ambassade.

Activité 7.5 : Accompagner le travail de support continu des bureaux régionaux assurance santé universelle aux antennes de districts et antennes de collectivités locales

Le support aux bureaux régionaux assurance santé universelle et antennes fera partie de l'activité quotidienne des équipes d'assistants techniques. C'est une activité transversale, aux autres activités du résultat 7, qui passera principalement par un appui technique supporté budgétairement en moyens généraux.

Activité 7.6 : Développer et mettre en œuvre un programme intégré de développement des compétences des membres des bureaux régionaux assurance santé universelle, antennes de district et antennes de collectivités locales

L'assurance santé universelle représentera un nouveau champ de compétence pour les acteurs de santé publique au Sénégal. La fonction d'ASU étant plus large et complexe

que les mutuelles communautaires, les besoins de renforcement de compétences sera également plus conséquents. A termes, il s'agit de concentrer sur les bureaux régionaux assurance santé universelle et leurs antennes le panel de compétences nécessaires, notamment gestion assurantielle (le secteur privé a beaucoup de leçons à apporter) ; contractualisation ; négociation : relevé de cas critiques et représentation des patients.

Activité 7.7 : Clarifier les arrangements institutionnels entre bureaux régionaux assurance santé universelle et prestataires de soin, y inclus les formats de suivi et de contractualisation

Cette activité se place dans la suite logique de l'activité 7.2 sur le développement des statuts et de la personnalité juridique des institutions qui vont être créées. De la même façon, elle évoluera au fil du temps pour aboutir sur une vision ferme à la fin de la quatrième année. Les sujets de consensus devront porter notamment sur les droits et obligations mutuelles des deux parties, les méthodologies et outils de suivi, les formats de contrats et autres arrangements institutionnels. Une étude couvrira l'opérationnalisation des interactions avec les prestataires des soins (négociation des tarifs de remboursement, procédures de contrôle des factures, procédures de contrôle de la qualité des prestations).

Cette activité sera planifiée, menée et partagée avec les groupes de coordination sectoriels et l'ambassade.

Activité 7.8 : Développer et mettre en œuvre une politique de communication aux prestataires, population et autres acteurs adaptée à la structuration de l'Assurance Santé Universelle

L'assurance santé universelle est un produit très différent de la mutuelle communautaire. Elle propose une offre de services plus large et probablement à un meilleur coût (subvention, négociation) et offre des garanties de sérieux plus solides qu'une mutuelle communautaire. D'un autre côté elle perd en proximité et peut être perçue comme une simple structure financière privée, ce qui grèverait le message. . Une étude portera sur les interactions avec les populations et leurs représentants. Elle établira comment conduire un dialogue continu avec les populations et les autorités locales à travers les antennes de district et de commune. Elle déterminera quelles fonctions des mutuelles communautaires existantes pourront être conservées, voir renforcées afin de créer une bonne interaction et un sens de transparence dans la gestion de l'ASU.

Cette activité sera planifiée, menée et partagée avec les groupes de coordination sectoriels et l'ambassade.

Activité 7.9 : Conduire les études ad hoc selon les besoins identifiés en cours de programme

Un budget additionnel est prévu pour permettre de financer une série d'études par des internationaux et des nationaux selon les besoins identifiés en cours de programme.

3.4.8 Résultat 8 « Un système pluriel de cofinancement des Assurances Santé Universelles est mis en œuvre »

Ce résultat porte sur les financements que l'Assurance Santé Universelle véhiculera, en dehors des seules cotisations des assurés. Ceci répond à une double préoccupation :

- Il est communément admis dans la littérature scientifique que les cotisations des adhérents seuls sont insuffisantes pour donner accès à un paquet de service suffisant et pour garantir la solidité financière de l'assurance. Des subventions externes sont nécessaires.
- L'Etat sénégalais prévoit de regrouper une série de financement de mécanismes de gratuité sous un fonds de solidarité unique. Le principe est acquis, mais les modalités opérationnelles de flux financiers et de mécanisme d'allocation sont encore inconnues.

On en attend deux effets majeurs, bénéfiques pour l'Etat et la population :

- Le développement des bureaux régionaux d'assurance maladie universelle complétera l'appareillage étatique d'une structure semi-autonome capable de véhiculer une diversité de financement à la demande directement auprès des prestataires de services
- L'élargissement de la base de financement des assurances santé universelle leur permettra d'atteindre rapidement la taille critique nécessaire en termes de volume financier et de nombre d'adhérents. Cela renforcera leur attractivité auprès des populations et leur crédibilité auprès de l'Etat, des prestataires et de l'ensemble des partenaires.

Ce résultat s'inscrit en continuité du PAMAS 2. Celui-ci visait au développement d'un fonds de garantie qui regroupait trois mécanismes distincts : subvention des mutuelles communautaires, système de réassurance et fonds d'équité pour les populations les plus pauvres. Sous le PAODES un quatrième volet se rajoute avec l'ensemble des mécanismes de gratuité prévus par l'Etat. Chacun de ces volets fait l'objet d'une activité ci-dessous.

Dans un premier temps, le PAODES mettra un accent stratégique (et budgétaire) sur (1) la subvention de l'offre de services (activité 8.1) et (2) le développement de fonds d'équité (activité 8.2). Ceci permettra d'atteindre rapidement une taille critique suffisante en termes d'adhérents pour justifier l'investissement institutionnel (le développement des bureaux régionaux assurance santé universelle) et tester sa capacité en tant qu'agence de gestion de financements extérieurs.

Activité 8.1 Etendre l'offre de services des Assurances Santé Universelles via des mécanismes de subvention et de coassurance adaptés

Même avec un mécanisme de mutualisation, il est peu probable que la population ait la capacité financière de couvrir l'entièreté du coût de ses soins de santé. La subvention de

l'assurance visera à étendre le paquet de services disponible, non seulement à la couverture des « gros risques » (typiquement les frais hospitaliers, requérant de manière soudaine des ressources importantes) que possiblement les « petits risques » (cofinancement des soins de première ligne, moins lourds mais récurrents). Il est probable que cela renforce également l'attractivité de l'assurance puisque l'adhérent recevra en moyenne « plus » que le montant de sa cotisation.

Cette activité essentiellement conduite sous forme d'étude est éclatée en trois sous activités

- **Sous activité 8.1.1** : déterminer le paquet de service à subventionner. Plusieurs dimensions doivent être prises en compte : besoin sanitaire (quel paquet de service est nécessaire ?) ; politique / équité (est-ce acceptable par rapport au reste de la population) ; coût, autres. Ceci demandera un exercice progressif de réflexion et concertation avec une diversité d'acteurs. Une série d'estimations sera nécessaire, dont certaines seront conduites sous d'autres activités (coût des services, cotisation répondant à la capacité financière des adhérents, portion du paquet de services couverte par la cotisation).
- **Sous activité 8.1.2** : déterminer les modalités de subvention appropriées. La plus logique serait probablement un « matching fund » où la subvention viendrait apporter un pourcentage additionnel à toute cotisation versée par un adhérent (ex : 100%, 150% ou 200% de la cotisation en subvention).
- **Sous activité 8.1.3** : estimer et ajuster le volume de financement nécessaire. Celui-ci dépendra principalement du volume de subvention par assuré et du nombre d'assurés. Une première proposition de 5€ / assuré / an est argumentée dans l'encadré en 8.2 et inscrite au budget. Les budgets totaux devront probablement être ajustés en fonction de certaines variables que l'on peut difficilement prévoir (ex : attractivité de l'assurance suite à la subvention). Le PAODES financera intégralement les subventions sur les années 2 à 4 en vue de prouver l'intérêt du programme et donner le temps d'identifier des sources de financement alternatives. A priori, il devrait être possible de passer à un financement dégressif sous la période de financement suivante (à partir de l'« année 5 ») le solde devant être progressivement repris par l'Etat ou d'autres bailleurs.
- **Sous activité 8.1.4** : Recherche de bailleurs alternatifs pour les subventions et coassurances. Ceci passera par une activité continue de plaidoyer et de communication tout au cours du programme Santé (PAODES + PAGOSAN). Aucun budget spécifique n'y est attaché.

Activité 8.2. Développer un mécanisme de fonds d'équité intégré à l'assurance, en support à la politique nationale de Fonds de Solidarité

Le terme « fonds d'équité » regroupe différents projets de protection des plus pauvres contre le risque santé en Asie et en Afrique. Il s'agit d'un fonds indépendant qui (1) identifie les plus pauvres au sein de la population et (2) paye les structures sanitaires

pour les soins qu'elles leur délivrent. Le fonds d'équité vise ainsi à augmenter l'accès aux soins des plus pauvres en réduisant la barrière financière, et en jouant un rôle d'intermédiation sociale entre le patient et le prestataire¹⁹.

A notre connaissance, l'approche n'a jamais été testée stricto sensu au Sénégal (même si des mécanismes moins élaborés de subvention pour les plus pauvres sont en place, notamment auprès d'institutions confessionnelles).

Au Sénégal, les fonds d'équité font partie des mécanismes de gratuité que le gouvernement entend regrouper sous le Fonds de Solidarité nationale. Comme pour les autres mécanismes, il demandera un design et des modalités d'exécution spécifiques (différentes des autres mécanismes). Il est par contre très probable que le fonds d'équité soit plus complexe à concevoir, particulièrement en raison de sa population cible : identifier une femme enceinte ou une personne âgée est lié à des critères relativement clairs, dresser une ligne entre un pauvre et un « non pauvre » est autrement plus complexe. Cette question d'acceptabilité sociale de l'identification est probablement le principal défi rencontré par les rares expériences africaines en la matière.

Dans un système classique, le fonds d'équité paiera les soins de santé effectivement consommés par les plus pauvres. Combiné avec une assurance, il pourra se contenter de payer la cotisation des plus pauvres, ce qui facilite grandement la gestion administrative.

Coupler le fonds d'équité à l'assurance revêt une importance stratégique majeure dans le cadre du PAODES car cela permet de démarrer l'Assurance Santé Universelle avec une base d'adhésion importante, composée de tous les adhérents pauvres subventionnés par le fonds d'équité²⁰. Pour ces raisons, il est probable que le fonds d'équité mobilise une partie importante de l'attention des membres des bureaux régionaux assurance santé universelle sur les deux premières années du programme.

L'intervention du PAODES aura au final deux dimensions principales : (1) développer des modalités opérationnelles solides qui puissent être reprises par l'Etat et (2) donner le temps à l'Etat de collecter les ressources nécessaires au financement des subventions. Tout comme pour les subventions prévues en 8.1, le PAODES supportera intégralement les subventions du fonds d'équité durant les années 2 à 4 du programme, puis se retirera progressivement sur la période de financement suivant pour ne pas se substituer aux engagements de l'Etat en la matière.

Cette activité est éclatée en quatre sous activités :

- **Sous activité 8.2.1** : développer un design de fonds d'équité adapté au contexte. Cela demandera une série de consultations par des experts en la matière et des ateliers avec une diversité d'acteurs (sanitaire, population,

¹⁹ Pour une explication en français, voir notamment [Améliorer l'accès aux soins des plus pauvres, le cas des fonds d'équité](http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm) sur <http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>

²⁰ En outre, le couplage (1) permet de réaliser des économies d'échelle en mutualisant toutes les fonctions de relations des BRASU au prestataire et de paiement et (2) renforce l'équité globale du système en proposant dès le départ un même mécanisme pour les plus pauvres et les adhérents « payant »

affaires sociales, société civile). L'approche sera revue et si nécessaire adaptée en cours de route en fonction des premières leçons.

- **Sous activité 8.2.2** : Supporter l'identification des membres de la populations les plus pauvres. Cela demande classiquement un travail coordonné d'une diversité d'acteurs qui peut s'étaler sur plusieurs semaines / mois et demandera certaines ressources (pré identification par les collectivités locales sur base de leur connaissance intrinsèque de la population ; enquête sur un échantillon de population préidentifiée sur base d'un questionnaire formalisé ; validation par comité externe). L'implication des collectivités locales à un stade précoce est probablement une condition importante pour renforcer leur engagement sur les développements ultérieurs du fonds d'équité.
- **Sous activité 8.2.3** : estimer et ajuster le volume de financement nécessaire. Une première proposition de 8€ / bénéficiaire du fonds d'équité / an est argumentée dans l'encadré ci-dessous et inscrite au budget. Il s'agira également de s'accorder avec l'Etat et les partenaires intéressés sur un plan progressif de partage du coût des fonds d'équité après cette première période de financement intégral sur les années 2-4, conformément à l'engagement exprimé par l'Etat via le fonds de solidarité.
- **Sous activité 8.1.4** : Recherche de bailleurs alternatifs pour les subventions et coassurances. Ceci passera par une activité continue de plaidoyer et de communication tout au cours du programme. Aucun budget spécifique n'y est attaché.

Table 3 : Calcul des subventions pour les assurés en ordre de cotisation et les patients bénéficiant du fonds d'équité

La subvention devra couvrir une partie substantielle des dépenses totales de santé que chaque sénégalais débourse de sa poche chaque année (également appelé versement direct, ou *out-of-pocket expenditures*).

Celles-ci ont été estimées à 15,70€ par habitant et par an sur base des Comptes Nationaux de la Santé 2008²¹. Le calcul est le suivant :

Dépense totale de santé par habitant et par an	63	US\$
Taux de change ²²	1.3920	US\$/€
Dépense totale de santé par habitant et par an en €	45,26	€
Dépenses du secteur privé en santé (DPS) en % des DTS	44,20	%
Versements directs (out-of-pocket expenditures) en % des DPS	78,50	%
→ Versements directs (OOP) en % des Dépenses Totales de Santé	34,70	%
→ Versement direct (OOP) par habitant par an	15,70	€/ hab. / an

A noter que les Comptes Nationaux de la Santé donnent les dépenses totales de santé, c'est-à-dire incluant les dépenses dans le secteur public et privé (prestataires privés, automédication, autres). On sait également que les riches consomment plus que les pauvres²³. En conséquence, il est raisonnable de ne retenir pour les deux subventions qu'une portion des 15,70€ de versement direct par habitant par an. Il a été décidé de retenir (1) la moitié, soit **8€ pour les bénéficiaires des fonds d'équité**, et (2) **5€ pour les assurés en ordre de cotisation**. La différence de 3€ correspond approximativement au montant moyen des cotisations dans les mutuelles actuelles (de 1800 à 2400 CFA / assuré / an).

Le financement n'est calculé qu'à partir de la moitié de la seconde année (soit après 18 mois d'activité). Cela semble un délai raisonnable pour développer les bureaux régionaux assurance santé universelle et concevoir le design des mécanismes de financement en question.

La population totale des 4 districts à couvrir par les deux bureaux régionaux assurance santé universelle a été approximée à 700.000 habitants (soit 5.000.000 de population totale pour les cinq régions / 28 districts * 4 districts). Les budgets ont été basés (1) pour le fonds d'équité sur une identification de 5% de la population totale à prendre en charge, et (2) pour les assurés sur une adhésion progressive de la population de 2%, 4% et 5%

Activité 8.3 Contribuer à la réflexion sur les mécanismes et modalités de mise en œuvre de réassurance selon le cadre posé par l'UEMOA

²¹ Accédé en ligne le 04/02/2011 sur: <http://www.who.int/nha/country/sen/en/>

²² Selon taux de change 31/12/2008. Accédé en ligne le 04/02/2011 sur <http://www.xe.com/ict/>

²³ La Revue des Dépenses Publiques de Santé (discutée en 1.1.3) a démontré que le quintile le plus riche bénéficie de 75% de ressources publiques de santé de plus que le quintile le plus pauvre

Le soutien du PAODES aux questions de réassurance sera conditionné à l'implication de l'Etat sur le sujet. Au minimum, il apportera un soutien au processus de réflexion. Le cas échéant, il appuiera la mise en œuvre opérationnelle via les institutions supportées par le programme (les bureaux régionaux assurance santé universelle et antennes au niveau district et collectivités locales). A priori, les investissements relatifs à la question de la réassurance (subvention, création de nouvelles institutions) ne seront pas pris en charge par le PAODES.

Le Sénégal s'est engagé en décembre 2010 à mettre en œuvre le règlement communautaire sur la mutualité sociale rédigé en partenariat avec les autres pays de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Comme son nom l'indique, ce règlement porte sur toute forme de mutualité sociale. Elle concerne donc les mutuelles de santé. L'Assurance Santé Universelle telle que conçue dans le cadre du PAODES s'éloigne en de nombreux points du concept de mutuelle (ex : pas de bénévolat pour les postes importants, remise en cause du principe d'adhésion volontaire, etc.). Cependant, le règlement communautaire donne un cadre auquel se référer.

La principale implication pratique portera sur le développement de mécanismes de réassurance²⁴. Il est probable que celle-ci prend deux dimensions: (1) la réassurance des ex mutuelles communautaires (désormais antennes par collectivité locale) est automatiquement assumée par le bureaux régionaux assurance santé universelle ; (2) la réassurance des bureaux régionaux assurance santé universelle eux-mêmes, qui pose plus de questions. le système le plus logique, en l'absence de structure faîtière nationale, passerait par une mutualisation des risques de faillites entre bureaux régionaux assurance santé universelle, mais ceci pourrait les fragiliser tant qu'elles sont en nombre limité (deux sur la durée du programme). Toutefois, il n'y a pas urgence à créer des mécanismes de réassurance pour les bureaux régionaux assurance santé universelle tant que ceux-ci sont placés sous le chapeau et la couverture financière du PAODES. Par ailleurs, la question de savoir si l'on doit considérer les bureaux régionaux assurance santé universelle comme soumis à la réglementation communautaire (sachant qu'ils ne sont pas stricto sensu des mutuelles sociales) reste ouverte.

Activité 8.4 Apporter le soutien technique nécessaire à l'intégration des initiatives et fonds de gratuité des soins dans les Assurances Santé Universelles en soutien à la politique nationale de Fonds de Solidarité

Comme pour la réassurance (activité 8.3), le soutien du PAODES aux autres initiatives et fonds de gratuité des soins sera conditionné à l'implication de l'Etat en la matière. Cela s'applique particulièrement à la subvention de ces fonds, qui n'est pas inscrite au budget du PAODES. Reste un support en matière technique et de mise en œuvre.

Outre les questions de mutuelles de santé et de fonds d'équité, le ministère de la santé et de la prévention a développé par le passé une série de programmes destinés à favoriser l'accès aux soins de santé de populations considérées comme vulnérables. Il s'agit de :

²⁴ La réassurance est l' « opération par laquelle une compagnie d'assurances, après avoir assuré un client, se couvre de tout ou partie du risque, en s'assurant à son tour auprès d'une ou de plusieurs autres compagnies » (Petit Larousse, 2003)

- La gratuité des accouchements et césariennes ;
- La gratuité des soins aux personnes âgées (carte Sésame);
- L'accès gratuit aux antirétroviraux (ARV) ;
- La gratuité des médicaments antituberculeux
- Subvention partielle du coût de certains traitements : antipaludéens ; diabétiques (insuline), anticancéreux, de l'insuffisance rénale, des cardiopathies ;
- Le traitement gratuit du paludisme grave chez les enfants et les femmes enceintes et la subvention du prix des moustiquaires imprégnées ;

Jusqu'ici, chacun de ces mécanismes est géré séparément, ce qui contribue à un constat mitigé sur leur efficacité. Leur centralisation sous le fonds de solidarité est destinée à renforcer l'efficacité de l'ensemble. Cependant, les modalités opérationnelles sont toujours en question.

Dans le cadre du PAODES, les bureaux régionaux assurance santé universelle seront proposés à disposition de l'Etat pour gérer les ressources des autres subventions et fonds de gratuité de l'Etat, en plus des financements provenant des populations (cotisations des adhérents), ou du programme PAODES (extension de l'offre de service (8.1) ; fonds d'équité (8.2)).

Cela pourra avoir certaines implications pratiques sur l'attractivité de l'Assurance Santé. En cause, le fait que le MSP envisage de conditionner l'accès à certains mécanismes de gratuité ou subvention à une adhésion préalable à une mutuelle / assurance-santé, ceci dans le but de stimuler la population à adhérer à la mutuelle / assurance-santé.

On comprend d'autant mieux l'importance d'investir sur un système assurantiel solide, auquel la population a rationnellement intérêt à adhérer. Il est plus que probable que les mécanismes de mutuelles communautaires actuels ne rencontrent pas les conditions.

Activité 8.5 Capitaliser d'autres expériences nationales et internationales probantes en matière de fonds de subventions aux mutuelles et assurances santé

Cette activité ne requiert pas de budget spécifique autre que le financement des assistances techniques, voyages d'études et budgets de fonctionnement prévus sous d'autres activités.

Activité 8.6 Conduire les études ad hoc selon les besoins identifiés en cours de programme

Un budget additionnel est prévu pour permettre de financer une série d'études par des internationaux et des nationaux selon les besoins identifiés en cours de programme.

3.4.9 Résultat 9 : « Le cadre juridique relatif aux bureaux régionaux d'assurance santé universelle est créé et mis en œuvre »

Pour être viable à terme, il faut que le modèle d'Assurance Santé Universelle (ASU) et les organes la composant (bureaux régionaux assurance santé universelle, antennes de district, antennes locales) s'inscrivent dans un cadre juridique favorable.

Au moment de la formulation, de nombreux flous subsistent sur la traduction juridique de concepts opérationnels majeurs (ex : les mutuelles n'ont toujours pas d'existence juridique, le principe de fonds de solidarité est débattu sans texte de référence solide). L'objectif de ce résultat est triple :

- Contribuer à clarifier le cadre juridique des différents mécanismes de financement de la santé.
- Prévenir les conflits potentiels liés au développement des ASU en sécurisant leur cadre juridique
- Renforcer la lisibilité et la cohérence de l'ensemble en contribuant à créer une Politique de Financement de la Santé intégrant les différents mécanismes de financement en général, et le principe d'Assurance Santé Universelle en particulier.
- Proposer un cadre juridique initial de démarrage pour les bureaux régionaux assurance santé universelle qui sera sujet d'évaluation après 2 ans d'application

Sous ce résultat, le ministère et les acteurs du PAODES devront veiller à légiférer au moment favorable. Légiférer trop tôt peut conduire à coincer des acteurs opérationnels dans un cadre juridique ne tenant pas compte de la réalité. Légiférer trop tard induit le risque de réduire la légitimité d'institutions n'ayant pas le parapluie nécessaire pour mener à bien leurs actions. A noter que, durant la durée du PAODES, l'accord de coopération sénégal-belge permet de dispenser provisoirement les bureaux régionaux assurance santé universelle d'une identité juridique.

Activité 9.1 Documenter et collecter l'évidence sur les lacunes dans les lois et politiques de financement actuelles

Il s'agit d'un travail d'inventaire du cadre juridique, mis en relation avec les réalités opérationnelles sur le terrain. Il s'effectuera principalement au niveau central

Activité 9.2 Contribuer activement au débat avec le MSP et les partenaires sur les lacunes et besoins de compléments de lois de financement

Cette activité constitue la suite de l'activité précédente. Elle se divise en deux sous activités : 1/ mener une concertation avec l'ensemble des partenaires (ministères, PTF importants, autres) autour des lacunes, pistes de solution et agenda à suivre en matière de cadre juridique. Cela prendra la forme de réunions de coordination, ateliers, newsletters, communication courrier etc. 2/ contribuer à la rédaction et la passation de

textes légaux manquants, en fonction des lacunes identifiées. Il est possible que cette sous activité échappe partiellement à l'aire d'influence du programme (ex : lenteur du législateur).

Activité 9.3 Contribuer à la rédaction d'une loi de financement intégrée

- Cette activité est la résultante des deux activités précédentes.

3.4.10 Résultat 10 : « Un modèle intégré de financement de la demande de soins est articulé autour des bureaux régionaux assurance santé universelle à travers un processus de capitalisation des expériences »

Ce résultat vise dans un premier temps à rassembler les conditions de viabilité opérationnelle et financière à long terme du modèle proposé. Dans un second temps, il vise à doter le ministère de la connaissance et des arguments nécessaires pour répliquer / adapter le modèle dans d'autres zones, avec l'aide de partenaires financiers extérieurs si nécessaire.

Il est entendu dès le départ que le mécanisme d'Assurance Santé Universelle n'est pas auto-finançable et demande des subsides extérieurs. Ceci va à l'encontre d'une tendance répandue dans les pays en voie de développement qui consiste à considérer que les mécanismes de protection sociale doivent atteindre la « pérennité financière ». Cette vision ne peut fonctionner que sur des mécanismes de taille limitée, permettant une gestion « amatrice » par des acteurs bénévoles et un paquet de service réduit. Passer à échelle demande une professionnalisation et une institutionnalisation qui, comme pour les services de santé, demande à être financée²⁵ et avoir la capacité de gérer des sommes importantes.

Plutôt qu'une illusoire pérennité, le PAODES va chercher à sécuriser les sources de financement des institutions qu'il crée en démontrant le bien-fondé et la plus-value de l'approche. L'idée est d'amener les autorités politiques et les bailleurs à réaliser qu'un investissement sur l'institution assurantielle est essentiel pour optimiser les investissements sur l'institution prestataire de soins (utilisation accrue des services ; conscientisation des prestataires aux attentes de la population ; meilleure qualité des services).

Cela demande d'investir dès le démarrage du programme sur (1) un important travail de documentation sur les résultats de l'approche (coût, qualité, utilisation, bénéfice sanitaire, bénéfice social, autres) et sur (2) une communication et un plaidoyer auprès des autorités politiques et des bailleurs de fonds en vue de les intéresser aux options proposées.

²⁵ Les populations peinent à couvrir leur accès financier au premier échelon, il est illusoire d'imaginer qu'elles puissent financer le coût d'une structure professionnalisée.

Activité 10.1 Concevoir une méthodologie de suivi continu et de capitalisation, avec pré identification des thématiques phares, et harmonisation des indicateurs et outils de suivi des Assurances Santé Universelles et des mutuelles communautaires

La première étape du résultat 10 demande de planifier dès le départ les grandes lignes de la documentation de l'approche. L'équipe de suivi technique continu du programme aura un rôle essentiel dans l'identification des thématiques à documenter et dans l'organisation et le suivi de la capitalisation. A noter que ce rôle s'applique évidemment aussi à tous les autres résultats du programme.

La méthodologie respectera les principes suivants :

- Elle permettra une analyse croisée des résultats des Assurances Santé Universelles et des 16 mutuelles de santé communautaires supportées par le PAODES (voir résultat 6), dans le but de dégager les avantages / désavantages comparatifs.
- Elle intégrera une diversité d'indicateurs : tant quantitatifs, qualitatifs, que de processus ; tant médicaux, économiques que sociaux.
- Elle visera tant que possible à éviter les facteurs confondants.
- Elle utilisera différentes sources et méthodes d'investigation en fonction des besoins. Certaines données répétitives seront collectées en routine par les acteurs opérationnels. D'autres plus difficilement collectables feront l'objet d'études spécifiques par des acteurs externes. Des narratifs compléteront la documentation du processus, etc.
- Elle ne représentera pas une surcharge de travail trop importante pour les acteurs opérationnels (balance entre le besoin réel de l'information dégagée et la charge de travail qu'elle représente). A ce titre, elle sera basée au maximum sur les modèles de documentation existants (au sein des mutuelles et des services de santé).

Cette activité se divise en 3 sous activités :

- **Sous activité 10.1.1** : Concevoir une méthodologie de suivi et de capitalisation adaptée aux acteurs en charge de les gérer. Elle respectera les principes évoqués ci-dessus. Cela fera principalement l'objet de consultations entre cadres des régions, du ministère, assistants techniques.
- **sous activité 10.1.2** : Former les acteurs opérationnels à leurs fonctions de documentation. Il s'agit de leur faire comprendre l'intérêt pour le programme mais également les bénéfices qu'ils pourront en tirer dans leur activité quotidienne. Des formations formelles et un suivi sur le terrain seront assurés à ce sujet.

- **sous activité 10.1.3** : Suivre et adapter la méthode de documentation. Les assistants techniques et les équipes de suivi technique continu garderont un regard critique sur la pertinence de la méthode.

Activité 10.2 Conduire les études ad hoc selon les besoins pré identifiés et les besoins identifiés en cours de programme

Cette activité représente la mise en œuvre de l'activité précédente. Elle ne donne lieu à aucune sous activité spécifique. Des budgets d'étude sont prévus à ce sujet. Ils incluent notamment le financement d'une baseline study, visant à donner une photographie de la situation de départ (avant démarrage de l'approche) à comparer avec une même photographie deux trois ans plus tard (selon les mêmes indicateurs, méthodes, etc.)

Activité 10.3 Conduire les activités de capitalisation tout au long programme

Cette activité est éclatée en trois sous activités :

- **Sous activité 10.3.1** : Contribuer aux cadres de concertation de région et autres échanges inter régions & nationaux. Les cadres du PAODES participeront activement aux cadres de concertation existants, et y échangeront régulièrement les leçons tirées ou en cours.
- **Sous activité 10.3.2** : Animer des ateliers de réflexion et de restitution aux niveaux inter régional et national sur l'expérience d'Assurance Santé Universelle. Le PAODES maintiendra au long du programme une analyse critique des ASU, en livrant de manière transparente les succès et difficultés de l'approche aux réactions et suggestions des partenaires nationaux et experts internationaux. Cela prendra deux formes : organiser au niveau interrégional et national des ateliers de réflexion et de restitution sur l'expérience des ASU ; participer à des conférences internationales pour présenter et discuter les expériences d'ASU.
- **Sous activité 10.3.3** : Rédiger des articles de capitalisation et de réflexion sur les leçons apprises. La capitalisation prendra également la forme d'articles sur l'expérience. Le choix des thématiques et le format d'articles dépendront partiellement de la qualité de la méthodologie de suivi conçue en 10.1. Un budget spécifique est prévu pour faciliter le support par une équipe de scientifique sur la rédaction d'un article revu par les pairs.

Activité 10.4 Concevoir progressivement une stratégie de financement à moyen et long terme de l'Assurance Santé Universelle

La préoccupation de la stratégie de financement à long terme doit être présente de manière constante dès le lancement du programme. Cette activité sera nourrie par les activités précédentes. Elle se divise ci-dessous en trois sous activités citées à titre indicatif. D'autres pourraient s'ajouter. Aucun budget spécifique n'y est attaché :

- **Sous activité 10.4.1** : concevoir progressivement un dossier basé sur l'évidence développant l'argumentaire en faveur du développement d'Assurances Santé Universelles tirant parti des leçons du PAODES.
- **Sous activité 10.4.2** : organiser des rencontres auprès des partenaires et des bailleurs sur le sujet des ASU.
- **Sous activité 10.4.3** : Développer au fil des consultances de suivi une stratégie de financement de long terme.

Activité 10.5 Elaborer un guide opérationnel de création de Bureaux Régionaux d'Assurance Santé Universelle, pouvant être supporté par l'Etat, et incluant les modes opératoires, statuts, budgets et hypothèses de source de financement requises

La connaissance générée par l'expérience sera progressivement capitalisée au sein d'un document, évoluant vers le développement d'un guide opérationnel pour la création de bureaux régionaux assurance santé universelle. une première version sera créée assez rapidement. Au départ elle capitalisera les premières expériences. Elle évoluera progressivement vers le développement d'un guide plus général, applicable en dehors des conditions rencontrées dans le programme PAODES. Le guide final devrait être délivré dans la quatrième année du programme.

Cette activité est divisée de trois sous activités :

- **Sous activité 10.5.1** : capitalisation progressive des principales leçons apprises au sein d'un guide brouillon.
- **Sous activité 10.5.2** : Rédaction définitive d'un guide opérationnel. Un budget de consultance est prévu à cet effet.
- **Sous activité 10.5.3** : Diffusion et promotion du guide opérationnel auprès des acteurs décisionnels (ministère, partenaires techniques et financiers)

3.5 Indicateurs et sources de vérification

3.5.1 Indicateurs Objectivement Vérifiables (I.O.V) :

Les indicateurs permettent de suivre l'état d'avancement sur les différents résultats attendus. Tous les indicateurs se trouvent dans le Cadre Logique en annexe. Il s'agit d'une liste d'indicateurs préliminaires, qui devront être validés ou adaptés par l'équipe responsable de l'exécution du projet, six mois après son démarrage.

Premièrement, dans le cadre de l'alignement demandé par la déclaration de Paris de 2005, les indicateurs de suivi du PAODES sont en grande partie les indicateurs sectoriels nationaux, du PNDS en vigueur. Deuxièmement le PAODES s'aligne pleinement sur la SNEEG 2015, la Stratégie Nationale pour l'Egalité et l'Equité de Genre, en utilisant également bon nombre des indicateurs de la SNEEG. En dehors de cela il y a quelques indicateurs propres qui doivent être étudiés par le projet même. Ils intégreront également

les hypothèses spécifiques développées par le programme (impact de l'activité de chirurgie de district, du système de fonds d'équité, autres)

3.5.2 Baseline

Une enquête de base sera menée lors de la phase de démarrage, pour :

- Collecter des données quantitatives qui n'existent pas dans le système de routine de statistiques (par exemple satisfaction du patient) ;
- Valider la précision des statistiques de routine (par exemple taux d'utilisation).

3.6 Acteurs intervenant dans la mise en œuvre

3.6.1 Acteurs

La plupart des acteurs intervenant dans la mise en œuvre ont déjà été abordés dans les chapitres précédents. Il s'agit principalement des catégories suivantes :

- Le Ministère de la Santé, au travers tout d'abord des cadres et le personnel des instances directement concernées par les deux piliers du PAODES : La Direction de la Santé pour le volet Offre, et la CA FSP pour le volet Demande, sans oublier la CAS PNDS déjà prise en compte par le PAGOSAN. A cela, s'ajouteront à l'occasion, d'autres départements ministériels comme l'Inspection Médicale, la DES, la DRH, etc.
- Les assistants techniques de long terme mis à disposition par la CTB, à savoir les 3 assistants techniques internationaux seniors sur les quatre années du programme : le spécialiste en administration publique (PAGOSAN), le médecin de Santé publique et l'économiste de la santé (PAODES), les 2 équipes d'AT nationaux de l'offre (2 MSP et 1 ingénieur génie civil) et la demande (1 économiste, 1 MSP avec compétences en financement de la santé, 1 sociologue), et l'expert genre.
- Les assistants techniques juniors financés par la CTB Bruxelles.
- Le personnel des formations sanitaires des 5 régions de concentration.
- La population, les agents de santé, les Comités de Santé, les mouvements mutualistes, les associations de défense des intérêts de la population. Par extension, tout organe de la société civile participant à l'amélioration de l'environnement sanitaire et désireux de collaborer activement au programme.
- Toute organisation partenaire du gouvernement sénégalais soucieuse de contribuer au développement sanitaire dans les 5 régions.

- Les consultants de court terme intervenant sur le programme (consultants nationaux, équipe de suivi scientifique continu, consultants sur certaines thématiques spécifiques)

3.6.2 Partenariats

L'importance pour ce programme du développement des partenariats est patente dans ses orientations stratégiques et se trouve déjà dans le DTF du PAGOSAN.

Au niveau de l'offre de soins, il est fondamental d'établir dès le début des concertations communes avec les PTF actifs dans les régions de concentration.

Dans cette perspective, nous devons considérer ici la complémentarité avec l'USAID, tant au plan national que, surtout, dans les régions communes avec le PAODES où elle travaille (Thiès, Kaolack et Kaffrine) ou ils couvrent tous les districts.

USAID va démarrer en septembre 2011 une nouvelle période (2011-2016) d'appuis à la santé avec des programmes tels que « Renforcement du système de santé » et « Renforcement de l'Offre de Services », qui touchent directement des domaines clé qui sont aussi visé par le programme belge : à savoir les questions de gouvernance, appuis aux financements, mutuelles, etc. (demande) et appuis variés à l'offre de soins. L'élément différentiateur qui les rend complémentaires est que ces programmes ont vocation de se concentrer sur le niveau communautaire (Poste de Santé et plus bas) et ne s'occupent pas des structures de référence comme les centres de santé et les hôpitaux, qui seront appuyées par le PAODES.

Lors de la formulation, les responsables sectoriels de l'USAID se sont montrés favorables à l'établissement d'un partenariat avec le programme belge pour harmoniser la distribution des appuis entre ces deux niveaux dans les trois régions qu'ils couvrent, ce que nous préconisons fortement dès le démarrage du PAODES.

4 RESSOURCES

4.1 Ressources financières

4.1.1 Contribution belge

La contribution totale belge est de 16000000 €.

Elle est composée d'un volet activités, un volet moyens généraux et une réserve budgétaire :

1. Plus de 72 % du budget est prévu pour la réalisation des activités.
2. Les moyens généraux (ligne Z) sont de 4.483 370 EUR, soit 27,9% du montant total. Dans les moyens généraux sont inclus tous les frais de personnel, les frais d'investissements pour le projet proprement dit (véhicules, matériel ICT et bureautique, communication), le fonctionnement et les frais de suivi, audit, évaluation et backstopping.
3. La réserve financière (ligne X) est de 179.951 EUR, soit 1,1% du montant total

4.1.2 La contribution sénégalaise

La contribution du Sénégal est estimée à 4093950 d'euros et représente 20% du budget global du Projet.

Elle est composée essentiellement d'une partie du traitement salarial du personnel qui intervient directement dans la mise en œuvre du Projet, de la mise à disposition des locaux devant abriter le projet, des dépenses permanentes et des dépenses liées aux opérations financières (exonération TVA et Douane)

Table 4 : contribution sénégalaise en Euros et FCFA

CATEGORIES	TYPE DE CONTRIBUTION	MONTANT CONTRIBUTION	
		En Francs CFA	En Euros
FONCTIONNEMENT	Personnel	523423700	799133
	Frais locatifs des bureaux de Dakar, Kaolack et Thiès	22000000	33587
	Dépenses permanentes (eau, électricité) pour les bureaux de Dakar, Kaolack et Thiès	18000000	27480
INVERTISSEMENTS	Travaux d'aménagement des 3 bureaux	20000000	30534
OPERATIONS FINANCIERES	Exonération TVA	926239629	1414106
	Exonération douanière	1171865043	1789106
TOTAL		2663537372	4093950

4.2 Ressources humaines

L'intervention pour sa mise en œuvre prévoit le personnel suivant l'organigramme en Figure 7 : organigramme .

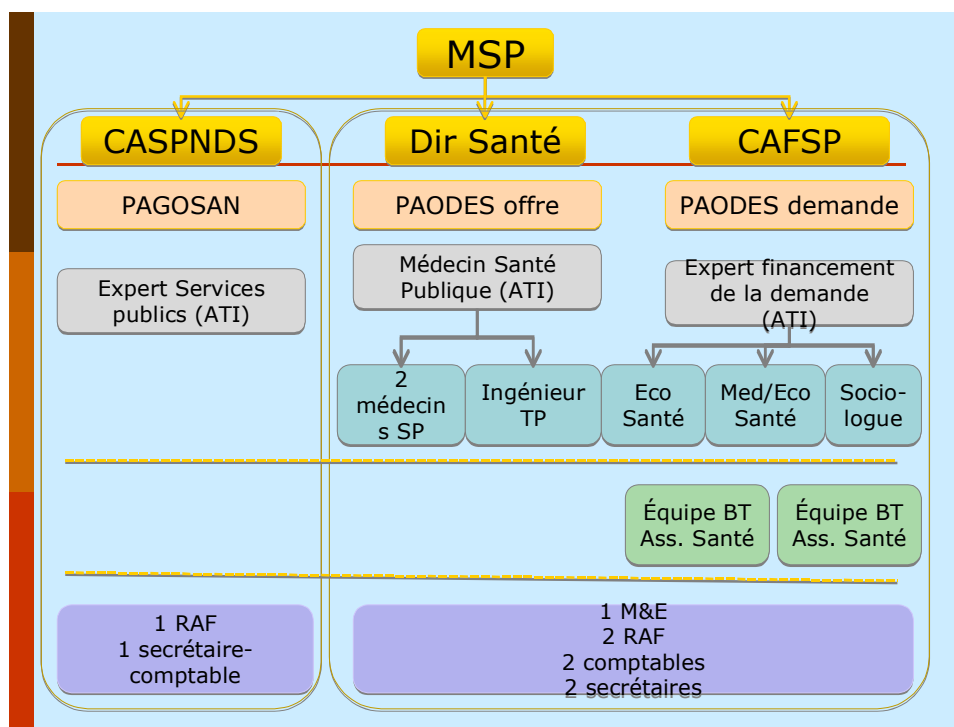


Figure 7 : organigramme

4.2.1.1 Deux assistants techniques internationaux

Les volets offre et demande de l'intervention PAODES seront chacun coordonnés pour la partie belge par un Assistant(e) Technique international avec une expertise avérée dans son domaine de compétence acquise en pays en voie de développement, et préférablement en Afrique subsaharienne. Leurs profils sont les suivants :

- Pour le volet offre : médecin de santé publique. Il travaillera en étroite collaboration avec le directeur de l'intervention qui sera désigné par le directeur de la Direction de la Santé du MSP. Le profil est détaillé sous le point 7.4.1
- Pour le volet demande : expert en financement de la santé (économiste de la santé, ou profil avec expérience avérée en matière de financement). Il travaillera en étroite collaboration avec le directeur de l'intervention qui sera désigné par la directrice de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat du MSP. Son profil est détaillé sous le point 7.4.2

4.2.1.2 Six assistants techniques nationaux

Les assistants techniques internationaux des volets offre et demande coordonneront

chacun une équipe de trois assistants techniques nationaux, avec un parcours académique et / ou professionnel les qualifiant pour leur domaine d'expertise, et si possible des expériences préalables à des fonctions de coordination de projet au sein d'organisations internationales au Sénégal ou à l'étranger. Leurs profils sont les suivants

- Pour le volet offre : deux médecins de santé publique (profil en 7.4.3) en et un ingénieur de génie civil (profil en 7.4.4). Les deux premiers travailleront sur l'appui à l'ensemble des activités de support aux prestataires de soins ; le troisième se concentrera sur l'ensemble des marchés publics de construction et achat d'équipement figurant à l'agenda du programme.
- Pour le volet demande : un économiste de la santé (voir profil en 7.4.5), un médecin conseil (éventuellement également économiste de la santé) (voir profil en 7.4.6) , et un sociologue (voir profil en 7.4.7). Tous trois travailleront sur l'ensemble des résultats du volet demande. L'économiste sera plus particulièrement en charge des questions de financement ; le médecin-conseil des interactions entre offre et demande ; et le sociologue de la dynamique sociale et communautaire.

4.2.1.3 Deux responsables administratifs et financiers

Pour permettre aux experts internationaux de faire bénéficier le programme de leur expertise, un responsable administratif et financier (RAF) par volet sera chargé de tout le travail de préparation lié aux tâches et responsabilités financières. Idéalement, les deux RAF auront également une expérience préliminaire dans des programmes de santé publique et / ou de protection sociale.

Les RAF travailleront chacun sous la responsabilité de l'expert international du volet dont ils auront la charge, en partenariat avec les autres membres du personnel administratif et financier du PAODES et du PAGOSAN. Ils auront chacun un secrétaire et un comptable sous leur responsabilité. Le programme pourra solliciter leurs compétences techniques quand elles peuvent contribuer au renforcement des capacités des cadres du système sanitaire et/ou des institutions de protection sociale. Leurs profils et tâches sont détaillés en annexe 7.

4.2.1.4 Un chargé du Monitoring

Étant donné le grand volume d'activités à suivre dans les deux volets PAODES, il est proposé un poste d'Assistant(e) Technique national-ATN chargé spécifiquement des questions de suivi et monitoring. Il jouera donc un rôle transversal et son appui sera déterminant dans l'appui à la coordination, le suivi des indicateurs fixés et dans la préparation et bilan des SMLC. Ce poste est décrit sous le point 7.4.8.

4.2.1.5 Un(e) expert(e) Genre

Étant donné la ferme volonté des deux pays partenaires de développer les programmes de la coopération belgo-sénégalaise en respect des politiques Genre, un expert genre est

proposé, qui sera financé pour 1/3 temps sur le PAODES. Le profil sera défini de commun accord entre tous les programmes de la coopération belge. Un financement est prévu sous la ligne budgétaire Z-01-09.

4.2.1.6 Cinq gestionnaires régionaux

Plutôt que créer des structures parallèles, le projet va renforcer chacune des RM avec un gestionnaire local de renfort, qui devra permettre à la région d'assumer la charge nouvelle de travail en tant qu'exécutant du projet. Ce renfort devrait être repris par la RM à la fin du projet dans la perspective de la création des nouvelles Directions Régionales de la Santé.

4.2.1.7 Deux comptables

Pour chacun des deux volets, un comptable travaillera sous la responsabilité du RAF correspondant. Il s'assurera que la comptabilité sera tenue à jour conformément aux procédures de la CTB, et secondera le RAF dans toutes les tâches relatives au reportions et à l'analyse financière.

4.2.1.8 Deux secrétaires

Pour chacun des deux volets, un secrétaire travaillera sous la responsabilité du RAF correspondant. Il s'assurera que les documents administratifs et correspondances sont proprement classifiés et facilitera la communication officielle de l'intervention avec les partenaires externes

4.2.1.9 Des assistants techniques internationaux juniors – SVCD

Le programme SVCD de la CTB offre la possibilité d'envoyer sur terrain de jeunes experts. Pris en charge par le programme SVCD même, les experts juniors n'occasionnent aucun frais supplémentaire pour le PAODES. Il est proposé de renforcer le PAODES avec 3 experts juniors à partir de la 2^{ième} année, et ceci dans les domaines suivants :

- ingénierie et construction
- socio - anthropologie
- médecin

4.3 Ressources matérielles

Ces ressources sont constituées par les items suivants par volet et par type :

Items programmés dans les cinq résultats du volet offre :

- Infrastructures : construction et réhabilitation d'hôpitaux de district, de centres de santé de seconde référence et de postes de santé pour 2.244.000 €
- Equipement médical : pour les mêmes hôpitaux de district, centres de santé de seconde référence et postes de santé pour 1.718.000 €
- Equipement en moyens roulants pour une partie des équipes cadres de districts, des postes de santé, et les équipes de supervision chirurgie et SONU pour 780.000 €
- Equipement en bureautique et communication pour les équipes cadres de district et les structures sanitaires pour 74.250 €

Items programmés dans les cinq résultats du volet demande :

- infrastructures : néant. Pour rappel, les bureaux des bureaux régionaux assurance santé universelle sont loués durant cette première période de financement de quatre ans. Ils seront construits sur la période suivante.
- Equipement en bureautique et communication pour les bureaux régionaux assurance santé universelle, les mutuelles communautaires existantes et leurs structures faïtières pour 83.220 €
- Véhicules (2 4*4 et 4 motos) pour les bureaux régionaux assurance santé universelle pour 64.000 €

Items programmés dans les moyens généraux

- Equipements en bureautique et communication pour le volet offre, le volet demande, la Direction de la Santé et la CAFSP pour 105.300 €
- Véhicules : un total de 8 véhicules tous terrains pour les deux volets offre et demande (1 véhicule / AT) et 2 véhicules pour la Direction de la Santé et la CAFSP (en remplacement pour cette dernière) pour 300.000 €

Les coûts de fonctionnement, de subvention et de maintenance sont ventilés dans les lignes budgétaires et les aspects patrimoniaux sont présentés dans le chapitre 5 sur les modalités d'exécution

5 MODALITÉS D'EXÉCUTION

Les modalités d'exécution, définies sur la base du PIC et de l'analyse des risques, et selon les principes de responsabilisation des partenaires, d'harmonisation et d'alignement, couvriront :

- les responsabilités en termes de prise de décision (technique, administrative et financière)
- les canaux de déboursement financiers
- les procédures liées aux marchés publics (y compris les seuils de responsabilité)
- les procédures de rapportage administratif, comptable et financier
- les procédures de suivi et d'évaluation dans le cadre de la structure mixte de concertation locale
- la composition et les attributions des structures de suivi et d'exécution si applicable

Par ailleurs, étant donné que cette formulation de l'intervention PAODES arrive après celle du PAGOSAN, avec qui elle va fonctionner de façon coordonnée, la description qui va suivre prendra en compte ce mode intégré et les mécanismes de coordination entre les deux interventions et les trois Volets qu'elles incluent : Gouvernance, Offre, et Demande de soins.

5.1 Cadre légal et responsabilités administratives

Le cadre général est fixé par la Convention générale de coopération au développement du 19/10/2001 entre la République du Sénégal et le Royaume de la Belgique.

Le cadre spécifique sera fixé par la Convention Spécifique relative à l'intervention à signer entre la République du Sénégal et le Royaume de Belgique. Ce dossier technique et financier sera annexé à la Convention Spécifique.

La Convention Spécifique du projet fixe les modalités d'exécution, à savoir :

- Les responsabilités de chaque Partie ;
- Les obligations de chaque Partie ;
- Le coût de l'intervention et la contribution financière de chaque Partie ;
- Les organes de gestion de l'intervention (leur rôle, attribution, mode de fonctionnement).

Dès la notification par l'Etat belge à la CTB de la Convention Spécifique et de la Convention de Mise en Œuvre, l'intervention peut démarrer.

Pour la Partie belge, la Direction Générale au Développement (DGD) est l'entité administrative et financière responsable de la contribution belge à l'intervention. La Partie belge confie la réalisation de ses obligations pour la mise en œuvre de l'intervention à la Coopération Technique Belge. A ce titre, la CTB, à travers son Représentant Résident à Dakar, assume le rôle de coordonnateur, chargé d'approuver les dépenses.

Elle désigne un Co Responsable pour chacun des 3 volets du programme qui assureront le

conseil, la supervision et le contrôle régulier de l'exécution des prestations pour le compte de la partie belge. Ils auront ainsi une double fonction: 1/ celle de la cogestion de chacun des volets (volet Gouvernance pour l'intervention PAGOSAN, volet Offre et volet Demande pour l'intervention PAODES) et 2/ la coordination de la mise en œuvre des activités et l'obtention des résultats de l'ensemble du programme. Ils seront assistés dans cette tâche sur le plan administratif par un RAF et sur le plan technique par les autres AT du programme.

Les trois volets seront exécutés au sein de trois Sous Unités Opérationnelles, qui seront agréées par la partie sénégalaise (Ministère des Relations Extérieures et de la Coopération).

Les profils des co- responsables de la présente intervention sont décrits dans les TDR figurant dans les annexes et, pour la partie Gouvernance dans le DTF du PAGOSAN. Les frais de prise en charge des personnels responsables seront payés sur le budget en régie.

Pour la partie sénégalaise, comme pour les autres projets de coopération bilatérale directe entre le Sénégal et le Royaume de Belgique, l'ordonnateur de la Prestation, chargé de liquider et d'ordonnancer les dépenses du projet, est le Directeur de la Direction de la Dette et de l'Investissement auprès du Ministère de l'Economie et des Finances.

Le Ministère de la Santé Publique et la Prévention est l'entité responsable et qui à ce titre est le maître d'ouvrage.

A cet effet, il désigne, en concertation avec la CTB, un Responsable national pour chacun des 3 Volets du programme qui assure la direction, la supervision et le contrôle permanent de l'exécution des prestations (exécution de l'intervention, réalisation des résultats intermédiaires en vue d'atteindre l'objectif spécifique) étant donné qu'il s'agit d'un programme à multiple ancrage.

En concertation avec le MSP, il a été défini que les Responsables appartiendront à :

- La Direction de la Santé, pour le volet Offre (PAODES) ;
- La Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat CAFSP, pour le volet Demande (PAODES)
- La Cellule d'Appui au Suivi du PNDS pour le volet Gouvernance (PAGOSAN).

5.2 Responsabilités techniques

5.2.1 La coordination technique générale

La coordination de toute intervention dans le domaine de la santé revient au Ministère pour des raisons évidentes. C'est aussi au MSP d'organiser la coordination entre tous les appuis des différents partenaires au développement. Le programme s'inscrit dans cette logique et participera aux mécanismes de coordination et dans les groupes techniques au niveau national.

Ce programme belgo-sénégalaise est assez complexe en soi et il mérite une attention particulière pour une coordination propre. Ceci sera autant plus opportun au moment où les autres ressources financières seront engagées dans d'autres initiatives dans le même secteur.

Le programme actuel propose 3 Volets ancrés en deux interventions bien différenciés, mais complémentaires. Ceci offre une belle opportunité si elle est bien utilisée. Une approche

'programme' a l'avantage que malgré différentes portes d'entrée dans le système de santé, il aura une cohérence interne (entre les volets) et externe (avec la politique et les plans nationaux). Ce dernier est 'automatique' puisque toutes les activités s'inscrivent dans le plan sanitaire national et les plans opérationnels du partenaire national qui en sortent.

La cohérence interne n'est pas assurée automatiquement. Sans coordination, les volets risquent de se dérouler l'un à côté de l'autre et au lieu de fonctionner à l'intérieur d'un programme cohérent, les volets deviendraient des initiatives autonomes. Le potentiel de travailler en programme serait ainsi perdu. En plus, les différents volets du programme pourraient, sans le vouloir ou se rendre compte, prendre des voies stratégiques qui pourraient devenir contradictoires entre elles. C'est pourquoi une coordination entre les 3 volets s'impose. Dans un premier temps la coordination s'organisera à partir du volet Gouvernance (PAGOSAN).

Pour la coordination le Ministère de la Santé adjoindra au Secrétaire Général, Président du SMCL, un adjoint chargé de la coordination du programme CTB i.e. PAGOSAN et PAODES.²⁶

5.2.2 Responsabilités techniques par volet

Le Responsable de chaque Volet de l'intervention et le Coresponsable, sont chargés d'appuyer la mise en œuvre de l'ensemble des actions figurant dans le cadre logique et de les adapter le cas échéant selon les besoins et les changements contextuels. Ils rendront compte de l'exécution technique de l'intervention à la Structure Mixte de Concertation Locale selon le calendrier de réunions arrêté de cette SMCL.

Ils veilleront à remplir au mieux les différentes tâches décrites dans leur cahier de charge. Ils veilleront au bon déroulement de l'appui technique scientifique continu en concertation avec les Responsables du PAODES dès sa mise en œuvre, et proposeront des appels à une consultation externe si besoin.

Les Médecins Chefs de chacune des 5 RM et leurs responsables administratifs et financiers sont responsables de l'exécution de leur cahier de charge respectif et rendront compte à la direction de l'intervention, conformément à la Convention de Financement basée sur les résultats.

5.2.3 Renforcer la complémentarité et la cohérence entre volets

Un programme de développement est défini comme un ensemble d'interventions, souvent de différente nature, mais qui font un ensemble cohérent à travers des objectifs communs, notamment le renforcement du secteur en question.

En termes pratiques, il y a nécessité de renforcer la complémentarité des différents volets du programme en organisant une coordination efficace entre eux. Un flux d'information est nécessaire pour que du niveau périphérique vers le niveau central un feedback sur la mise en œuvre d'une politique sanitaire et les difficultés et goulots d'étranglement qui vont avec, puissent être communiqués de façon structurée. De la même façon, une bonne communication de haut en bas est nécessaire pour que la périphérie comprenne correctement les priorités du niveau central et puisse instaurer la politique sanitaire de façon efficace. Ainsi, une bonne coordination est nécessaire pour que le programme puisse obtenir:

²⁶ Décision de la réunion de validation PAODES du 05 mai 2011.

1. Du point de vue de l'intérêt du programme global

- de meilleurs résultats globaux, grâce à la mise en commun des 'savoirs', à une bonne circulation de l'information et ainsi une amélioration des décisions
- avoir plus de poids dans le dialogue technique sectoriel avec le MSP
- donner aux partenaires sénégalais une vision d'ensemble du système de soins de santé et de la coopération belge dans le domaine de la santé
- fournir des informations plus crédibles pour le dialogue technique sectoriel

2. Du point de vue de l'intérêt de chaque volet :

- que chaque volet, grâce à ce travail en équipe et à l'interdépendance ainsi créée, puisse profiter des 'savoirs' et des avis des autres membres de l'équipe
- que soit stimulé dans les responsabilités propres à chacun des volets, en se rendant compte que de son travail dépend la réussite du travail commun
- un renforcement continu de ses capacités par l'apport des autres
- avoir une vision globale sur l'ensemble des interventions dans le domaine de la santé

3. Du point de vue de l'intérêt de la coopération belge

- une meilleure réputation grâce à la qualité technique des prestations
- une assistance technique de meilleure qualité
- Un feedback pour une meilleure formulation des futures interventions et d'éventuels réajustements pour les initiatives en cours.

5.2.4 Une coordination préalable

La coordination entre les volets du programme ne doit pas être conçue comme un contrôle de la planification d'un volet sur les autres. Cela ferait perdre l'autonomie relative entre les volets et du niveau périphérique par rapport au niveau central, tandis que cette autonomie relative est justement une occasion de confrontation de deux logiques. C'est pourquoi, les volets doivent se concerter d'avance et échanger sur les grands axes stratégiques avant que chaque volet s'engage dans sa programmation annuelle. Ainsi chaque volet tiendra compte des axes stratégiques communément définis et discutés lors de sa planification.

La concertation se réalise avant la programmation « locale ». Ainsi, bien que chaque volet ait son budget propre (flexible et interchangeable si besoin en est) et planifié, il exécute ses activités de façon 'autonome' ; ceci n'est pas contraire à un programme bien coordonné.

5.2.5 L'organisation pratique de la coordination technique

La coordination d'un programme implique tout d'abord que les différents responsables travaillent en équipe. Un travail en équipe signifie que les membres de l'équipe ont des objectifs partagés et qu'ils partagent une vision commune et les stratégies qui devraient être mises en œuvre. Sont membres de l'équipe tous les responsables nationaux des 3 Volets du programme ainsi que les 3 ATI, les ATN et les RAF.

Ceci signifie à son tour que l'équipe se rencontre, échange des informations et discute.

L'équipe est libre d'identifier d'autres participants aux réunions comme personnes-ressources.

Deux grandes occasions annuelles de coordination peuvent être identifiées au cours d'une programmation et complétées par d'autres occasions diverses:

La planification annuelle que chaque volet doit réaliser oblige l'équipe de se concerter) sur les grands axes du programme, la vision derrière et les implications pour leurs volets respectifs. Cette information devrait servir ensuite pour la planification 'singulière' de chacun des volets.

Le programme doit être suivi continuellement à travers des rapports annuels et des indicateurs du programme (voir aussi 'data baseline'). Un suivi formel du progrès du programme à des moments réguliers par l'équipe est indispensable. Les occasions évidentes sont les préparations des réunions de la SMCL et la planification annuelle. La préparation des plans annuels et le suivi et évaluation du programme sont des thèmes de concertation obligatoires.

Toute autre occasion telle que par exemple un résultat de recherche important, la participation à un atelier ou à un groupe de travail, un voyage d'étude commun, peut constituer une opportunité supplémentaire de se voir et de se concerter en équipe.

En termes pratiques, les éléments principaux de l'équipe devront se réunir au minimum trimestriellement. D'un point de vue stratégique, il semble clair que c'est le volet Gouvernance (PAGOSAN) qui prend la responsabilité de l'organisation pratique de cette coordination en début du programme. Cela ne signifie pas que ce volet sera hiérarchiquement au-dessus des autres. D'ailleurs, il serait bon que les autres volets puissent organiser aussi quelques rencontres de coordination. Ainsi on évite de tomber dans le piège que la coordination devienne le contrôleur des plans et de la qualité des autres composants. Elle doit être le cadre pour la création d'un environnement propice et des occasions concrètes pour une concertation constructive.

5.3 Structures d'exécution et de suivi

5.3.1 La Structure Mixte de Concertation Locale

Pour assurer le suivi du projet afin de pouvoir le réorienter en cas de besoin, et pour que les partenaires soient toujours au courant des développements au sein du projet, une Structure Mixte de Concertation Locale, est mise en place. Une seule SMCL pour l'ensemble du programme PAODES et PAGOSAN est avancée.

Attributions

La Structure Mixte de Concertation Locale s'assure des réalisations, des évolutions importantes et des problèmes éventuels que rencontrent les directeurs de projet dans la mise en œuvre de l'intervention.

En particulier, elle se charge de :

- S'informe de l'exécution des engagements pris par les Parties ;
- Prend connaissance de l'état d'avancement, de l'atteinte des objectifs et de l'exécution du budget sur la base des rapports d'exécution des projets (PAGOSAN et PAODES) et une présentation par les Unités de Direction et de Coordination de chaque Volet du Programme ;

- S'assure que le programme progresse conformément au plan d'avancement des activités et au plan d'exécution du budget ;
- S'assure que les volets du programme s'inscrivent toujours dans la ligne de la politique nationale de santé et d'action sociale du Sénégal ;
- Approuver les ajustements ou les modifications éventuels des résultats intermédiaires, tout en respectant l'objectif spécifique et l'enveloppe budgétaire fixés par la Convention.
- Evalue, par volet, les problèmes de gestion des ressources (humaines, financières et/ou matérielles) dans le cadre de l'exécution et prend les dispositions en vue de les résoudre ;
- Décide de la pertinence d'un remaniement de budget en cas de dépassement des dépenses de plus de 15% du montant prévu pour un résultat ;
- Approuver des transferts budgétaires entre les composants du programme et l'allocation des budgets en réserve.
- Faire des recommandations aux autorités compétentes des deux Parties signataires de la convention
- Résoudre, pour le bon déroulement du programme, tout problème de gestion qui se poserait, relatif aux ressources financières ou matérielles, ou à l'interprétation du DTF
- Approuve le rapport final de chaque projet (PAGOSAN et PAODES et superviser la clôture le programme).

Composition

La SMCL est composée des membres effectifs et permanents suivants :

- -Le Secrétaire Général du MSP, Président ;
- -Le Directeur de la Direction de la Dette et de l'Investissement auprès du Ministère de l'Economie et des Finances, Ordonnateur de la prestation ;
- -Le Représentant Résident de la CTB, Coordonnateur de la prestation ;
- -Le Directeur de la Coopération Economique et Financière auprès du Ministère de l'Economie et des Finances ;
- -Un Représentant du ministère chargé de la décentralisation et des collectivités locales ou de leurs délégués respectifs.
- -Le Directeur de la DRH
- -Le Directeur de la DAGE²⁷
- -Le Directeur de la DS pour le volet Offre
- -La Coordinatrice du CAFSP pour le volet Demande
- -Le Coordinateur de la CASPNDS pour le volet Gouvernance

²⁷ Décision prise lors de la validation technique du 05 mai 2011.

- -La société civile représentée par un membre effectif de la coupole des mutuelles.

Le Responsable et le Coresponsable de chaque volet du programme assurent le secrétariat, à tour de rôle.

La SMCL peut également inviter, en qualité d'observateur ou d'expert, permanent²⁸ ou à la demande, toute personne susceptible d'apporter une contribution à l'intervention.²⁹

Fonctionnement

Mode de fonctionnement de la SMCL :

- La SMCL établit son règlement d'ordre intérieur dans le respect des autres dispositions de la convention spécifique ;
- La SMCL se réunit sur invitation de son président ordinairement chaque trimestre ou de façon extraordinaire à la demande d'un membre. La fréquence des réunions ordinaires pourra être modifiée par simple décision de la SMCL ;
- La SMCL se réunit pour la première fois au plus tard trois mois après la signature de la convention spécifique pour validation des feuilles de route de démarrage ;
- La SMCL prend ses décisions en concertation et selon la règle du consensus ;
- Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal signé par tous les membres ;
- La SMCL tient également une réunion au plus tard 3 mois avant la fin de validité de la convention spécifique afin d'approuver le rapport final et d'assurer les formalités de clôture du programme.

5.3.2 La gestion et coordination du programme

Pour rappel (voir chapitre 5.1) en matière de gestion et coordination sont responsables :

Pour la partie sénégalaise, le Ministère de la Santé Publique désigne :

- un Responsable pour chacun des 3 Volets (RV) du programme, dont 2 pour les volets PAODES,

Pour la partie belge la CTB, le Représentant Résident à Dakar assume le rôle de coordonnateur chargé d'approuver les dépenses et désigne :

- Un Coresponsable par Volet, pour chacune des 3 Sous Unités Opérationnelles, intégrant le programme.

Pour la coordination des différents volets au niveau du ministère, un conseiller technique viendra en appui au SG, président du SMCL.³⁰

Le programme sera mené en s'intégrant dans les institutions du pays partenaire : ministère, régions médicales (DRS à terme), districts sanitaires. La proximité physique doit être recherchée mais si cela s'avère impossible cela ne devrait justifier la non-intégration

²⁸ Les médecins chefs de Régions appuyées seront invités comme observateur permanent.

²⁹ En attendant l'intégration effective de PAMAS et PAODES l'équipe PAMAS sera également invitée.

³⁰ Décision prise lors de la validation technique du DTF PAODES le 05 mai 2011.

institutionnelle.

5.3.3 Les Sous Unités de gestion du programme

Une Sous Unité Opérationnelle de direction et de coordination est mise en place au sein de chaque département chargé d'un volet du programme. Soit une SUO à la Direction de la Santé pour le Volet Offre, une à la CA FSP pour le Volet Demande (tous deux PAODES), et une à la CAS/PNDS pour le Volet Gouvernance (PAGOSAN).

Chaque SUO sera composée d'une direction et d'un responsable administratif et financier. Cette unité, volontairement aussi réduite que possible pour ne pas créer de structure parallèle aux services du MSP, est ancrée et logée au niveau de chaque département ministériel. Elle pourra utiliser le secrétariat, mais la logistique et la bureautique pour la sous-unité seront fournies sur le budget de l'intervention.

La direction de la SUO

La responsabilité de l'exécution de chaque volet de l'intervention est assurée par la Direction de la SUO, composée d'un Responsable et d'un Coresponsable. L'expert international sera recruté par la CTB à Bruxelles. Le MSP donne son accord sur le choix de la personne sélectionnée. Son profil est décrit dans les TDR figurant en annexe. Les rémunérations seront payées sur le budget en régie. Ensemble ils assureront la direction, la coordination, la supervision et le contrôle permanent de l'exécution des prestations (exécution de chaque volet de l'intervention, réalisation des résultats intermédiaires en vue d'atteindre l'objectif spécifique. Le Responsable et le Coresponsable de l'intervention sont responsables de la production des résultats intermédiaires de l'intervention en vue de l'atteinte de son objectif spécifique. Ils sont également responsables de la gestion technique, budgétaire, comptable et administrative.

En particulier :

- Ils planifient ensemble les activités et les dépenses, en ce compris la consolidation des planifications proposées par les responsables régionaux pour les activités qui les concernent ;
- Ils sont responsables pour toute décision technique concernant l'intervention ;
- Ils visent conjointement chaque document officiel se rapportant à l'exécution de celle-ci, notamment ceux ayant trait aux procédures de marchés publics ;
- Ils ont accès à tout document administratif, financier ou technique concernant les apports, tant sénégalais que belges ;
- Ils sont conviés à participer à toute réunion relative à l'exécution de l'intervention et organisée par les structures de tutelle afin d'émettre un avis quant aux sujets traités ;
- Ils assurent le secrétariat de la Structure Mixte de Concertation Locale ;
- Ils effectuent l'étude de tout problème de gestion des ressources (humaines, financières ou matérielles) ou d'interprétation de la convention spécifique ou du DTF qui se poserait pour le bon déroulement du projet avant de le soumettre à la Structure Mixte de Concertation Locale pour prise de décision si besoin.

Chaque direction de SUO comptera avec l'appui sur le plan administratif d'un RAF national et sur le plan technique par les ATN du programme pour assurer la gestion technique,

administrative, budgétaire, financière et comptable du volet, sauf les dépenses en régie. Les ATN seront basés dans les régions. Ils travailleront toutefois suivant les nécessités et compétences sur la totalité de la zone appuyée.

Les Sous Unités Opérationnelles sont responsables de la production des résultats intermédiaires de leur volet en vue de l'atteinte de l'objectif spécifique du programme pour lequel elles sont solidairement et spécifiquement responsables.

La coordination entre les Sous-Unités a été décrite en 5.1. L'option de coordonner des Sous Unités de Gestion avec un degré bien convenu d'autonomie de gestion administrative et budgétaire a l'avantage de respecter les décisions par niveau et l'autonomie relative des structures nationales en termes de planification et de gestion financière.

Un RAF Central, volet Gouvernance (PAGOSAN), fera en sorte que la programmation financière soit centralisée et que les grandes dépenses soient bien orchestrées au niveau 'central'.

En plus, un ATN 'constructions' (lié au PAODES) et un gestionnaire national en Marchés Publics (PAGOSAN), faciliteront très significativement sur l'ensemble du programme la gestion en ces domaines.

La Direction de chaque SUO se conforme aux modalités d'exécution administratives et financières définies par la CTB, dans les limites des prérogatives de celle-ci.

5.3.4 Le personnel administratif et financier

Un RAF national pour chaque volet, dont un RAF central, et un expert national en Marchés publics ont déjà été mentionnés (5.3.1.2)

Un Comptable local sera affecté à chaque volet et viendra en appui des SUO durant les 4 années. Chaque RAF les formera et les contrôlera techniquement et rapportera de déficiences aux RV et CR. Ces comptables seront recrutés conjointement avec le MSP et la CTB et payés en régie. Le profil se trouve en annexe du présent DTF (7.5) et peut éventuellement être ajusté selon les besoins à l'occasion du lancement de l'appel aux candidatures. Ils bénéficieront d'une formation à la gestion comptable de la CTB au siège de la représentation CTB à Dakar et le RAF national assurera aussi des tâches de secrétariat dans le cadre du programme.

5.4 Modalités de gestion et Responsabilités financières

5.4.1 Principes

Les prestations de la Coopération belgo-sénégalaise sont essentiellement exécutées en cogestion. Cette approche, concrétisant le principe de partenariat basé sur l'égalité, est fondée sur la responsabilité partagée et sur la gestion conjointe des opérations. Elle devra garantir un maximum de transparence. Le Sénégal est le maître d'œuvre de la prestation de coopération cofinancée par la Belgique. En analogie avec le PAGOSAN, le PAODES s'inscrit toutefois dans une logique de vouloir évoluer vers de nouvelles modalités d'aides.³¹

Le Ministère de la Santé et de la Prévention, désigné comme entité administrative responsable de la réalisation de la prestation de coopération, a la charge de tout mettre en

³¹ Exécution nationale, Appui Budgétaire sectoriel.

œuvre pour la réussite de celle-ci.

La Coopération Technique Belge (CTB) est chargée par la Partie belge de la réalisation de ses obligations pour la mise en œuvre et le suivi du projet. L'ordonnateur et le Coordonnateur gèreront conjointement en respect du principe de double signature les comptes bancaires ouverts au nom de la prestation de coopération.

Un manuel guide de gestion administrative et financière existe dans le cadre de la coopération Belgo-Sénégalaise. Il sera transmis par les ordonnateurs à l'équipe de gestion de chaque volet. Il prévoit des instructions aussi bien pour la régie que pour la cogestion.

Certaines lignes budgétaires seront gérées selon le principe de régie. La CTB assume l'entière responsabilité financière et technique de l'exécution des lignes budgétaires en régie, pour lesquelles les procédures diffèrent de celles de la cogestion. Il s'agit des missions de suivi, d'évaluation, d'audit, et du salaire d'une partie du personnel.

5.4.2 Dépenses avant CMO

Afin de faciliter le démarrage du projet, des engagements seront contractés et des dépenses effectuées avant la signature de la convention de mise en œuvre. Ceux-ci concernent la logistique et seront gérés conformément aux procédures de la CTB.

Véhicules : Lignes Z_02_01 et Z_02-02 pour un total de 300.000€.

5.4.3 Comptes et pouvoirs de signature

5.4.3.1 Compte principal

L'Ordonnateur et le Coordonnateur ouvriront un compte principal en EUR auprès d'une banque commerciale du Sénégal. Le compte principal est actionné sous la double signature de l'ordonnateur et du coordonnateur du programme ou de leurs délégués sur présentation des ordres de paiement. Ce compte est utilisé pour réception des fonds de la CTB pour alimenter les comptes opérationnels et peut aussi être utilisé pour le paiement des grandes factures.

Sur initiative des ordonnateurs, le programme ouvrira 2 comptes opérationnels en francs CFA auprès d'une banque commerciale et éventuellement une caisse pour couvrir les dépenses locales pour chaque Volet (Offre, Demande) du programme. Les comptes opérationnels sont activés par la double signature du Responsable et du Co Responsable de chaque Sous Unité Opérationnelle.

Les transferts sur les comptes opérationnels seront réalisés par l'ordonnateur et le coordonnateur après vérification des comptes mensuels et à la demande de la direction de la SUO. Le montant de l'avance sur les comptes opérationnels est déterminé et peut être révisé par les ordonnateurs.

Mandats pour les engagements et paiements

Les procédures CTB liées aux engagements et paiements ainsi que les règles du mandat seront respectées.

Les actes ayant trait au volet des projets placés sous la co-responsabilité respecteront les plafonds mentionnés ci-dessous :

Signature 1	Signature 2	Limite
Responsable	Co-Responsable	25.000€
Ordonnateur	Coordonnateur	La limite dépend des procédures internes auprès des institutions respectives ³² .

Les engagements doivent être approuvés par les deux parties tout en respectant les mandats (voir pouvoir de signature). La direction de l'intervention doit assurer un bon suivi des engagements. Elle n'est pas autorisée de prendre des engagements sur base d'un budget non approuvé officiellement.

5.4.3.2 Les Sous comptes

Des sous comptes seront ouverts dans chacune des 5 RM qui seront alimentés, sur base de Plans de Travail Annuels (PTA) budgétisés, à partir du compte principal CFA tout en limitant les fonds sur ces comptes sur la base d'un accord d'exécution dont les principes sont détaillés au chapitre 5.3.4

Ils seront actionnés sous la double signature du Médecin chef des RM et du Responsable Administratif et Financier des RM.

5.4.3.3 Compte en régie

Pour les dépenses locales en régie, un compte principal et si nécessaire un compte opérationnel, seront ouverts avec double signature au niveau de la CTB.

5.4.3.4 Transferts de fonds et décaissements

Afin de recevoir des fonds (sur le compte opérationnel) dès la notification de la Convention de Mise en œuvre entre l'état belge et la CTB, un appel de fonds par mode de financement peut être introduit à la représentation locale de la CTB. Le montant demandé doit correspondre aux besoins des trois premiers mois. Pour la partie cogérée, l'appel de fonds doit aussi être signé par l'ordonnateur.

Afin de recevoir des fonds suivants, le programme doit introduire un appel de fonds (cash call) auprès de la représentation CTB à Dakar, par mode de financement au début du mois précédant le trimestre suivant. La demande de fonds, qui équivaut au besoin en trésorerie du trimestre suivant avec une réserve, doit être signée par la SUO pour la partie cogérée. La CTB versera les fonds sur les comptes des volets du programme.

Le transfert de fonds par la CTB se fait au début du trimestre. La CTB peut aussi proposer un schéma de financement spécifique (paiements en plusieurs tranches ou paiements à la demande). Les fonds sont transférés à condition que la comptabilité du trimestre précédent soit faite et approuvée, que la programmation financière pour les trimestres suivants est faite et validée par la représentation CTB à Dakar et que le montant de l'appel n'est pas plus élevé que le solde budgétaire.

Le système financier reposera sur un Financial Information Tools (FIT) multisite. Chaque Sous Unité Opérationnelle (Offre et Demande) disposera d'un sous FIT pour enregistrer les dépenses des comptes opérationnels et de ses caisses. Le RAF du volet Offre du PAODES assurera le FIT central pour l'intervention. Cela a deux conséquences : d'une part, il devra travailler étroitement avec l'autre RAF et d'autre part les 2 RV et CR assureront la validation

³² Le co-ordonnateur peut engager et payer jusqu'à 200.000€. Au-delà il doit demander un mandat spécial au siège de la CTB.

du tout. De même pour la programmation financière et pour les Cash Call.

En cas d'urgence le programme peut introduire un appel de fonds avancé en justifiant le besoin.

5.4.4 Gestion du budget

Le budget total et le budget par mode d'exécution ne peuvent pas être dépassés. Au cas où une augmentation budgétaire serait nécessaire une demande motivée d'augmentation doit être introduite par la partie sénégalaise auprès de l'Etat belge après avoir reçu l'accord de la SMCL. Si la Belgique accepte la demande on procède à un échange de lettres signées par les deux parties. Le budget du programme donne les contraintes budgétaires dans lesquelles le programme doit être exécuté. Les changements importants (définis comme plus haut au niveau de la description des attributions de la SMCL comme > 15% des budgets prévus au niveau des résultats) de budget doivent être approuvés par la SMCL sur base d'une proposition présentée par le coordinateur du programme. Ceci signifie en termes pratiques que tout changement budgétaire au niveau des activités ou des résultats de < 15 % reste la responsabilité et donc la décision de la direction de l'intervention.

La gestion de changement budgétaire doit être faite selon les procédures de la CTB.

La réserve budgétaire peut uniquement être utilisée pour des activités du programme et après accord de la SMCL. Son utilisation doit toujours être accompagnée d'un changement du budget.

Les engagements doivent être approuvés par les deux parties tout en respectant les mandats (voir pouvoir de signature). La direction du projet doit assurer un bon suivi des engagements. Il n'est pas autorisé de prendre des engagements sur base d'un budget non approuvé officiellement.

5.4.5 Suivi comptable et programmation financière

Chaque mois, un rapport comptable du mois précédent accompagné des pièces justificatives avec les outils et selon les procédures de la CTB sera établi. La comptabilité doit être signée pour accord par le Responsable et Co responsable et transmis au coordonnateur (représentation locale de la CTB). La comptabilité qui est envoyée à la représentation de la CTB consiste en un fichier électronique, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse.

Chaque trimestre, une programmation financière pour les trimestres suivants ainsi que pour le trimestre en cours sera établie selon les outils de la CTB. Le RAF prépare la programmation financière. Cette dernière doit être envoyée à la représentation locale de la CTB selon les délais fixés. La comptabilité à envoyer à la représentation locale de la CTB comprend un fichier électronique, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse

5.4.6 Accords d'exécutions

Dans le cadre de la coopération avec certains partenaires institutionnels, des accords d'exécution peuvent être passés. Un exemple ici sont les accords avec les RM, signés avec le PAGOSAN. . Ces accords respecteront les procédures de la CTB sur les accords

d'exécution dont certains principes sont posés dans ce chapitre.

Dans le cadre de ces Accords d'Exécution, un plan de financement annuel sera approuvé par les ordonnateurs sur base d'une planification opérationnelle annuelle et dans le respect des dispositions de ce DTF avec inscription aux budgets régionaux du MSP. Ces accords concerneront les activités des résultats des interventions.

Le compte principal de chaque volet alimentera les sous comptes spécifiques liés à ces accords suivant les modalités financières et les conditions de paiement définies dans les accords d'exécution et concerne les activités suivantes :

Ces sous-compte spécifiques ne peuvent-être débiteur à aucun moment. Afin de respecter les procédures de plafonds des mandats du DTF, les dépenses au-delà de 25.000€ seront effectuées par l'ordonnateur et le coordonnateur.

Chacun sous Compte spécifique des RM sera approvisionné trimestriellement sur base des informations détaillées ci-dessous :

- Un rapport d'activités détaillé.
- Un rapport de suivi budgétaire depuis la signature de l'accord.
- Un listing des dépenses effectuées du dernier trimestre.
- Une programmation financière trimestrielle des 3 prochains trimestres.
- Une copie des engagements en cours (contrats, bon de commande), supérieurs à 5.000€.
- La copie de l'extrait bancaire mensuel du compte spécifique.

Ces transferts seront subordonnés aux objections éventuelles relevées par le contrôle du projet ou des auditeurs externes. Les justificatifs probants des dépenses, livres et enregistrements seront contrôlés au minimum une fois par trimestre par le RAF du projet, et seront tenus à disposition de l'auditeur externe.

Des audits financiers seront effectués sur une base annuelle par un cabinet d'audit recruté par la CTB. Les RM le cas échéant élaborer un plan d'action afin d'améliorer les procédures et de prouver que des mesures correctives sont entreprises.

Lors de la revue annuelle de ces accords, en cas de manquement grave des obligations des accords d'exécutions ou en cas de grands retards dans l'exécution d'activités, les ordonnateurs auront la possibilité de décider si certaines activités seront exécutées directement par l'intervention.

5.5 Modalités de gestion

5.5.1 Gestion des marchés publics

Pour l'attribution des marchés de fournitures, travaux et services, concernant les activités en cogestion la législation des marchés publics sénégalaise est d'application, sous réserve des dispositions de la présente Convention.

En outre, avant la diffusion de toute demande d'offre et pour les commandes supérieures au montant de 16.000.000 FCFA, le responsable et le coresponsable transmettent aux Ordonnateurs, pour accord préalable :

- Le mode d'attribution du marché (appel d'offres général, appel d'offres restreint ou consultation et procédure négociée) ;
- Si ce n'est pas un appel d'offres général, la liste des entreprises à consulter et les critères de sa constitution ainsi que les coordonnées de ces entreprises; quel que soit le mode d'attribution du marché retenu, un minimum de trois soumissionnaires doit être valablement consulté ;
- Les critères d'attribution du marché qui seront utilisés.

Le responsable et le coresponsable ou leurs délégués participeront tant à l'ouverture des plis qu'au dépouillement et à l'analyse des offres. Dès leur dépouillement, un exemplaire de chacune des offres est transmis aux Ordonnateurs.

Les Ordonnateurs disposent d'un délai de 15 jours calendrier, à compter de leur réception, pour approuver le choix du soumissionnaire proposé et le projet de contrat ou de lettre de commande ou pour faire valoir leurs remarques. . L'obtention d'un avis de non-objection constituera donc une condition essentielle de validité de la procédure de passation et de l'attribution du marché.

Pour les activités financées en régie belge, la législation belge pour les marchés publics est d'application.

Tous les documents relatifs au marché feront référence à la source de financement. Le Représentant Résident de la CTB, coordonnateur, ou son délégué, ainsi que toute personne jugée utile par ceux-ci, pourra assister dans le dépouillement et l'analyse des offres et participer activement aux délibérations avec voix délibérative. Aucune incompatibilité dans l'assistance aux différentes tâches ne sera applicable aux personnes susmentionnées. Les directions définies dans le cadre du programme transmettent ensuite à l'ordonnateur et au coordonnateur du programme les procès verbaux détaillés établis par la CGMP sur le dépouillement des offres et la proposition d'attribution pour obtention de l'avis de non-objection décrit ci-dessus.

Tandis que l'équipe SUO est responsable pour la conception et les TdR techniques de tous les marchés publics, le RAF assumera les responsabilités liées au respect des procédures et des règles des marchés publics depuis le lancement de la procédure jusqu'à l'attribution définitive du marché. Il sera assisté par le gestionnaire en marché public, cadre national, contracté par le programme. Pour les marchés publics en matière de construction, les TDR techniques seront rédigés par l' ATN ingénieur génie civil sur indication des RV et CR concernés. Il appuiera également le RAF pour le suivi des procédures et le dépouillement aux moments opportuns.

La CTB fixe des seuils de publication et de non-objection en vertu de ses règles de gestion interne et des mandats et afin de respecter les normes internationales régissant la coopération internationale.

Pour l'heure ces seuils sont les suivants :

- A hauteur de 25 000 EUR hors taxe, la direction des SUO du programme est habilitée à dresser les dossiers d'appels d'offres, à lancer les marchés et à les adjudger, dans le respect de la législation en vigueur, avec la participation de la CGMP de l'entité administrative concernée. Aucun avis de non-objection n'est requis de la part du coordonnateur.
- De 25 000 EUR hors taxes à 200 000 EUR hors taxes, le RAF est tenu d'obtenir une attestation de non-objection du Représentant résident de la CTB sur le

dossier d'appel d'offres avant son lancement et sur la proposition d'attribution. A cet effet, il transmet au Représentant résident, suivant l'étape concernée, soit le dossier complet d'appel d'offres, soit les procès-verbaux détaillés établis par la CGMP sur le dépouillement des offres et la proposition d'attribution.

- Au-delà de 200 000 EUR hors taxes, le Représentant résident de la CTB est lui-même tenu d'obtenir un mandat du Conseil d'Administration de la CTB pour émettre une attestation de non-objection. En dehors de cette démarche, la procédure est identique en tous points à la procédure décrite ci-dessus pour les marchés d'une valeur comprise entre 25 000 EUR hors taxes et 200 000 EUR hors taxes.

5.5.2 Gestionnaire en Marché Public National et d'un ingénieur génie civil national

Vu l'envergure de la gestion financière d'un budget total sur les 2 interventions de 21 millions EUR (16 par PAODES et 5 par PAGOSAN) comme prévu dans le PIC actuel, le programme engagera un Gestionnaire en Marchés Publics plein temps avec un contrat en régie et en appui du programme et financé sous l'intervention PAGOSAN. Ses termes de référence seront élaborés par les responsables de l'intervention. Le recrutement se fera à travers un appel d'offre sur le marché d'emploi sénégalais et la sélection se fera conjointement entre la représentation et le Ministère de la Santé Publique.

Cette personne s'occupera de l'ensemble du programme belge dans le secteur de la santé même si d'autres initiatives s'ajoutent dans le futur.

Vu la complexité technique et financière des marchés publics concernant des constructions ou réhabilitations des bâtiments et la charge de travail que cela implique, le programme engage également un ingénieur génie civil financé sous l'intervention PAODES. Il sera responsable pour définir les cahiers de charge des travaux à lancer et pour donner son avis professionnel par rapport au dépouillement des offres et la proposition d'attribution. Ses termes de référence se trouvent en annexe.

Cette approche soulagera ainsi les directions du programme afin qu'elles se concentrent prioritairement sur les questions techniques et stratégiques.

5.6 Rapportage administratif, comptable et financier

5.6.1 Rapportage technique et administratif

La Direction de chaque SUO est pleinement responsable du suivi et de la supervision de l'exécution de toutes les activités engagées. Elle est tenue de définir et faire exécuter des plans semestriels de travail, avec l'établissement d'indicateurs de performance précis et les indications budgétaires.

En début de chaque année civile, l'équipe du programme, sous la responsabilité de son coordinateur, établira un rapport de suivi annuel sur l'année civile qui précède, selon les canevas de la CTB, à destination de la SMCL et du bailleur de fonds.

A la moitié de l'année, l'équipe du programme réalisera un rapport d'exécution et de suivi semestriel selon le format CTB, qui sera présenté à la SMCL après avoir été déposé au moins 15 jours avant la réunion ordinaire du SMCL.

Ces rapports d'exécution et de suivi comprendront un bilan, par volet, des activités réalisées en comparaison avec le plan établi, une analyse des résultats et des indicateurs, un rapport financier, un chronogramme des activités pour la période suivante mais également un point sur les problèmes et les contraintes et les propositions d'actions et /ou de décisions pour y remédier. Pour les questions plus techniques, la SMCL veillera à s'entourer des conseils techniques nécessaires à sa prise de décision.

Le rapport de suivi contient en outre une appréciation et une analyse qualitative.

En fin de programme, l'équipe du programme établira un rapport final, selon canevas de la CTB, qui devra être approuvé par la SMCL. Ce rapport final sera accompagné des documents de clôture tels que décharge des responsables du programme et les PV de transmission des immobilisés et des archives.

5.6.2 Rapportage financier

Pour chaque réunion de la SMCL les documents suivants seront produits et transmis aux membres:

- Rapport d'exécution budgétaire ;
- Mise à jour de la programmation financière ;
- Aperçu des soldes bancaires ;
- Liste des fonds reçus ;
- Proposition de changement budgétaire si nécessaire ;
- Liste des engagements importants,
- Plan d'action lié aux recommandations des audits le cas échéant.

5.7 Mécanisme d'appropriation des adaptations au DTF

A l'exception de l'objectif spécifique du programme, de la durée de la Convention Spécifique, et des budgets définis dans la Convention Spécifique, pour lesquels une éventuelle modification doit se faire par un échange de lettres entre les Parties, l'entité sénégalaise responsable pour l'exécution du programme et la CTB peuvent conjointement adapter le DTF, en fonction de l'évolution du contexte et du déroulement de l'appui.

La CTB doit informer la partie belge des modifications suivantes apportées à l'intervention:

- les formes de mise à disposition de la contribution de la Partie belge et de la Partie sénégalaise,
- les résultats, y compris leurs budgets respectifs au-delà d'un montant > que 15% du montant prévu initialement (voir aussi gestion financière et attribution de la SMCL),
- les compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement de la SMCL,
- le mécanisme d'approbation des adaptations du DTF,
- les indicateurs de résultat et d'objectif spécifique,

- les modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties. Un planning financier indicatif adapté est joint le cas échéant.

Toutes les modifications au DTF initial, énumérées ci-dessus, doivent être approuvées par la SMCL. Les autres changements, tels que les changements au niveau des activités et leurs budgets, peuvent être implémentés par la direction d'intervention. Ces modifications seront reprises dans les rapports d'exécution de l'intervention. Le comité des partenaires quant à lui approuvera, comme décrit sous la sous activité 7.1.2, le plan de création des bureaux régionaux d'assurance santé universelle.

5.8 Monitoring et Evaluation

5.8.1 Monitoring

Le monitoring du projet a pour but non seulement de contrôler l'exécution technique et financière des activités, mais surtout d'améliorer l'efficacité et l'efficacités de la prestation de coopération afin qu'elle puisse réaliser au mieux ses objectifs. Étant donné le grand volume d'activités à suivre dans les deux volets PAODES, il est proposé un poste d'Assistant(e) Technique national-ATN chargé spécifiquement des questions de suivi et monitoring. Ce poste est décrit dans le chapitre 7.5. dédié au personnel technique.

5.8.2 Étude ligne de base

Il est prévu en début de l'intervention, lors de l'étape de démarrage, la réalisation d'une Baseline Study. Elle sera menée sous l'angle d'une approche genre spécifique et validera les indicateurs de monitoring du projet, et déterminera le niveau de base. Elle est financée sous la ligne Z 04 03.

5.8.3 Rapports d'exécution semestriels

Afin de permettre une bonne information de tous les partenaires concernés par l'exécution de la prestation de coopération, le Responsable, conjointement avec le Coresponsable, devront établir des rapports d'exécution semestriels (contenu technique et financier). Ils seront appuyés pour cette tâche par les RAF respectifs. Les deux volets PAODES présenteront un seul et unique rapport, reprenant les deux volets.

5.8.4 Rapports annuels

Le Responsable et le Coresponsable de l'intervention rédigeront des rapports annuels, conformément aux canevas de la CTB et en prenant en considération certaines exigences du partenaire. Les rédacteurs de ces rapports vont faire une appréciation du degré de réalisation des résultats intermédiaires et de l'objectif, en se basant sur les indicateurs identifiés à cette fin et présentés dans le cadre logique et en relation avec des « baselines » définies en début de l'intervention. Pour le rapportage aucun budget spécifique n'est prévu.

5.8.5 Evaluation

Une évaluation à mi-parcours et une deuxième en fin d'intervention seront organisées.

Une expertise externe réalisera chacune de ces évaluations. La dernière évaluation sera effectuée avant la clôture de l'intervention. Cette dernière mission sera organisée par les responsables de l'intervention conjointement avec la représentation locale de la CTB. La CTB Bruxelles (responsable sectoriel et géographique) sera appelée à encadrer le déroulement de l'évaluation. Elle sera aussi associée aux visites de terrain en concertation entre CTB

Bruxelles et CTB Dakar. Cette mission aura pour but de juger la pertinence et d'émettre des recommandations sur la pertinence et les orientations d'une éventuelle nouvelle phase.

En outre, les deux gouvernements pourront chacun, le cas échéant, procéder à une évaluation externe des objectifs et des différents aspects de l'exécution de la prestation de coopération.

5.8.6 Backstopping

Des missions d'appui/suivi technique seront organisées annuellement par la CTB (CTB Dakar et CTB Bruxelles) afin d'appuyer techniquement la prestation dans son exécution.

Des missions d'appui/suivi financier seront également organisées par la CTB (CTB Dakar et CTB Bruxelles) afin d'appuyer l'intervention dans la gestion financière des activités. L'objectif de ces missions est de fournir à la direction du projet et à la CTB de l'information fiable sur l'état financier du projet présenté dans les rapports.

5.8.7 Suivi Scientifique

Afin de capitaliser les expériences, de réorienter les stratégies sur base d'évidences scientifiques et de valider les approches testées, un suivi scientifique sera organisé. Ce suivi scientifique, qui étudiera en particulier les dynamiques sectorielles instaurées par ce programme, sera réalisé par un institut de recherche en développement sénégalais en partenariat avec un institut de recherche en développement international.

5.9 Audit

Audit programme

Il est prévu un audit financier périodique des comptes du programme par un cabinet d'experts comptables national qui sera mandaté par la SMCL pour toute la durée du Projet. Ces audits seront organisés selon des modalités/ standards acceptés internationalement. Ils sont financés en régie et seront traités via le contrat cadre CTB en place.

L'audit portera sur :

- La vérification que les comptes du programme reflètent la réalité ;
- Le contrôle de l'existence et le respect des procédures.

La SMCL peut demander des audits supplémentaires si elle les juge nécessaires. La SMCL charge le Représentant résident de l'élaboration des termes de référence et de la sélection de la firme d'audit. La firme d'audit doit être une firme certifiée (selon standards internationaux) indépendante.

Le rapport d'audit doit être présenté à la SMCL. Si nécessaire, la direction doit élaborer un plan d'action afin d'améliorer les procédures et prouver que des mesures correctives ont été entreprises.

Audit RM

Chaque RM sera susceptible d'être auditée annuellement selon les accords d'exécutions passés avec les RM. Les principes susmentionnés restent valables. Ces audits sont prévus dans le budget.

Audit bureaux régionaux assurance santé universelle

Dans le cadre du développement des bureaux régionaux Assurance Santé Universelle, des audits annuels externes seront menés comme indiqué sous point 0.

Audit CTB

Chaque année les comptes de la CTB sont audités par un collège de commissaires. Dans ce cadre ils réalisent également des audits de projets. Le comité d'audit de la CTB peut aussi demander qu'un projet soit audité par l'auditeur interne de la CTB.

5.10 Clôture de la prestation

Les Directions de chaque volet du PAODES devront se coordonner pour produire un seul et unique rapport final qui sera rédigé conjointement avec l'institution de suivi et qui sera soumis pour approbation à la Structure Mixte de Concertation Locale.

A la clôture de l'intervention, tout le matériel acquis à charge de l'intervention sera réalloué d'un commun accord.

Six mois avant la fin de l'intervention, un bilan financier unique doit être élaboré par les directions de volet selon les procédures de la CTB. Le bilan financier présenté au SMCL de clôture doit d'abord être vérifié par la CTB.

6 THÈMES TRANSVERSAUX

6.1 Environnement

Une multitude d'actions dans le domaine de l'environnement ont été prévues dans cette intervention santé. La démarche Qualité ciblera des activités prioritaires dans le domaine de l'environnement (voir 3.4.1) ; le programme prévoit des activités pour rationaliser la maintenance (voir 3.4.3) ; pour les déchets médicaux des traitements spécifiques seront introduits (voir 3.4.3) ; dans les réhabilitations des infrastructures une partie est prévue pour l'amélioration de la gestion des déchets médicaux.

6.2 Genre

6.2.1 Stratégie Genre

Le cadre de référence pour les aspects Genre au Sénégal est la SNEEG 2015 ou la Stratégie Nationale pour l'Égalité et l'Équité de Genre. La SNEEG ambitionne de contribuer de façon déterminante à l'atteinte des objectifs de développement du pays tels que traduits dans les cadres de référence que sont la Déclaration de la Politique de Population, le Document de Stratégie de la Réduction de la Pauvreté et les Objectifs du Millénaire pour le Développement en veillant à l'égalité et à l'équité de genre.

Sur la base de l'analyse de la situation du genre au Sénégal, la SNEEG est articulée autour de quatre leviers fondamentaux reconnus actuellement comme enjeux de l'équité et de l'égalité entre les hommes et les femmes. Ces enjeux sont : (i) la valorisation de la position sociale de la femme et le renforcement de ses potentialités ;(ii) la promotion économique des femmes en milieu rural et urbain ; (iii) la promotion de l'exercice équitable des droits et devoirs des femmes et des hommes et le renforcement de l'accès et de la position des femmes au niveau des sphères de décision ; (iv) l'amélioration de l'impact des interventions en faveur de l'égalité et de l'équité de genre. Toute activité de l'actuelle intervention sera menée en conformité et respect de la SNEEG. Pour le PAODES, les objectifs suivants du SNEEG³³ sont qui seront renforcés sont:

- objectif1.6 : contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles
- objectif1.7 : contribuer à l'accroissement du taux d'utilisation de la PF
- objectif1.8 :contribuer à accroître le niveau d'information et de protections des femmes et des adolescentes contre l'IST/SIDA
- objectif1.9 : Assurer la prise en compte des besoins différenciés de santé de SR des femmes, des adolescentes et des hommes dans le secteur santé.

Au niveau du Cadre logique, les indicateurs seront alignés sur les indicateurs nationaux de la

³³ SNEEG 2015, pages 90 - 94

SNEEG³⁴

Plus spécifiquement au niveau des activités, la présente intervention contient plusieurs actions importantes qui adressent la problématique de la position des femmes dans la société sénégalaise. En effet, la femme ayant en général moins de pouvoir d'achat que les hommes, se voit souvent privée d'accès aux soins et aux services publics en général. La proposition de créer une assurance maladie universelle pour le pays défend les droits des femmes à plusieurs niveaux :

- L'assurance augmente l'accessibilité financière des groupes les plus vulnérables dans la société, notamment les femmes et les enfants. Dans ce sens, presque l'entièreté du volet de la demande ou plus de 5 millions € bénéficiera particulièrement aux femmes et aux enfants.
- Plus spécifiquement, le volet de la demande propose de financer un fonds d'indigents dont les membres (familles) les plus pauvres de la société peuvent profiter pour s'acheter un accès aux soins. Ceci défendra de nouveau en premier lieu la position de la femme. Le programme veillera à ce que les critères pour l'identification des plus pauvres dans la société incluent les mères veuves ou non-mariées et utilisera le nombre de femmes et enfants comme indicateur important pour évaluer sa qualité. Les propositions qui seront faites par les collectivités locales concernées seront ainsi évaluées. Le nombre de femmes parmi les adultes indigents devrait tourner autour de 55% ou plus, le nombre d'enfants autour de 50 à 60 % du total des indigents.

Dans le volet offre, un grand effort sera accordé au renforcement des capacités (voir résultat 2) , et à la décentralisation des soins obstétricaux et chirurgicaux liés à la grossesse (césariennes). Cet aspect de l'offre est crucial pour la réduction de la mortalité maternelle (MDG), et est pleinement dans le résultat 3 et 4 (voir 3.4.3, 3.4.4) pour les montants suivants :

-4.1 offrir la chirurgie / SOU : 554 180 €

-4.2 mises à niveau de 7 CS à HD pour les soins obstétricaux : 1 765 000 €

Dans le volet d'offre encore, plusieurs districts de santé introduiront une tarification forfaitaire. Ceci rendra, indépendamment de la création d'une assurance maladie, les soins plus accessibles aux groupes vulnérables, notamment de nouveau les femmes et les enfants.

En dehors de la problématique des césariennes, le 'volet offre' aura aussi une attention particulière pour la planification familiale. Ces aspects sont souvent négligés dans le paquet des activités des postes de santé et des centres de santé. Cette attention vise également les hommes et les sensibilisera en faveur d'une plus grande compréhension des relations de pouvoir intra-familiales, qui dans certains cas sous-valorisent le pouvoir de la prise de décision des femmes et dans d'autres cas mènent à la violence au sein couples et/ou

³⁴ dans le cadre logique il a été veillé à reprendre les indicateurs nationaux de la SNEEG. Elles ont été marquées par **

familles.

Le programme s'intéressera aussi à la politique sur les mutilations génitales, une pratique répandue au Sénégal (voir activité 4.4). 100 000 € sont prévus pour l'activité 4.4. Il n'est pas évident pour un programme santé à contribuer à résoudre ce problème, mais le sujet pourra être abordé au niveau de l'organisation communautaire et au niveau de la formation et la conscientisation des agents de santé, notamment les responsables au niveau des postes et des centres de santé. Cette activité intègre également les hommes, pour avoir un impact plus grand sur la société locale. Dans la mesure du possible les organisations religieuses seront également consultées.

Finalement, le programme fera des efforts pour ouvrir le débat sur les relations entre prestataires des soins et les patientes. Ces relations sont influencées par les relations genre plus large dans la société, mais qui risquent d'être plus aiguës encore à cause du pouvoir spécifique que les prestataires ont sur leurs clientes. Ces activités visent entre autres des sensibilisations, coaching, formations spécifiques pour des groupes bien ciblés (directeurs, gestionnaires, agents,...).

Signalons également le fait que les indicateurs du cadre logique en matière d'impact sont gender-prone.

6.2.2 Gender-budgetting³⁵.

Le but de cet exercice est une estimation (*ex-ante*) des dépenses planifiées en fonction de leur impact sur les groupes-cibles femmes et hommes. Il permet un suivi *et nunc* lors de la mise en œuvre et une évaluation *ex-post* lors de l'évaluation finale de l'adéquation des dotations budgétaires avec la mise en œuvre des engagements pris et considérés comme effectivement liée au genre. Un scan/analyse du budget actuel est présenté ci-dessous selon un code couleur qui permet d'estimer le taux de sensibilisation au Genre du budget en cours.

- Jaunes : Action qui renforce le « Gender machinerie ». Appui aux institutions chargées du « Gender mainstreaming ». Par exemple action qui permet l'appui de la BSG d'un partenaire local (association, collectif,...), capacity building des points focaux genre dans les différents ministères.
- Vert : Action Genre sensible, cela veut dire qu'on tient compte des différences entre les femmes et les hommes. Par exemple pour la formation, on veille à ce que les femmes et les hommes soient invités et sont formateurs. Les activités se font sans préjugés. Le recrutement se fait de manière genre sensible : les hommes et les femmes sont demandés de solliciter, le processus de sélection se fait sans préjugés et le recrutement se fait correctement en respectant toute législation en matière d'emploi. Les études se font sur base des données différenciées et en tenant compte des besoins des femmes et des hommes.

³⁵Exercice fait par cellule Genre - BTC

- Orange : Action spécifique femmes ou hommes, des actions de rattrapage (des quotas pour la représentativité dans les comités de pilotage, formation pour les directeur sur l'aspect genre), ou des actions qui sont uniquement destinés aux femmes ou aux hommes (contrôles du cancer de l'utérus / prostate). Sous cette catégorie on peut également considérer toute action positive pour enlever certains barrières pour que chacun et chacune puisse participer sur un pied égal à la vie public, politique, économique, sociale, technique, à l'accès et au contrôles des services publics.
- Bleu : Toute dépense genre neutre. Surtout le budget de fonctionnement et d'investissement. Par exemple les factures Internet, d'eau, de gaz,... Les frais d'entretiens des locaux, des véhicules des projets, des ponts, des hôpitaux.

Cette répartition du budget sera suivie lors de chaque rapport annuel (et par la suite également dans le rapport d'évaluation à mi-parcours et d'évaluation finale).

6.2.3 Gender budget scan

- Gender neutral: **22,76 %**
- Gender sensitive: **49,36 %**
- Gender specific: **27,88 %**

Il n'y a pas des éléments qui indiquent une action pour appuyer le 'gender machinery' comme par exemple l'encadrement des points focaux.

BUDGET TOTAL		montant	Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL
VOLET OFFRE DE SOINS				8.208.909
A 01	<i>Résultat 1: La qualité des services est améliorée</i>			548.445
A 01 01	Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les établissements		cogestion	151.850
A 01 02	Définir et ou actualiser le contenu des paquets de services par niveau		cogestion	83.395
A 01 03	Accompagner les dynamiques développement le financement basé		cogestion	32.670
A 01 04	Impliquer le personnel dans le développement de leurs formations		cogestion	63.000
A 01 05	Conduire des études et enquêtes alimentant la réflexion sur la qualité		cogestion	217.530
A 02	<i>Résultat 2: Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs c</i>			798.264
A 02 01	Développer la fonctionnalité des ECD y compris leur capacité mana		cogestion	85.680
A 02 02	Elaborer un plan de développement des Ressources Humaines pa		cogestion	26.400
A 02 03	Mise en œuvre du renforcement des RH pour les acteurs de la sant		cogestion	537.404
A 02 04	Renforcement des centres régionaux de formation, en particulier sa		cogestion	45.000
A 02 05	Renforcer au niveau opérationnel le système de monitoring et évalu		cogestion	34.000
A 02 06	Développer les capacités des acteurs en matière de recherche et d		cogestion	52.500
A 02 07	Renforcer et fluidifier les mécanismes de financement des formatic		cogestion	0
A 02 08	Renforcer les mécanismes assurant la disponibilité des médicaments		cogestion	17.280
A 03	<i>Résultat 3: Les structures sanitaires dans les cinq régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance assurée selon un plan d'investissement global de</i>			3.910.790
A 03 01	Contribuer à l'élaboration d'un plan de développement sanitaire à n		cogestion	113.340
A 03 02	Etablir un plan d'investissements en infrastructures et équipement		cogestion	15.000
A 03 03	Réhabiliter et équiper les infrastructures prioritaires suivant le plan		cogestion	1.627.600
A 03 04	Etablir un plan d'équipements PAODES par district et région		cogestion	1.763.000
A 03 05	Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de plans de maintenance		cogestion	350.000
A 03 06	Assurer la fonctionnalité d'un système de référence contre référenc		cogestion	41.850
A 04	<i>Résultat 4: Des initiatives innovantes sont développées dans les cinq régions en vue de leur réplique au niveau national</i>			2.681.980
A 04 01	Offrir de la chirurgie de district dans certains centres de santé.		cogestion	554.180
A 04 02	Garantir dans les districts priorités offrant de la chirurgie le paquet		cogestion	1.765.000
A 04 03	Introduire une tarification forfaitaire par épisode de maladie dans de		cogestion	192.800
A 04 04	Introduire des stratégies de prise en charge et de sensibilisation de		cogestion	100.000
A 04 05	Introduire dans une région un système d'information sanitaire avec		cogestion	70.000
A 05	<i>Résultat 5: Les relations fonctionnelles entre le niveau central, les régions et les districts sont renforcées, et des partenariats forts sont noués entre les acteurs et le</i>			269.430
A 05 01	Renforcer la direction de la santé dans son rôle recteur et de coordi		cogestion	68.550
A 05 02	Renforcer les fonctions de supervision, suivi et contrôle à tous les r		cogestion	38.880
A 05 03	Appuyer les initiatives de supervision et prestation de soins de l'hôp		cogestion	86.400
A 05 04	Améliorer la capacité gestionnaire des comités de santé et leur fon		cogestion	24.000
A 05 05	Renforcer la capacité des instances représentatives des collectivités		cogestion	24.000
A 05 06	Stimuler un processus d'échange et d'apprentissage inter régions		cogestion	27.600

VOLET DEMANDE DE SOINS			3.127.770
<i>B 01</i>	<i>Résultat 6: Les mutuelles et unions de mutuelles existantes sont renforcées</i>		<i>337.900</i>
B 01 01	Apporter aux mutuelles et structures faitières existantes le soutien	gestion	130.500
B 01 02	Accompagner les institutions mutualistes dans l'acquisition des co	gestion	99.600
B 01 03	Soutenir l'activité des Unions de Mutuelles dans leur activité de suiv	gestion	11.200
B 01 04	Participer activement au développement de stratégie de communic	gestion	26.600
B 01 05	Soutenir la création et/ou le développement des Cadres Régionaux	gestion	16.800
B 01 06	Soutenir le développement de modèles alternatifs de mutuelles / as	gestion	53.200
<i>B 02</i>	<i>Résultat 7: Des assurances santé de grande échelle sont développées sur deux zo</i>		<i>1.290.500</i>
B 02 01	Mener les études et ateliers nécessaires à la sélection et au plan d	gestion	292.330
B 02 02	Doter les bureaux régionaux et les antennes de districts des moyer	gestion	712.170
B 02 03	Développer les statuts des bureaux régionaux, des antennes de dis	gestion	12.700
B 02 04	Développer et standardiser les outils, procédures et indicateurs por	gestion	23.900
B 02 05	Accompagner le travail de support continu des bureaux régionaux a	gestion	3.750
B 02 06	Développer et mettre en œuvre un programme intégré de développe	gestion	140.560
B 02 07	Clarifier les arrangements institutionnels entre bureaux régionaux e	gestion	28.710
B 02 08	Développer et mettre en œuvre une politique de communication ada	gestion	26.880
B 02 09	Conduire les études ad hoc selon les besoins identifiés en cours d	gestion	49.500
<i>B 03</i>	<i>Résultat 8: Un système pluriel de cofinancement des Assurances Santé Universelle</i>		<i>1.212.640</i>
B 03 01	Etendre l'offre de services des ASU via des subventions et coassur	gestion	365.900
B 03 02	Développer un mécanisme de fonds d'équité intégré à l'assurance	gestion	752.210
B 03 03	Contribuer à la réflexion sur les mécanismes et modalités de réass	gestion	18.000
B 03 04	Apporter le soutien technique pour l'intégration des initiatives et fon	gestion	18.000
B 03 05	Capitaliser d'autres expériences probantes en matière de fonds de	gestion	3.750
B 03 06	Conduire des études ad hoc selon les besoins identifiés en cours	gestion	54.780
<i>B 04</i>	<i>Résultat 9: Le cadre juridique relatif aux bureaux régionaux est créé et mise en œuv</i>		<i>70.170</i>
B 04 01	Documenter et collecter l'évidence sur les lacunes dans les lois et	gestion	3.750
B 04 02	Contribuer activement au débat avec le MSP et les partenaires sur l	gestion	4.200
B 04 03	Contribuer à la rédaction d'une loi de financement intégrée.	gestion	62.220
<i>B 05</i>	<i>Résultat 10: un modèle intégré de financement de la demande est articulé autour de</i>		<i>216.560</i>
B 05 01	Concevoir une méthodologie de suivi continu et de capitalisation su	gestion	15.000
B 05 02	Conduire les études ad hoc selon les besoins préidentifiés et les b	gestion	88.440
B 05 03	Conduire les activités de capitalisation tout au long du programme	gestion	74.080
B 05 04	Concevoir progressivement une stratégie de financement à moyen	gestion	3.750
B 05 05	Elaborer un guide opérationnel de création de bureaux régionaux s	gestion	35.290

X	Réserve budgétaire (max 5% * total activités)				164.951
X 01	Réserve budgétaire				164.951
X 01 01	Réserve budgétaire COGESTION		cogestion		128.637
X 01 02	Réserve budgétaire REGIE		regie		36.314
Z	Moyens généraux				4.498.370
Z 01	Frais de personnel				2.966.520
Z 01 01	Assistant technique Volet Offre		regie		1.086.000
Z 01 02	Assistant technique Volet Demande		regie		936.000
Z 01 03	Prime Directions Ministère & Responsables d'intervention Volet Offre		cogestion		32.880
Z 01 04	Prime Directions Ministère & Responsables d'intervention Volet De		cogestion		32.880
Z 01 05	Equipe finance et administration Volet Offre		régie		97.200
Z 01 06	Equipe finance et administration Volet Demande		régie		97.200
Z 01 07	Equipe d'appui Volet Offre		cogestion		229.680
Z 01 08	Equipe d'appui Volet Demande		cogestion		229.680
Z 01 09	Autres frais de personnel		cogestion		225.000
Z 02	Investissements				445.300
Z 02 01	Véhicules Volet Offre		régie		150.000
Z 02 02	Véhicules Volet Demande		régie		150.000
Z 02 03	Equipement bureau Volet Offre		Cogestion		29.825
Z 02 04	Equipement bureau Volet Demande		Cogestion		29.825
Z 02 05	Equipement IT Volet Offre		Cogestion		22.825
Z 02 06	Equipement IT Volet Demande		Cogestion		22.825
Z 02 07	Aménagements du bureau Volet Offre		Cogestion		20.000
Z 02 08	Aménagements du bureau Volet Demande		Cogestion		20.000
Z 03	Frais de fonctionnement				876.400
Z 03 01	Loyer du bureau Offre		Cogestion		49.600
Z 03 02	Loyer du bureau Demande		Cogestion		49.600
Z 03 03	Services et frais de maintenance Offre		Cogestion		52.800
Z 03 04	Services et frais de maintenance Demande		Cogestion		52.800
Z 03 05	Frais de fonctionnement des véhicules		Cogestion		240.200
Z 03 06	Frais de fonctionnement des véhicules		Cogestion		240.200
Z 03 07	Télécommunications Volet Offre		Cogestion		62.400
Z 03 08	Télécommunications Volet Demande		Cogestion		62.400
Z 03 09	Fournitures de bureau Volet Offre		Cogestion		31.200
Z 03 10	Fournitures de bureau Volet Demande		Cogestion		31.200
Z 03 11	Autres frais de fonctionnement		Cogestion		4.000
Z 04	Audit et Suivi et Evaluation				210.150
Z 04 01	Evaluations		régie		88.440
Z 04 02	Audit		régie		60.000
Z 04 03	Baseline study		regie		15.510
Z 04 04	Backstopping		régie		46.200
TOTAL					16.000.000

6.3 Economie Sociale

Si l'on considère les mutuelles de santé, l'on retrouve chez elles les caractéristiques communes aux initiatives d'économie sociale : association volontaire, fonctionnement

démocratique, autonomie de gestion et finalité du service aux membres ou à la collectivité plutôt que recherche du profit.

Il est évident que cette intervention, travaillant dans la continuité avec les interventions PAMAS, en appuyant la promotion des différentes formes de MAS et notamment celles couplées à des systèmes de microfinance, s'inscrit donc pleinement dans une approche d'économie sociale. Etendre l'accès à des soins de meilleure qualité devrait avoir un effet bénéfique sur les dépenses des ménages en matière de soins et permettre à ces ménages de dégager des ressources à d'autres besoins essentiels. Les actions de prévention et de promotion de la santé prévues visent aussi à réduire les dépenses liées à la santé (particulièrement hospitalisation).

En cherchant à privilégier la promotion et l'appui aux organisations mutuellistes, l'intervention contribuera au renforcement de l'organisation sociale et du lien social.

Les mutuelles de santé favorisent en outre la dynamique personnelle de leurs membres qui peut faire d'elles, des personnes plus responsables sur les questions touchant leur bien être en général et l'état de santé en particulier.

Les mutuelles de santé à côté de leurs fonctions de facilitation d'accès à des soins de qualité constituent des leviers sur lesquels les populations peuvent s'appuyer afin de renforcer l'efficacité et l'équité dans les actions de santé. De par leur fonction, les mutuelles de santé favorisent le développement de la santé pour tous et par tous.

6.4 Droits de l'Enfant

Comme pour les aspects genre, les droits des enfants seront adressés par la rationalisation des services et l'augmentation de l'accessibilité aux soins. Le fonds d'équité pour les couches les plus vulnérables de la société bénéficiera certainement aussi les enfants.

6.5 HIV / SIDA

Le SIDA n'est pas très prévalent au Sénégal, mais il paraît qu'il est en augmentation continue. Sans exagérer le problème, comparé avec d'autres priorités dans le secteur santé du pays, le programme ne peut pas le négliger non plus.

Dans le volet offre, les maladies infectieuses comme les maladies chroniques sont des aspects d'attention particulière. En plus, le volet porte aussi sur l'intégration effective des programmes dites « verticaux ». Le problème du SIDA sera donc abordé à travers ces différentes dimensions.

Dans le volet 'demande' les maladies chroniques et leur prise en charge à différents niveaux des services de soins seront adressées. Le programme veillera à ce que la problématique de l'accessibilité aux soins des personnes souffrants du SIDA soit adressée spécifiquement. Au niveau de l'organisation du dialogue communautaire, le SIDA sera un sujet important de sensibilisation.

7 ANNEXES

7.1 Cadre logique

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses / risques
OG	Objectif global : « L'état de santé de la population défavorisée des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès est			

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses / risques
	durablement amélioré»			
OS	<u>Objectif spécifique</u> : « La population des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès bénéficie d'un accès équitable à des soins de santé de qualité et d'un bon niveau de protection sociale. »	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de mortalité maternelle*³⁶ • Taux de prévalence de la PF** • Taux de mortalité néonatale* • Nombre de personnes couvertes par une mutuelle de santé* • Nombre de femmes couvertes par une mutuelle de santé • Nombre de cas sociaux pris en charge par les organise de gestion au niveau des formations sanitaires* 	<p>Rapports des Comités Internes de Suivi (CIS)</p> <p>Missions Conjointes de Supervision (MCS) et Revue Annuelle (RAC)</p> <p>Bilans annuels des RM.</p> <p>rapports SIS des régions et districts</p>	Le MSP adopte la coordination stratégique entre la DS, la CA FSP et la CAS PNDS, nécessaire à la mise en œuvre du programme.
R1	<u>Résultat 1</u> : « La qualité des services est améliorée »	<ul style="list-style-type: none"> • CC/an/région • % d'accouchements assistés par du personnel qualifié** 	<p>rapports d'activité des PS, CS et districts</p> <p>Enquêtes de satisfaction</p>	Le MSP et les RM souscrivent l'option d'AQ prévue dans l'intervention

³⁶ * = indicateur PNDS ; ** indicateur SNEEG

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses / risques
		<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction de la population • Nombre de cas urgents traités dans le service d'urgence • Existence d'une coalition de parties prenantes de la SNEEG pour la maternité sans risque** 		
R2	<u>Résultat 2</u> : « Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de la santé sont renforcées »	<ul style="list-style-type: none"> • Ratio IDE/pop* • Ratio medecin/pop* • Nombre de planifications annuelles faites avec participation de la population • % des agents et planificateurs formés à l'approche genre** • % de structures de santé qui offrent des prestations de services SR en direction des hommes** 	<p>rapport sur les formations pour personnel de CdS et PS</p> <p>Actes des réunions de planification</p>	La DRH souscrit et s'implique (CRFS) dans les activités de formation prévues.
R3	<u>Résultat 3</u> : « Les structures sanitaires dans les 5 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture en PS* 	cartes sanitaires et rapports relatifs	Le Plan d'Investissement est validé au niveau régional et

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses / risques
	sont réhabilitées et équipées et leur maintenance et gestion des déchets médicaux assurée selon un plan d'investissement global de chaque région »	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de maintenance disponible et appliqué* • % d'hôpitaux fonctionnels* • % des structures de santé qui offrent des services obstétricaux essentiels de qualité (SOUB et SOU)** • % de PS fonctionnels* • % de contre-référence accomplies • plan de renouvellement des équipements disponible et appliqué* • Plan de gestion des déchets disponible et appliqué 	relatifs rapport sur la réhabilitation des infrastructures rapports de maintenance rapports d'activités des CS et des districts Registre de référence	central (MSP). Le MSP, au travers la DRH, a la volonté de fournir le personnel nécessaire dans les établissements sanitaires des 5 RM, en particulier à ceux rendus fonctionnels par l'intervention. .
R4	Résultat 4 : « Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplication au niveau national »	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de césariennes réalisées/attendues • Nombre d'interventions chirurgicales au district / nombre attendu 	rapports d'activités des CS et des districts Documents sur les recherches actions	La Faculté de Médecine, le MSP et la coopération belge s'accordent sur la réalisation des appuis en chirurgie de district et SONUC. des candidats sont trouvés pour la SONUC.

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses / risques
		<ul style="list-style-type: none"> • Taux de recouvrement • Prix moyen de la consultation • Nombre de recherches-actions démarrées • % de femmes, hommes et adolescents qui utilisent les préservatifs au cours de leurs relations occasionnelles** • une base de données désagrégée par sexe est disponible et accessible** 		au moins 5 districts identifiés ont la volonté d'initier la TF,
R5	<u>Résultat 5</u> : « La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et les acteurs au niveau opérationnel, est renforcée »	<ul style="list-style-type: none"> • nombre de supervisions des régions effectuées/ supervisions programmées • nombre de supervisions des hôpitaux régionaux effectuées / supervisions programmées • taux de supervisions de l'ECD effectuées / 	<p>planification des supervisions et rapports de supervision</p> <p>actes des réunions de comité de gestion</p>	<p>La Direction de la Santé souscrit la finalité du renforcement inter niveaux de la supervision.</p> <p>Un accord est trouvé avec les HR pour l'appui de ses spécialistes aux districts.</p>

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses / risques
		supervisions programmées		
R6	<u>Résultat 6</u> : « Les mutuelles et unions de mutuelles existantes sont renforcées »	<ul style="list-style-type: none"> • nombre d'adhérents au mouvement mutualiste en ordre de cotisation par région • Nombre de cas critiques discutés ; résolus ; ayant entraîné une action du prestataire (ex : adaptation de tarif, sanction) • 	Plans d'action et réalisation Existence de procédures, outils et indicateurs formalisés et standardisés pour les mutuelles Statistiques des mutuelles Rapports de plates-formes de concertation, ateliers de formations, autres Entretiens avec Région Médicale, prestataires, population, autres partenaires Enquêtes de satisfaction	résistance des prestataires de soins ou partenaires à la prise d'influence du mouvement mutualiste problèmes structurels non pris en compte par le programme (ex : besoin de professionnels salariés) Difficultés d'harmonisation avec les autres bailleurs actifs sur les mutuelles.
R7	<u>Résultat 7</u> : « Des assurances santé de grande échelle sont développées sur deux zones pilotes »	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel de bureaux régionaux assurance santé universelle et antennes en place et fonctionnels • Évolution de bénéficiaires des ASU (toutes catégories confondues) • Nombre de cas critiques discutés ; résolus ; ayant 	Rapports d'activité et rapports financiers des bureaux régionaux assurance santé universelle & antennes Pv de réunion des bureaux régionaux assurance santé universelle. Plannings annuels et plans de développement des bureaux régionaux assurance santé universelle	Les mutuelles préexistantes dans les districts ciblés acceptent d'intégrer le modèle bureaux régionaux assurance santé universelle Les prestataires reconnaissent l'expertise et acceptent la fonction de tiers payant et le rôle de négociateur des bureaux régionaux assurance santé universelle Le ministère continue à soutenir le modèle de bureaux régionaux

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses / risques
		<p>entraîné une action du prestataire (ex : adaptation de tarif, sanction)</p> <ul style="list-style-type: none"> Niveau de satisfaction des assurés, prestataires, autorités administratives et partenaires face à l'action des bureaux régionaux assurance santé universelle. Existence juridique, statuts (avant la fin de l'an 4) 	<p>Évaluation du personnel bureaux régionaux assurance santé universelle et antennes</p> <p>Analyse croisée des indicateurs sanitaires et des indicateurs d'activité des bureaux régionaux assurance santé universelle (utilisation des services, etc.)</p> <p>Rapports de supervision des prestataires par les autorités sanitaires.</p> <p>Enquêtes de satisfaction (assuré, prestataires, population, autorités civiles)</p> <p>Plans et outils de communication des bureaux régionaux assurance santé universelle.</p> <p>Progress report du suivi technique continu</p> <p>Rapports de consultance</p> <p>Statuts, conventions, contrats et autres documents légaux sur les bureaux régionaux assurance santé universelle</p>	<p>assurance santé universelle comme option pour l'extension de la protection contre le risque maladie.</p> <p>Les bureaux régionaux assurance santé universelle arrivent à trouver un équilibre entre professionnalisme et ancrage communautaire. La population accepte et adhère à cet équilibre.</p> <p>Des experts compétents sont intéressés à venir travailler dans les bureaux régionaux assurance santé universelle et à s'investir sur l'extension de l'expérience.</p>

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses / risques
R8	Résultat 8 : « Un système pluriel de cofinancement des Assurances Santé Universelles est mis en œuvre »	<ul style="list-style-type: none"> Budgets de subvention disponible et niveau de décaissement. Analyse séparée entre 1. Subvention assurance ; 2. Fonds d'équité ; 3. Autres Evolution de l'adhésion à l'assurance: nombre d'assurés actifs, taux de drop-out, raison du drop-out Nombre de pauvres identifiés et qualité de l'identification sous le fonds d'équité (faux positifs, faux négatifs) Degré d'équité dans les indicateurs d'utilisation et de satisfaction des 1. Assurés, 2. Bénéficiaires des fonds d'équité et 3. Non assurés. Intégration d'autres bailleurs que la ctb dans 	<p>Rapports d'activité, rapports financiers et audits bureaux régionaux assurance santé universelle</p> <p>Sources financières des bureaux régionaux assurance santé universelle (CTB et autres ; assurance, fonds d'équité et autres)</p> <p>Rapports relatifs au fonds d'équité : identification, opérations, autres.</p> <p>Analyse croisée des indicateurs sanitaires et des indicateurs d'activité des bureaux régionaux assurance santé universelle (utilisation des services, etc.)</p> <p>Enquêtes socio économique des ménages.</p> <p>Enquêtes de perception</p> <p>Rapports et présentations d'ateliers.</p> <p>Planning opérationnel et rapport de réalisation des différents mécanismes de financements autres que la subvention assurance et le</p>	<p>Les populations des districts non couverts acceptent le principe que les assurés bureaux régionaux assurance santé universelle soient subventionnés</p> <p>Les populations des districts bureaux régionaux assurance santé universelle acceptent qu'une portion d'entre eux soit identifiée comme pauvres (jalousie, discrimination, autres)</p> <p>Le bureaux régionaux assurance santé universelle a la capacité technique pour absorber un volume croissant de ressources</p> <p>Le bureau régional assurance santé universelle est progressivement considéré comme un acteur crédible par les partenaires techniques et financiers pour la gestion de leurs fonds.</p>

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses / risques
		le financement des bureaux régionaux assurance santé universelle ou planning d'engagement.	fonds d'équité	
R9	<u>Résultat 9</u> : « Le cadre juridique relatif aux Bureaux Régionaux d'Assurance Santé Universelle est créé et mis en œuvre »	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de nouvelles lois, décrets, politiques et autres textes juridiques relatif au financement de la santé et à la protection sociale (avec implication du PAODES) passés ou en cours. • Existence de statuts, existence juridique, et formats de contrats légaux pour les bureaux régionaux assurance santé universelle avant la fin de l'an 4 	<p>Rapports et présentations de réunions et d'ateliers</p> <p>Textes légaux</p> <p>Statuts et contrats légaux bureaux régionaux assurance santé universelle.</p> <p>Articles de presse relatifs aux développements juridiques et politiques.</p>	<p>Les responsables politiques sont ouverts au processus de légifération et s'investissent pour accélérer le processus.</p> <p>La CTB est reconnue par les autorités publiques et les partenaires comme un acteur crédible et compétent sur les questions juridiques.</p> <p>Le développement opérationnel des bureaux régionaux assurance santé universelle n'engendre pas de conflits majeurs (ex : résistance des prestataires de soins), nuisant au développement de statuts et cadres légaux</p>
R10	<u>Résultat 10</u> : « Un modèle intégré de financement de la demande de soins est articulé autour des bureaux régionaux assurance santé universelle à travers un processus de capitalisation des expériences »	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une méthodologie de documentation formelle • Existence de documents et ateliers de comparaison des 	<p>Format de documentation et rapportage des bureaux régionaux assurance santé universelle et mutuelles communautaires.</p> <p>Rapports d'ateliers et études</p>	<p>Le modèle de documentation permet de dégager l'évidence nécessaire pour influencer sur le MSP et les partenaires</p> <p>Le PAODES et la BTC bénéficient d'un bon niveau de perception par le MSP et les</p>

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses / risques
	expériences »	<p>indicateurs bureaux régionaux assurance santé universelle et mutuelles communautaires dans la région.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un guide opérationnel de bureaux régionaux assurance santé universelle. • Nombre de productions sur les bureaux régionaux assurance santé universelle (conférence, article scientifique, concept note) • Existence d'une loi / politique de financement intégré 	<p>études</p> <p>Guide opérationnel bureaux régionaux assurance santé universelle (et étapes intermédiaires)</p> <p>Loi / politique de financement intégré (et étapes intermédiaires)</p> <p>Rapport, présentation en atelier et article scientifique traitant des bureaux régionaux assurance santé universelle</p> <p>Articles de presse, textes légaux et tout autre écrit externe au PAODES discutant (en tout ou en partie) de l'initiative des bureaux régionaux assurance santé universelle</p>	partenaires.

R x	Résultat 1 : « La qualité des services est améliorée »		548.445
	Activités	Moyens	
A 1.1	Développer une démarche Qualité fonctionnelle dans les districts de santé au niveau des différents établissements sanitaires (hôpitaux, centres de santé, postes de santé) et leurs organes de gestion et coordination.	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitateurs ateliers Qualité (formation des formateurs) • Tenue 2 ateliers « formation des formateurs » • Ateliers de formation cadres des HD, CS et PS • Fonds annuel de qualité 	151.850
A 1.2	Définir et ou actualiser le contenu des paquets de services par niveau de soins : paquet minimum d'activités, paquet complémentaire.	<ul style="list-style-type: none"> • Location Consultant national • Organisation réunions – ateliers pour l'élaboration PMA - PCA • Impression manuels et confection référentiels 	83.395
A 1.3	Accompagner les dynamiques développant le financement basé sur les résultats (FBR) pour les districts, en synergie avec les entités d'assurance maladie de grande échelle.	<ul style="list-style-type: none"> • Location Consultant national 	32.670
A 1.4	Impliquer le personnel dans le développement de leurs formations sanitaires au travers des mécanismes adaptés.	<ul style="list-style-type: none"> • Fonds d'amélioration 	63.000
A 1.5	Conduire des études et enquêtes alimentant la réflexion sur la qualité des soins et des services.	<ul style="list-style-type: none"> • Frais enquêtes et études • Location consultant 	217.530

R 2	Résultat 2 : « Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de la santé sont renforcées. »		798.264
	Activités	Moyens	
A 2.1	Développer la fonctionnalité des Equipes Cadres de District y compris leur capacité managériale.	<ul style="list-style-type: none"> • Achat hardware et logiciels de gestion • Formations membres ECD • Consommables bureautiques 	85.680
A 2.2	Elaboration d'un Plan de Développement des Ressources Humaines par district, en articulation avec la région et le niveau national.	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers de planification ensemble avec PAGOSAN 	26.400
A 2.3	Mettre en œuvre le renforcement des RH pour les acteurs de la santé dans les districts	<ul style="list-style-type: none"> • Formations 	537.404
A 2.4	Renforcer les centres régionaux de formation, en particulier dans la formation des sages femmes et des infirmiers d'Etat en vue de leur affectation dans les 5 régions appuyées.	<ul style="list-style-type: none"> • Investissements en matériel didactique 	45.000
A 2.5	Renforcer au niveau opérationnel le système de monitoring et évaluation : SIS & autres sources d'information	<ul style="list-style-type: none"> • Forfait pour les districts • Formations agents M&E 	34.000
A 2.6	Développer les capacités des acteurs en matière de recherche et de documentation.	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier de formation à la recherche • Ateliers de capitalisation 	52.500
A 2.7	Renforcer et fluidifier les mécanismes de financement des formations sanitaires dans les districts.	<ul style="list-style-type: none"> • Assistance technique 	0
A 2.8	Renforcer les mécanismes assurant la disponibilité des médicaments dans les districts sanitaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation conjointe • Formation en gestion de stock 	17.280

R 3	Résultat 3 : « Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance assurée selon un plan d'investissement global de chaque région »		3.910.790
	Activités	Moyens	
A 3.1	Contribuer à l'élaboration d'un Plan de Développement Sanitaire à moyen et long terme par district et région, incluant l'augmentation du nombre d'établissements sanitaires, en particulier les hôpitaux de district.	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier régional 	113.340
A 3.2	Etablir un plan d'investissement.	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier régional 	15.000
A 3.3	Réhabiliter les infrastructures prioritaires, suivant le plan d'investissement.	<ul style="list-style-type: none"> • Upgrade 5 PS a CS • Réhabilitation 16 CS • Réhabilitation PS 	1.627.600
A 3.4	Etablir un plan d'équipements par district et région.	<ul style="list-style-type: none"> • Achat véhicules et motos • achat équipements 5 CS upgraded • achat équipements 16 CS réhabilités • forfait équipements PS 	1.763.000
A 3.5	Appuyer l'élaboration et mise en œuvre de plans de maintenance et gestion des déchets médicaux par district.	<ul style="list-style-type: none"> • Budget de maintenance par district • Budget gestion des déchets médicaux 	350.000
A 3.6	Assurer la fonctionnalité d'un système de référence/contre référence stable y compris l'évacuation des urgences médico-chirurgicales.	<ul style="list-style-type: none"> • Budget communication 	41.850
		<ul style="list-style-type: none"> • 	

R 4	Résultat 4 : « Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur répliation au niveau national. »		2.681.980
	Activités	Moyens	
A 4.1	Offrir de la chirurgie de district dans certains centres de santé via le développement de compétences en chirurgie générale ou en SONU.	<ul style="list-style-type: none"> • Frais de mission de supervision • Matériel didactique • Equipements télé médecine • Frais de formation • Ateliers de capitalisation 	554.180
A 4.2	Garantir dans les districts offrant de la chirurgie ou les SONUC un paquet de services complet et continu propre du centre de santé de référence.	<ul style="list-style-type: none"> • 7 HD avec plateau chirurgical (2+5) garanti 	1.765.000
A 4.3	Introduire un système de tarification forfaitaire dans des districts identifiés en vue de sa répliation.	<ul style="list-style-type: none"> • Budget communication • Affiches, brochures 	192.800
A 4.4	Introduire des stratégies de prise en charge et de sensibilisation de certaines maladies chroniques et autres conditions médicales dans les districts.	<ul style="list-style-type: none"> • Budget communication • Affiches, brochures 	100.000
A 4.5	Introduire un système de gestion des données sanitaires on-line à partir des districts	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition hardware • Développement logiciel et formations 	70.000

R 5	Résultat 5 : « La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et les acteurs au niveau opérationnel est renforcée. »		269.430
	Activités	Moyens	
A 5.1	Renforcer les capacités de la Direction de la Santé dans son rôle de coordination, en appui aux régions et districts sanitaires. Renforcer la fonction de supervision de la Direction de la Santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers de supervision • Guide de supervision • Frais de mission 	68.550
A 5.2	Renforcer les fonctions de supervision, suivi et contrôle : 1/ de la région vers l'Hôpital régional, et 2/ des districts vers le centre de santé de référence et <i>les EPS1 et postes de santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Frais de mission 	38.880
A 5.3	Appuyer les initiatives de supervision et prestation de soins de l'Hôpital Régional vers les districts (centres de santé de référence, centres de santé, ECD pour supervisions intégrées)	<ul style="list-style-type: none"> • frais de mission spécialistes 	86400
A 5.4	Améliorer la capacité gestionnaire des comités de santé et leur fonction d'interface réelle entre la population et le système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • forfait fonctionnement • formations 	24.000
A 5.5	Renforcer la capacité des collectivités locales dans le domaine de la santé, et la dynamisation des Comités de Gestion.	<ul style="list-style-type: none"> • Forfait fonctionnement • formations 	24.000
A 5.6	Stimuler un processus d'échange et d'apprentissage inter régions (inclus répliation de bonnes pratiques).	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation atelier annuel inter région 	27.600

R 6	Résultat 6 : « Les mutuelles et unions de mutuelles existantes sont renforcées »		337.900
	Activités	Moyens	
A 6.1	Apporter aux structures faîtières et aux mutuelles existantes le soutien humain, matériel et méthodologique nécessaire à leur développement et leurs fonctions de représentation.	<ul style="list-style-type: none"> • Financement gestionnaire • moyens fonctionnement • acquisition matériel ICT 	130.500
A 6.2	Accompagner les institutions mutualistes dans l'acquisition des compétences nécessaires à leurs fonctions de gestion et de promotion du mouvement mutualiste.	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers • Formations • 	99.600
A 6.3	Soutenir les Unions de Mutuelles dans leurs fonctions de suivi des mutuelles, de coordination et de communication	<ul style="list-style-type: none"> • Réunion trimestrielle 	11.200
A 6.4	Participer activement au développement de stratégies de communication auprès de la population, des prestataires et autres partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Location consultant • budget communication 	26.600
A 6.5	Soutenir la création et/ou le développement des Cadres Régional de Concertation par Région	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers de réflexion 	16.800
A 6.6	Soutenir le test de modèles alternatifs de mutuelle / assurance santé, ainsi que de stratégies d'extension de la couverture du risque maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Location Consultant national 	53.200

R 7	Résultat 7 : « Des assurances santé de grande échelle sont développées sur deux zones pilotes »		1.290.500
	Activités	Moyens	
A 7.1	Mener les études et ateliers nécessaires à la sélection et au plan de développement de deux zones pilotes de 1 à 3 districts à placer sous Assurance Santé Universelle selon des critères préétabli.	<ul style="list-style-type: none"> • Location consultants nationaux et internationaux • missions experts • ateliers inter-région 	292.300
A 7.2	Doter les Bureaux Régionaux d'Assurance Santé Universelle et les antennes de district des moyens humains, matériels et méthodologiques nécessaires à leurs activités.	<ul style="list-style-type: none"> • Salaires personnel • achat véhicules et motos • fonctionnement • achat mobilier • matériel de communication • matériel bureautique • matériel ICT 	712.170
A 7.3	Développer progressivement les statuts régissant les relations et fonctions des bureaux régionaux assurance santé universelle, des antennes de district et des antennes de collectivité locale ainsi que leurs interrelations.	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier • frais conseils juriste 	12.700
A 7.4	Développer et standardiser les outils, procédures et indicateurs nécessaires à l'activité des bureaux régionaux assurance santé universelle, antennes de district et antennes de collectivités locales.	<ul style="list-style-type: none"> • Conduite d'ateliers • impressions manuels et outils 	23.900
A 7.5	Accompagner le travail de support continu des bureaux régionaux assurance santé universelle aux antennes de districts et antennes de collectivités locales.	<ul style="list-style-type: none"> • Assistance technique 	3.750

A 7.6	Développer et mettre en œuvre un programme intégré de développement des compétences des membres des bureaux régionaux assurance santé universelle, antennes de district et antennes de collectivités locales	<ul style="list-style-type: none"> • Formations • study-visits nationaux et internationaux • Centre de documentation 	140.560
A 7.7	Clarifier les arrangements institutionnels entre bureaux régionaux assurance santé universelle et prestataires de soin, y inclus les formats de suivi et de contractualisation	<ul style="list-style-type: none"> • Location Consultants nationaux 	28.710
A 7.8	Développer et mettre en œuvre une politique de communication aux prestataires, population et autres acteurs adaptée à la structuration de l'Assurance Santé Universelle	<ul style="list-style-type: none"> • Location consultants nationaux • budget mise en œuvre 	26.880
A 7.9	Conduire les études ad hoc selon les besoins identifiés en cours de programme	<ul style="list-style-type: none"> • conduite études 	49.500

R 8	Résultat 8 : « Un système pluriel de cofinancement des Assurances Santé Universelles est mis en œuvre. »		1.212.640
	Activités	Moyens	
A 8.1	Etendre l'offre de services des Assurances Santé Universelles via des mécanismes de subvention et de coassurance adaptés.	<ul style="list-style-type: none"> • Location consultants nationaux et internationaux • ateliers de réflexion • fond de subvention 	365.900
A 8.2	Développer un mécanisme de fonds d'équité intégré à l'assurance, en support à la politique nationale de Fonds de Solidarité	<ul style="list-style-type: none"> • Location consultants nationaux et internationaux • ateliers de réflexion • fond d'équité 	752.210
A 8.3	Contribuer à la réflexion sur les mécanismes et modalités de mise en œuvre de réassurance selon le cadre posé par l'UEMOA.	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers de réflexion 	18.000
A 8.4	Apporter le soutien technique nécessaire à l'intégration des initiatives et fonds de gratuité des soins dans les Assurances Santé Universelles en soutien à la politique nationale de Fonds de Solidarité.	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers de réflexion 	18.000
A 8.5	Capitaliser d'autres expériences nationales et internationales probantes en matière de fonds de subventions aux mutuelles et assurances santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Appui technique 	3.750
A 8.6	Conduire les études ad hoc selon les besoins identifiés en cours de programme.	<ul style="list-style-type: none"> • Budget d'études 	54.780

R 9	Résultat 9 : « Le cadre juridique relatif aux Bureaux Régionaux d'Assurance Santé Universelle est créé et mis en œuvre. »		70.170
	Activités	Moyens	
A 9.1	Documenter et collecter l'évidence sur les lacunes dans les lois et politiques de financement actuelles.	<ul style="list-style-type: none"> • Appui technique 	3.750
A 9.2	Contribuer activement au débat avec le MSP et les partenaires sur les lacunes et besoins de compléments de lois de financement.	<ul style="list-style-type: none"> • Réunion de concertations 	4.200
A 9.3	Contribuer à la rédaction d'une loi de financement intégrée.	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier de concertation • Location consultants nationaux et internationaux 	62.220

R 10	Résultat 10 : « Un modèle intégré de financement de la demande de soins est articulé autour des bureaux régionaux assurance santé universelle à travers un processus de capitalisation des expériences. »		216.560
	Activités	Moyens	
A 10.1	Concevoir une méthodologie de suivi continu et de capitalisation, avec pré identification des thématiques phares, et harmonisation des indicateurs et outils de suivi des Assurances Santé Universelles et des mutuelles communautaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation atelier de formation 	15.000
A 10.2	Conduire les études ad hoc selon les besoins pré identifiés et les besoins identifiés en cours de programme	<ul style="list-style-type: none"> • budget études et enquêtes 	88.440
A 10.3	Contribuer aux cadres de concertation de région et autres échanges inter régions & nationaux	<ul style="list-style-type: none"> • organisation ateliers de réflexion • participation conférences nationales et internationales • accompagnement scientifique 	74.080
A 10.4	Concevoir progressivement une stratégie de financement à moyen et long terme de l'Assurance Santé Universelle	<ul style="list-style-type: none"> • appui technique 	3.750
A 10.5	Elaborer un guide opérationnel de création de Bureaux Régionaux d'Assurance Santé Universelle, pouvant être supporté par l'Etat, et incluant les modes opératoires, statuts, budgets et hypothèses de source de financement requises.	<ul style="list-style-type: none"> • Impressions guides et outils • Conduite ateliers de réflexion et partage • Location consultants nationaux et internationaux 	35.290

7.2 Chronogramme

CHRONOGRAMME : Programme d'Appui à l'Ofre et à la Demande de Soins - PAODES

Budget Code	Results/activities	An 1				An 2	An 3	An 4
		Q1	Q2	Q3	Q4			
Période de Démarrage								
	Installation de l'équipe PAODES, au sein de la DS et CA FSP et les bases régionales à Thies et Kaolack							
	Réaliser l'enquête baseline pour définir les valeurs de départ de l'intervention							
A_01 La qualité des services est améliorée								
A_01_01	Développer une démarche Qualité fonctionnelle dans les districts de santé							
A_01_02	Actualiser les paquets de services par niveau de soins							
A_01_03	Accompagner la dynamique du Financement Basé sur les Résultats (FBR)							
A_01_04	Impliquer le personnel dans le développement de leurs formations sanitaires							
A_01_05	Conduire des études et enquêtes alimentant la réflexion sur la qualité des soins							
A_02 Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de la santé sont renforcées								
A_02_01	Développer la fonctionnalité des Equipes Cadres de District							
A_02_02	Elaborer un Plan de Développement des RH par district							
A_02_03	Mettre en œuvre le renforcement des RH dans les districts							
A_02_04	Renforcer les centres régionaux de formation							
A_02_05	Renforcer le monitoring & évaluation : SIS et autres sources d'information							
A_02_06	Développer les capacités en matière de recherche et de documentation							
A_02_07	Renforcer les mécanismes de financement des districts							
A_02_08	Renforcer les mécanismes assurant la disponibilité des médicaments							
A_03 Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance assurée selon un plan d'investissement global de chaque région								
A_03_01	Elaboration d'un Plan de Développement sanitaire à moyen et long terme							
A_03_02	Etablir un plan d'investissement en infrastructures PAODES							
A_03_03	Réhabiliter les infrastructures prioritaires, suivant le plan d'investissement							
A_03_04	Mette en œuvre le plan d'équipements PAODES par district et région							
A_03_05	Appuyer l'élaboration et mise en œuvre de Plans de Maintenance par district							
A_03_06	Assurer la fonctionnalité d'un système de référence/contre référence stable y compris l'évacuation des urgences médico-chirurgicales							

A_04 Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplication au niveau national.								
A_04_01	Offrir de la chirurgie de district dans certains centres de santé via le développement de compétences en chirurgie générale ou en SONUC							
A_04_02	Garantir dans les districts priorités offrant de la chirurgie ou les SONUC un paquet de services complet et continu propre de l'hôpital de district.							
A_04_03	Appuyer un système de tarification forfaitaire dans des districts priorités							
A_04_04	Introduire la sensibilisation de certaines maladies chroniques dans les districts							
A_04_05	Introduire dans une région, un système avec accès au serveur via internet, à partir des districts, permettant l'inscription directe des données sanitaires							
A_05 La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et les acteurs au niveau opérationnel est renforcée								
A_05_01	Renforcer les capacités de la Direction de la Santé dans son rôle de coordination et supervision, en appui aux régions et districts sanitaires.							
A_05_02	Renforcer les fonctions de supervision, suivi et contrôle :							
	(i) de la région vers l'Hôpital régional							
	(ii) des districts vers l'hôpital de district (y compris les EPS1) et postes de santé							
A_05_03	Appuyer les initiatives de prestation de soins de l'Hôpital Régional vers les HD et centres de santé, et vers les ECD pour supervisions intégrées							
A_05_04	Améliorer la capacité gestionnaire des comités de santé et leur fonction d'interface réelle entre la population et le système de santé							
A_05_05	Renforcer la capacité des collectivités locales dans le domaine de la santé, et la redynamisation des Comités de Gestion							
A_05_06	Stimuler un processus d'échange et d'apprentissage inter régions (inclus réplication de bonnes pratiques).							
A_06 Les mutuelles et unions de mutuelles existantes sont renforcées								
A_06_01	Apporter aux structures faïtières et aux mutuelles existantes le soutien humain, matériel et méthodologique nécessaire à leur développement et leurs fonctions de représentation.							
A_06_02	Accompagner les institutions mutualistes dans l'acquisition des compétences nécessaires à leurs fonctions de gestion et de promotion du mouvement mutualiste.							
A_06_03	Soutenir les Unions de Mutuelles dans leurs fonctions de suivi des mutuelles, de coordination et de communication							
A_06_04	Participer activement au développement de stratégies de communication auprès de la population, des prestataires et autres partenaires							
A_06_05	Soutenir la création et/ou le développement des Cadres Régional de Concertation par Région							
A_06_06	Soutenir le test de modèles alternatifs de mutuelle / assurance santé, ainsi que de stratégies d'extension de la couverture du risque maladie							

Budget Code	Results/activities	An 1				An 2	An 3	An 4
		Q1	Q2	Q3	Q4			
A_07 Des assurances santé de grande échelle sont développées sur deux zones pilotes								
A_07_01	Mener les études et ateliers nécessaires à la sélection et au plan de développement de deux zones pilotes de 1 à 3 districts à placer sous Assurance Santé Universelle selon des critères préétabli.							
A_07_02	Doter le Bureaux Régionaux d'Assurance Santé Universelle et les antennes de district des moyens humains, matériels et méthodologiques nécessaires à leurs activités.							
A_07_03	Développer progressivement les statuts régissant les relations et fonctions des BRASU, des antennes de district et des antennes de collectivité locale ainsi que leurs interrelations.							
A_07_04	Développer et standardiser les outils, procédures et indicateurs nécessaires à l'activité des BRASU, antennes de district et antennes de collectivités locales.							
A_07_05	Accompagner le travail de support continu des BRASU aux antennes de districts et antennes de collectivités locales.							
A_07_06	Développer et mettre en œuvre un programme intégré de développement des compétences des membres des BRASU, antennes de district et antennes de collectivités locales							
A_07_07	Clarifier les arrangements institutionnels entre BRASU et prestataires de soin, y inclus les formats de suivi et de contractualisation							
A_07_08	Développer et mettre en œuvre une politique de communication aux prestataires, population et autres acteurs adaptée à la structuration de l'Assurance Santé Universelle							
A_07_09	Conduire les études ad hoc selon les besoins identifiés en cours de programme							
A_08 Un système pluriel de cofinancement des Assurances Santé Universelles est mis en œuvre								
A_08_01	Etendre l'offre de services des Assurances Santé Universelles via des mécanismes de subvention et de coassurance adaptés.							
A_08_02	Développer un mécanisme de fonds d'équité intégré à l'assurance, en support à la politique nationale de Fonds de Solidarité							
A_08_03	Contribuer à la réflexion sur les mécanismes et modalités de mise en œuvre de réassurance selon le cadre posé par l'UEMOA.							
A_08_04	Apporter le soutien technique nécessaire à l'intégration des initiatives et fonds de gratuité des soins dans les Assurances Santé Universelles en soutien à la politique nationale de Fonds de Solidarité.							
A_08_05	Capitaliser d'autres expériences nationales et internationales probantes en matière de fonds de subventions aux mutuelles et assurances santé.							
A_08_06	Conduire les études ad hoc selon les besoins identifiés en cours de programme.							

Budget Code	Results/activities	An 1				An 2	An 3	An 4
		Q1	Q2	Q3	Q4			
A_09 Le cadre juridique relatif aux Bureaux Régionaux d'Assurance Santé Universelle est créé et mis en œuvre								
A_09_01	Documenter et collecter l'évidence sur les lacunes dans les lois et politiques de financement actuelles.							
A_09_02	Contribuer activement au débat avec le MSP et les partenaires sur les lacunes et besoins de compléments de lois de financement							
A_09_03	Contribuer à la rédaction d'une loi de financement intégrée.							
A_10 Un modèle intégré de financement de la demande de soins est articulé autour des BRASU à travers un processus de capitalisation des expérience								
A_10_01	Concevoir une méthodologie de suivi continu et de capitalisation, avec pré identification des thématiques phares, et harmonisation des indicateurs et outils de suivi des Assurances Santé Universelles et des mutuelles communautaires.							
A_10_02	Conduire les études ad hoc selon les besoins préidentifiés et les besoins identifiés en cours de programme							
A_10_03	Contribuer aux cadres de concertation de région et autres échanges inter régions & nationaux							
A_10_04	Concevoir progressivement une stratégie de financement à moyen et long terme de l'Assurance Santé Universelle							
A_10_05	Elaborer un guide opérationnel de création de Bureaux Régionaux d'Assurance Santé Universelle, pouvant être supporté par l'Etat, et incluant les modes opératoires, statuts, budgets et hypothèses de source de financement requises.							
A_10_06	Animer des ateliers de réflexion et de restitution aux niveaux inter régional et national sur l'expérience d'Assurance Santé Universelle.							
A_10_07	Rédiger des articles de capitalisation et de réflexion sur les leçons apprises.							

7.3 Budget de l'intervention

BUDGET TOTAL		montant	Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4
VOLET OFFRE DE SOINS				8.208.909	51,3%	2.589.991	3.273.366	1.614.716	730.836
A 01	<i>Résultat 1: La qualité des services est améliorée</i>			548.445	3,4%	195.310	205.835	76.290	71.010
A 01 01	Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les établissements	cogestion	151.850		122.150	9.900	9.900	9.900	
A 01 02	Définir et ou actualiser le contenu des paquets de services par niveau de	cogestion	83.395		10.280	73.115	0	0	
A 01 03	Accompagner les dynamiques développement le financement basé sur l	cogestion	32.670		5.280	22.110	5.280	0	
A 01 04	Impliquer le personnel dans le développement de leurs formations sanita	cogestion	63.000		0	21.000	21.000	21.000	
A 01 05	Conduire des études et enquêtes alimentant la réflexion sur la qualité de	cogestion	217.530		57.600	79.710	40.110	40.110	
A 02	<i>Résultat 2: Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de sar</i>			798.264	5,0%	237.051	203.391	196.911	160.911
A 02 01	Développer la fonctionnalité des ECD y compris leur capacité managéria	cogestion	85.680		23.520	26.040	28.560	7.560	
A 02 02	Elaborer un plan de développement des Ressources Humaines par distr	cogestion	26.400		26.400	0	0	0	
A 02 03	Mise en œuvre du renforcement des RH pour les acteurs de la santé da	cogestion	537.404		134.351	134.351	134.351	134.351	
A 02 04	Renforcement des centres régionaux de formation, en particulier sages-	cogestion	45.000		18.000	9.000	9.000	9.000	
A 02 05	Renforcer au niveau opérationnel le système de monitoring et évaluatio	cogestion	34.000		7.000	7.000	10.000	10.000	
A 02 06	Développer les capacités des acteurs en matière de recherche et de doc	cogestion	52.500		22.500	15.000	15.000	0	
A 02 07	Renforcer et fluidifier les mécanismes de financement des formations sa	cogestion	0		0	0	0	0	
A 02 08	Renforcer les mécanismes assurant la disponibilité des médicaments da	cogestion	17.280		5.280	12.000	0	0	
A 03	<i>Résultat 3: Les structures sanitaires dans les cinq régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance assurée selon un plan d'investissement global de chaque région</i>			3.910.790	24,4%	1.326.840	1.631.600	787.975	164.375
A 03 01	Contribuer à l'élaboration d'un plan de développement sanitaire à moyer	cogestion	113.340		113.340	0	0	0	
A 03 02	Etablir un plan d'investissements en infrastructures et équipement PAOD	cogestion	15.000		15.000	0	0	0	
A 03 03	Réhabiliter et équiper les infrastructures prioritaires suivant le plan de dé	cogestion	1.627.600		206.500	801.100	620.000	0	
A 03 04	Etablir un plan d'équipements PAODES par district et région	cogestion	1.763.000		879.000	734.000	75.000	75.000	
A 03 05	Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de plans de maintenance par	cogestion	350.000		87.500	87.500	87.500	87.500	
A 03 06	Assurer la fonctionnalité d'un système de référence contre référence sta	cogestion	41.850		25.500	9.000	5.475	1.875	

Résultat 4: Des initiatives innovantes sont développées dans les cinq régions en vue de leur réplique au niveau national					2.681.980	16,8%	767.640	1.163.780	484.780	265.780
A	04	01	Offrir de la chirurgie de district dans certains centres de santé.	cogestion	554.180		99.340	152.280	143.280	159.280
A	04	02	Garantir dans les districts priorités offrant de la chirurgie le paquet de sé	cogestion	1.765.000		500.000	970.000	265.000	30.000
A	04	03	Introduire une tarification forfaitaire par épisode de maladie dans des dis	cogestion	192.800		143.300	16.500	16.500	16.500
A	04	04	Introduire des stratégies de prise en charge et de sensibilisation de certa	cogestion	100.000		25.000	25.000	25.000	25.000
A	04	05	Introduire dans une région un système d'information sanitaire avec accè	cogestion	70.000		0	0	35.000	35.000
Résultat 5: Les relations fonctionnelles entre le niveau central, les régions et les districts sont renforcées, et des partenariats forts sont noués entre les acteurs et le niveau					269.430	1,7%	63.150	68.760	68.760	68.760
A	05	01	Renforcer la direction de la santé dans son rôle directeur et de coordinati	cogestion	68.550		44.250	8.100	8.100	8.100
A	05	02	Renforcer les fonctions de supervision, suivi et contrôle à tous les nivea	cogestion	38.880		0	12.960	12.960	12.960
A	05	03	Appuyer les initiatives de supervision et prestation de soins de l'hôpital r	cogestion	86.400		0	28.800	28.800	28.800
A	05	04	Améliorer la capacité gestionnaire des comités de santé et leur fonction	cogestion	24.000		6.000	6.000	6.000	6.000
A	05	05	Renforcer la capacité des instances représentatives des collectivités loc	cogestion	24.000		6.000	6.000	6.000	6.000
A	05	06	Stimuler un processus d'échange et d'apprentissage inter régions	cogestion	27.600		6.900	6.900	6.900	6.900
VOLET DEMANDE DE SOINS					3.127.770	19,5%	316.590	923.290	938.110	944.500
Résultat 6: Les mutuelles et unions de mutuelles existantes sont renforcées					337.900	2,1%	93.300	90.100	84.300	70.200
B	01	01	Apporter aux mutuelles et structures faïtières existantes le soutien huma	cogestion	130.500		40.500	34.500	31.500	24.000
B	01	02	Accompagner les institutions mutualistes dans l'acquisition des compéte	cogestion	99.600		24.900	24.900	24.900	24.900
B	01	03	Soutenir l'activité des Unions de Mutuelles dans leur activité de suivi des	cogestion	11.200		2.800	2.800	2.800	2.800
B	01	04	Participer activement au développement de stratégie de communication	cogestion	26.600		8.300	5.000	8.300	5.000
B	01	05	Soutenir la création et/ou le développement des Cadres Régionaux de C	cogestion	16.800		3.500	6.300	3.500	3.500
B	01	06	Soutenir le développement de modèles alternatifs de mutuelles / assura	cogestion	53.200		13.300	16.600	13.300	10.000
Résultat 7: Des assurances santé de grande échelle sont développées sur deux zones pi					1.290.500	8,1%	201.180	518.570	297.550	273.200
B	02	01	Mener les études et ateliers nécessaires à la sélection et au plan de dév	cogestion	292.330		179.600	96.150	10.600	5.980
B	02	02	Doter les bureaux régionaux et les antennes de districts des moyens hur	cogestion	712.170		0	314.510	198.830	198.830
B	02	03	Développer les statuts des bureaux régionaux, des antennes de district é	cogestion	12.700		0	4.700	4.700	3.300
B	02	04	Développer et standardiser les outils, procédures et indicateurs pour l'ac	cogestion	23.900		0	7.300	8.300	8.300
B	02	05	Accompagner le travail de support continu des bureaux régionaux aux a	cogestion	3.750		0	1.250	1.250	1.250
B	02	06	Développer et mettre en œuvre un programme intégré de développemen	cogestion	140.560		21.580	40.160	40.160	38.660
B	02	07	Clarifier les arrangements institutionnels entre bureaux régionaux et pres	cogestion	28.710		0	22.110	3.300	3.300
B	02	08	Développer et mettre en œuvre une politique de communication adaptée	cogestion	26.880		0	10.280	8.300	8.300
B	02	09	Conduire les études ad hoc selon les besoins identifiés en cours de prog	cogestion	49.500		0	22.110	22.110	5.280

B 03	<i>Résultat 8: Un système pluriel de cofinancement des Assurances Santé Universelle est m...</i>				1.212.640	7,6%	0	265.270	461.960	480.130
B 03 01	Etendre l'offre de services des ASU via des subventions et coassurance	cogestion	365.900		0	44.300	143.300	178.300		
B 03 02	Développer un mécanisme de fonds d'équité intégré à l'assurance dans	cogestion	752.210		0	185.610	283.300	283.300		
B 03 03	Contribuer à la réflexion sur les mécanismes et modalités de réassurance	cogestion	18.000		0	6.000	6.000	6.000		
B 03 04	Apporter le soutien technique pour l'intégration des initiatives et fonds de	cogestion	18.000		0	6.000	6.000	6.000		
B 03 05	Capitaliser d'autres expériences probantes en matière de fonds de subv	cogestion	3.750		0	1.250	1.250	1.250		
B 03 06	Conduire des études ad hoc selon les besoins identifiés en cours de pro	cogestion	54.780		0	22.110	22.110	5.280		
B 04	<i>Résultat 9: Le cadre juridique relatif aux bureaux régionaux est créé et mise en œuvre</i>				70.170	0,4%	0	2.650	33.760	33.760
B 04 01	Documenter et collecter l'évidence sur les lacunes dans les lois et politici	cogestion	3.750		0	1.250	1.250	1.250		
B 04 02	Contribuer activement au débat avec le MSP et les partenaires sur les la	cogestion	4.200		0	1.400	1.400	1.400		
B 04 03	Contribuer à la rédaction d'une loi de financement intégrée.	cogestion	62.220		0	0	31.110	31.110		
B 05	<i>Résultat 10: un modèle intégré de financement de la demande est articulé autour des bur</i>				216.560	1,4%	22.110	46.700	60.540	87.210
B 05 01	Concevoir une méthodologie de suivi continu et de capitalisation sur AS	cogestion	15.000		0	15.000	0	0		
B 05 02	Conduire les études ad hoc selon les besoins préidentifiés et les besoins	cogestion	88.440		22.110	22.110	22.110	22.110		
B 05 03	Conduire les activités de capitalisation tout au long du programme	cogestion	74.080		0	8.340	30.450	35.290		
B 05 04	Concevoir progressivement une stratégie de financement à moyen et lon	cogestion	3.750		0	1.250	1.250	1.250		
B 05 05	Élaborer un guide opérationnel de création de bureaux régionaux suppo	cogestion	35.290		0	0	6.730	28.560		
X	Réserve budgétaire (max 5% * total activités)				164.951	1,0%	41.514	56.403	38.348	28.631
X 01	<i>Réserve budgétaire</i>				164.951	1,0%	41.514	56.403	38.348	28.631
X 01 01	Réserve budgétaire COGESTION	cogestion	128.637		32.375	43.986	29.905	22.328		
X 01 02	Réserve budgétaire REGIE	regie	36.314		9.139	12.417	8.442	6.303		
Z	Moyens généraux				4.498.370	28,1%	1.078.720	1.217.940	1.128.495	1.073.215
Z 01	<i>Frais de personnel</i>				2.966.520	18,5%	640.380	775.380	775.380	775.380
Z 01 01	Assistant technique Volet Offre	regie	1.086.000		271.500	271.500	271.500	271.500		
Z 01 02	Assistant technique Volet Demande	regie	936.000		121.500	271.500	271.500	271.500		
Z 01 03	Prime Directions Ministère & Responsables d'intervention Volet Offre	cogestion	32.880		8.220	8.220	8.220	8.220		
Z 01 04	Prime Directions Ministère & Responsables d'intervention Volet Demand	cogestion	32.880		8.220	8.220	8.220	8.220		
Z 01 05	Equipe finance et administration Volet Offre	regie	97.200		24.300	24.300	24.300	24.300		

Z	01	06	Equipe finance et administration Volet Demande	régie	97.200		24.300	24.300	24.300	24.300
Z	01	07	Equipe d'appui Volet Offre	cogestion	229.680		57.420	57.420	57.420	57.420
Z	01	08	Equipe d'appui Volet Demande	cogestion	229.680		57.420	57.420	57.420	57.420
Z	01	09	Autres frais de personnel	cogestion	225.000		67.500	52.500	52.500	52.500
Z	02		<i>Investissements</i>		445.300	2,8%	170.250	155.000	109.775	10.275
Z	02	01	Véhicules Volet Offre	régie	150.000		60.000	60.000	30.000	0
Z	02	02	Véhicules Volet Demande	régie	150.000		30.000	60.000	60.000	0
Z	02	03	Equipement bureau Volet Offre	Cogestion	29.825		14.950	6.000	6.438	2.438
Z	02	04	Equipement bureau Volet Demande	Cogestion	29.825		14.950	6.000	6.438	2.438
Z	02	05	Equipement IT Volet Offre	Cogestion	22.825		17.425	0	2.700	2.700
Z	02	06	Equipement IT Volet Demande	Cogestion	22.825		12.925	3.000	4.200	2.700
Z	02	07	Aménagements du bureau Volet Offre	Cogestion	20.000		10.000	10.000	0	0
Z	02	08	Aménagements du bureau Volet Demande	Cogestion	20.000		10.000	10.000	0	0
Z	03		<i>Frais de fonctionnement</i>		876.400	5,5%	219.100	219.100	219.100	219.100
Z	03	01	Loyer du bureau Offre	Cogestion	49.600		12.400	12.400	12.400	12.400
Z	03	02	Loyer du bureau Demande	Cogestion	49.600		12.400	12.400	12.400	12.400
Z	03	03	Services et frais de maintenance Offre	Cogestion	52.800		13.200	13.200	13.200	13.200
Z	03	04	Services et frais de maintenance Demande	Cogestion	52.800		13.200	13.200	13.200	13.200
Z	03	05	Frais de fonctionnement des véhicules	Cogestion	240.200		60.050	60.050	60.050	60.050
Z	03	06	Frais de fonctionnement des véhicules	Cogestion	240.200		60.050	60.050	60.050	60.050
Z	03	07	Télécommunications Volet Offre	Cogestion	62.400		15.600	15.600	15.600	15.600
Z	03	08	Télécommunications Volet Demande	Cogestion	62.400		15.600	15.600	15.600	15.600
Z	03	09	Fournitures de bureau Volet Offre	Cogestion	31.200		7.800	7.800	7.800	7.800
Z	03	10	Fournitures de bureau Volet Demande	Cogestion	31.200		7.800	7.800	7.800	7.800
Z	03	11	Autres frais de fonctionnement	Cogestion	4.000		1.000	1.000	1.000	1.000
Z	04		<i>Audit et Suivi et Evaluation</i>		210.150	1,3%	48.990	68.460	24.240	68.460
Z	04	01	Evaluations	régie	88.440		0	44.220	0	44.220
Z	04	02	Audit	régie	60.000		15.000	15.000	15.000	15.000
Z	04	03	Baseline study	regie	15.510		15.510			
Z	04	04	Backstopping	régie	46.200		18.480	9.240	9.240	9.240
TOTAL					16.000.000		4.026.815	5.470.999	3.719.669	2.777.182

RÉGIE	2.762.864
COGESTION	13.237.136

589.729	792.477	714.282	666.363
3.437.086	4.678.522	3.005.386	2.110.819

7.4 TdR personnel long terme

7.4.1 Assistant(e) Technique International médecin de santé publique « Composante : Appui à l'offre de soins »

Poste

Sous la direction du Représentant résident de la CTB à Dakar, l'Assistant(e) Technique International (ATI) est délégué à la cogestion en tant que Coresponsable et travaille à ce titre en étroite relation avec le Responsable du volet Offre sénégalais au sein de la Direction de la Santé du MSP, et les autres membres de l'équipe de projet, tel que décrit dans le chapitre 5.

Elle/il sera basé à Dakar. Elle/il disposera d'un bureau dans les locaux de la DS, et effectuera de nombreux déplacements dans les cinq régions, où elle/il passera +/- 50 % du temps. Elle/il effectuera des déplacements internationaux, si nécessaire.

Conformément aux termes du dossier technique et financier du projet, Elle/il assiste le Responsable pour la coordination opérationnelle du volet Offre de l'intervention PAODES. Cette coordination concerne les aspects techniques l'atteinte de l'objectif spécifique et des résultats attendus, la révision éventuelle de ceux-ci en cours de projet en fonction de l'évolution de son contexte, la résolution et/ou la prise en compte de problèmes techniques et organisationnels ou de contraintes internes ou externes qui se déclareront en cours de vie du projet).

Cela concerne aussi d'autres aspects également importants, tels que :

- Mener activement la coordination avec les autres volets du programme telle que décrite en détail dans le chapitre 5 (5.2.4 et 5).
- la planification opérationnelle (anticipation, gestion, organisation, planification des activités et suivi des délais annoncés),
- la gestion financière (comptable, budgétaire et prévisionnelle),
- la gestion de la qualité (et des résultats du projet et de la manière dont le projet se déroule),
- la gestion des ressources humaines (y compris le dialogue avec les partenaires sénégalais et la motivation de l'ensemble de l'équipe de projet),
- la gestion des marchés (en application de la législation sénégalaise ou belge de passation des marchés publics, selon que la dépense est gérée respectivement en cogestion ou en régie),
- la gestion de la communication (interne et externe, y compris le reporting opérationnel et financier vers la CTB, la Direction Générale de la Coopération au Développement (DGCD) et les partenaires sénégalais), et
- La gestion des risques liés aux projets, tels qu'identifiés dans le cadre logique du projet ou pouvant survenir en cours d'exécution du projet.
- Un appui aux attachés de la coopération belge pour le dialogue politique sectoriel

est un aspect particulier mais important des tâches de l'expert sectoriel international.

Principales responsabilités

Elle/il est responsable pour la partie belge de la gestion financière du volet Offre du PAODES. Elle/il sera assisté à ce titre par un Responsable Administratif et Financier qui se chargera des activités quotidiennes de gestion financière. Ses termes de référence sont décrits ci-après.

Elle/il coordonnera le travail des trois Assistants Techniques Nationaux (ATN) placés sous sa responsabilité pour la réalisation du projet dans les compétences suivantes :

- 2 médecins de santé publique avec expertise en opérationnalisation des districts sanitaires ;
- 1 ingénieur génie civil, en charge de toute la partie infrastructures et équipements.

Les profils de ces ATN sont décrits dans les termes de référence suivants. Leurs responsabilités spécifiques sont considérées comme faisant partie intégrante des termes de référence de l'ATI. En plus de cela, l'ATI prendra plus spécifiquement à sa charge les fonctions suivantes :

- a. référant aux résultats du volet Offre du PAODES, elle/il est responsable de la mise en œuvre de l'ensemble des activités prévues. Sur cette base, elle/il se chargera en particulier de :

R1):

- Diriger la réflexion avec ses collègues nationaux débouchant au lancement de la dynamique d'assurance qualité dans les districts priorités (R1). Accompagner le processus, relayé par les ATN dans les régions, de formation des formateurs et implantation des équipes qualité.
- Organiser la mise en œuvre de l'actualisation des paquets de services (PMA, PCA). Avec la DS, elle/il sera le moteur du processus débouchant sur l'édition effective des manuels.
- En étroite collaboration avec les ATN, elle/il lancera en collaboration avec les RM et districts concernés, le schéma de réalisation des enquêtes de satisfaction. Elle/il veillera en particulier à la qualité des questionnaires et la méthodologie des enquêtes, ainsi qu'à la systématisation des résultats.
- R2)
- En continuité au travail engagé sur les fonctions actualisées de l'ECD, menée au sein de la DS, elle/il appuiera un groupe de travail sur le thème « l'ECD fonctionnelle », avec la finalité de définir un concept mesurable et applicable à tous les districts, qui devra inclure la réalisation des supervisions.

- Elle/il organisera avec les ATN, le programme d'appuis aux ECD par région, couvrant l'ensemble des actions prévues dans ce sens sous le volet Offre. Elle/il participera activement à sa mise en œuvre.
- Elle/il accompagnera le processus d'élaboration et mise en œuvre du plan de formation du personnel.
- R3)
- Elle/il accompagnera le processus d'élaboration des Plans de Développement des districts et régions, relayé par les ATN sur place.
- Elle/il accompagnera l'ATN ingénieur chargé de sa mise en œuvre du plan d'investissement. Il veillera au bon suivi des chantiers, en particulier celles des districts accueillant la chirurgie (R4). De même, elle/il s'assurera que l'ensemble des marchés relatifs aux équipements sont correctement lancés, sous le pilotage de l'ingénieur.
- Sur base du travail des ATN, elle/il suivra les progrès dans les améliorations apportées au système de référence et l'évacuation des urgences.
- R4)
- Piloter avec la DS le processus conduisant à l'accord avec la Faculté de Médecine, le MSP et la CTB, pour l'implantation intégrée de la chirurgie de district et les SONUC.
- Elle/il se chargera, relayé par les ATN, de suivre la mise en œuvre de la chirurgie, en particulier de la réalisation effective des supervisions d'appui et de la bonne intégration des stagiaires et médecins SONU dans les districts.
- En collaboration avec l'équipe du volet Demande, elle/il sera chargé d'accompagnement du processus pour l'implantation de la tarification forfaitaire dans certains districts.
- R5)
- Dès le démarrage, elle/il s'attachera à établir l'organisation du travail au sein de la DS, pour l'appui à l'ensemble du programme.
- Elle/il sera chargé des actions pour l'actualisation des guides de supervision (contrat avec les consultants, supervision de l'avancement du travail, etc.
- Une fois le plan de supervision achevé, elle/il appuiera activement la réalisation de la première tournée de supervision de (i) les régions et (ii) les hôpitaux régionaux, par le niveau central.
- En collaboration étroite avec les ATN, elle/il suivra l'établissement des accords pour que des spécialistes des HR, réalisent des prestations dans certains districts.
- Elle/il suivra le travail à charge des ATN sur la dynamisation des comités de santé et des collectivités locales.

b. de façon transversale :

- Appui au dialogue sectoriel, participation active aux mécanismes de coordination des partenaires techniques et financiers (PTF), et stimulation de groupes de travail spécifiques ayant trait à l'amélioration de l'accessibilité et la qualité des soins.
- Coordination et cohésion d'ensemble du planning d'études et de consultations en fonction des besoins identifiés et en relation avec l'agenda développée sur le volet offre.
- Veiller à l'amélioration et l'harmonisation des outils de gestion, de documentation et des indicateurs utilisés par l'intervention.
- Garantir l'alignement critique et l'harmonisation de l'intervention avec les orientations du Ministère de la Santé.
- Appui au renforcement institutionnel de la DS et aux compétences de ses membres.

Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans.

Profil

- Maîtrise en médecine
- Diplôme en Santé Publique.
- Connaissance plurielle du secteur de la santé, couvrant les aspects de politique sectorielle et de l'organisation du système de santé.
- Expertise confirmée dans l'appui institutionnel aux réformes du système de santé, expérience terrain dans l'opérationnalisation des districts sanitaires, y compris l'hôpital de district, acquise dans les pays en voie de développement.
- Durée de l'expérience professionnelle : au minimum 10 ans (dont au moins 5 ans en Afrique sub-saharienne) ;
- De façon plus générale :
- Sensibilité pour la recherche-action, et compréhension fine du processus de développement de politiques basées sur l'évidence.
- Esprit d'équipe. Capacité à former et diriger une équipe neuve sur un projet neuf.
- Diplomate. Capable de gérer les conflits. Capable de comprendre et anticiper les champs de tensions générés par une approche novatrice.
- Maîtrise orale et écrite du français, avec bonnes capacités rédactionnelles.
- Maîtrise de l'outil informatique.

Sont des atouts : une connaissance préalable du contexte sénégalais et de son système de santé, une expérience préalable à un poste similaire au sein de la CTB ou d'une organisation internationale comparable ; les publications ou la réalisation de programmes concrets dans ces domaines ou similaires ; la maîtrise de l'anglais.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge. Le recrutement sera effectué par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le profil du candidat retenu sera approuvé par le partenaire national avant engagement définitif.

7.4.2 Assistant(e) Technique International en financement de la santé « Composante : Appui à la demande de soins »

Poste

Sous la direction du Représentant résident de la CTB à Dakar, l'Assistant(e) Technique International (ATI) est délégué à la cogestion et travaille à ce titre en étroite relation avec le responsable de l'intervention sénégalais (au sein de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) du MSP) et les autres membres de l'équipe de projet, particulièrement les assistants techniques en charge des composantes appui à la gouvernance (sous le PAGOSAN) et appui à l'offre de soins (sous le même programme PAODES).

Elle/il sera basé à Dakar. Elle/il disposera d'un bureau dans les locaux de la CAFSP, et effectuera de nombreux déplacements dans les cinq régions, ou elle/il passera +/- 50 % du temps. Elle/il effectuera des déplacements internationaux, si nécessaire.

Conformément aux termes du dossier technique et financier du projet, elle/il assiste le responsable de l'intervention pour la coordination opérationnelle du projet. Cette coordination concerne l'aspect technique du projet (l'atteinte de l'objectif spécifique et des résultats attendus du projet, la révision éventuelle de ceux-ci en cours de projet en fonction de l'évolution de son contexte, la résolution et/ou la prise en compte de problèmes techniques et organisationnels ou de contraintes internes ou externes qui se déclareront en cours de vie du projet). Cette coordination concerne aussi d'autres aspects également importants, tels que : la planification opérationnelle (anticipation, gestion, organisation, planification des activités et suivi des délais annoncés), la gestion financière (comptable, budgétaire et prévisionnelle), la gestion de la qualité (et des résultats du projet et de la manière dont le projet se déroule), la gestion des ressources humaines (y compris le dialogue avec les partenaires sénégalais et la motivation de l'ensemble de l'équipe de projet), la gestion des achats (en application de la législation sénégalaise ou belge de passation des marchés publics, selon que la dépense est gérée respectivement en cogestion ou en régie), la gestion de la communication (interne et externe, y compris le reporting opérationnel et financier vers la CTB, la Direction Générale de la Coopération au Développement (DGCD) et les partenaires Sénégalais), et la gestion des risques liés aux projets, tels qu'identifiés dans le cadre logique du projet ou pouvant survenir en cours d'exécution du projet. Un appui aux attachés de la coopération belge pour le dialogue politique sectoriel est un aspect particulier mais

important des tâches de l'expert sectoriel international

Principales responsabilités

L'ATI assurera la codirection de l'intervention pour la CTB en partenariat avec le directeur de l'intervention désigné par la CAFSP.

Elle/il est responsable pour la partie belge de la gestion financière du volet demande du PAODES. Elle/il sera assisté à ce titre par un Responsable Administratif et Financier qui se chargera des activités quotidiennes de gestion financière. Ses termes de référence sont décrits ci-après.

elle/il coordonnera le travail des trois Assistants Techniques Nationaux (ATN) placés sous sa responsabilité pour la réalisation du programme dans les compétences suivantes :

- économiste de la santé chargé des aspects de financement de la santé et des mécanismes de subventions aux Assurances Santé Universelles (ASU) (complément de l'offre assurantielle, fonds d'équité, autres mécanismes liés au fonds de solidarité) ;
- médecin de santé publique avec expertise en financement de la santé en soutien au développement des ASU et des organes mutualistes ;
- sociologue en charge chargé de veiller à l'ancrage communautaire des mouvements mutualiste et ASU et leur réponse aux attentes et besoins de la population.

Les profils de ces trois ATN sont décrits dans les termes de référence suivants. Leurs responsabilités spécifiques sont considérées comme faisant partie intégrante des termes de référence de l'ATI. En plus de cela, l'ATI prendra plus spécifiquement à sa charge les fonctions suivantes, référant en grande partie aux résultats 9 et 10 du PAODES :

- Coordination et cohésion d'ensemble du planning d'études et de consultance en fonction des besoins identifiés par les programmes, et en relation avec l'agenda développé sur le volet offre.
- Veiller à l'amélioration et l'harmonisation des outils de gestion, de documentation et des indicateurs utilisés par le programme et les institutions supportées (bureaux régionaux assurance santé universelle, mutuelles et structures faïtières supportées).
- Contribution au processus de réforme du système d'information sanitaire au niveau central, particulièrement sur l'intégration de données relatives à la demande et au profil du patient.
- Veiller au développement d'évidence scientifiquement valide en vue de leur utilisation dans le développement de politiques et lois nationales.
- Garantir l'alignement critique et l'harmonisation des programmes supportés avec les orientations du Ministère de la Santé.
- Appui au renforcement institutionnel de la CAFSP et aux compétences de ses membres.

- Coordination du planning de formation des membres des institutions touchées par le volet demande.
- Appui au politique dialogue sectoriel, participation active aux mécanismes de coordination des partenaires techniques et financiers (PTF), et stimulation de groupes de travail spécifiques relatifs aux questions de financement de la demande et de protection sociale.
- Stimulation de l'intérêt du MSP et des PTF pour le modèle de Bureaux Régionaux d'Assurance Santé Universelle via un partage au niveau national et international des leçons apprises par le programme (rencontre inter-partenaires, conférences, rédaction d'articles et de littérature grise, etc.)
- Coordination de la création progressive d'un guide opérationnel de création des bureaux régionaux assurance santé universelle basé sur l'expérience du programme et adapté aux conditions spécifiques de l'Etat sénégalais.
- Coordination d'un plan de financement à moyen et long terme des bureaux régionaux assurance santé universelle et recherche de cofinancement auprès des PTF.
- Coordination des groupes de réflexion et de rédaction sur les besoins de lois et politiques en matière de financement de la santé et de protection sociale.
- Contribution (si possible) au développement d'une politique nationale de financement de la santé intégrée.
- Appuyer le Ministère dans l'élaboration des CDMT.
- Contribuer à la réflexion et les études sur la durabilité financière.

Durée

Le poste est prévu pour trois ans.³⁷

Profil

- Diplôme universitaire relevant (économiste, médecin ou gestionnaire)
- Un diplôme en Santé Publique, Administration Publique, Gestion financière est considéré comme un plus.
- Expertise confirmée à l'appui de réalisations concrètes en matière de financement de la santé et de protection sociale en santé acquise dans les pays en voie de développement.
- Connaissance plurielle du secteur de la santé, et de la complexité entre les dimensions de l'offre de soins, de la demande et des attentes de la population, des influences du milieu politique et des orientations imprimées par les partenaires techniques et financiers.

³⁷ La première année de l'intervention l'expert PAMAS assurera la fonction.

- Durée de l'expérience professionnelle : au minimum 10 ans (dont au moins une partie en Afrique sub-saharienne) ;
- De façon plus générale :
- Sensibilité pour la recherche-action, et compréhension fine du processus de développement de politiques basées sur l'évidence.
- Capacité conceptuelle à concevoir et porter des programmes innovants, de leur formalisation et leur mise en œuvre à leur traduction politique
- Esprit d'équipe. Capacité à former et diriger une équipe neuve sur un projet neuf.
- Diplomate. Capable de gérer les conflits. Capable de comprendre et anticiper les champs de tensions générés par une approche novatrice.
- Capacité de développer des réseaux.
- Maîtrise orale et écrite du français, avec bonnes capacités rédactionnelles.
- Maîtrise de l'outil informatique.
- Sont des atouts : la durée de l'expérience professionnelle ; les publications ou la réalisation de programmes concrets dans des domaines similaires ; la maîtrise de l'anglais ; une expérience préalable à un poste similaire au sein de la CTB ou d'une organisation internationale comparable ; une connaissance préalable du contexte sénégalais et de son système de santé.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

Le recrutement sera effectué par appel d'offre international par la CTB Bruxelles.

Le profil du candidat retenu sera approuvé par le partenaire national avant engagement définitif.

7.4.3 Assistant(e) Technique National, médecin de santé publique

Poste

Sous la direction de l'Assistant(e) Technique International (ATI MSP) du volet Offre de soins, les deux Assistants Techniques Nationaux (ATN) médecins de santé publique, travailleront en constante collaboration entre eux et avec les autres assistants techniques du volet Offre, ainsi qu'avec ceux du volet Demande (PAODES) et du volet Gouvernance (PAGOSAN).

Principales responsabilités

Chaque médecin santé publique national (MSPN) sera chargé, d'une part, de l'appui à l'ATI MSP dans les actions réalisées au niveau central, mais surtout, de tous les aspects liés à l'exécution du volet de l'offre de soins dans les régions qui lui seront assignées : celui basé à Thies suivra l'exécution dans les régions de Thies et Diourbel (les plus

peuplées), et celui basé à Kaolack suivra l'exécution dans les régions de Kafrine, Kaolack et Fatick.

Sous l'autorité directe de l'ATI MSP, leur fonction essentielle sera d'appuyer les ECD et les RM dans le lancement et la mise en œuvre des activités du volet Offre, telles que définies dans le DTF. Dans cette tâche, ils veilleront à s'assurer d'une continue coordination avec l'équipe sur le terrain du volet Demande, du PAODES.

Ils auront un accent particulier sur :

R1):

- Accompagner la dynamique d'assurance qualité dans les districts priorités.
- Apporter leur contribution, basée sur la participation des acteurs terrain, sur l'actualisation des paquets de services (PMA, PCA). .
- .Organiser et suivre la réalisation des enquêtes de satisfaction.
- R2)
- Apporteront leur contribution, et la participation des responsables périphériques à la réflexion sur l'ECD fonctionnelle. .
- Organiser et mettre en œuvre, le programme d'appuis aux ECD par région, couvrant l'ensemble des actions prévues dans ce sens sous le volet Offre.
- Ils organiseront avec la RM et les districts la mise en œuvre du plan de formation du personnel.
- R3)
- Ils participeront dans l'élaboration des Plans de Développement des districts et régions.
- Une fois, le plan d'investissements achevé, ils appuieront le travail de l'ATN ingénieur chargé de sa mise en œuvre en agissant comme relais auprès des responsables sanitaires (MCR, MCD, chef de poste de santé...) pour leur implication continue dans le suivi des chantiers. Elle/il participeront à certaines sorties de suivi des chantiers. De même, ils s'assureront que l'ensemble des marchés relatifs aux équipements ont été validés au niveau des régions concernées.
- Chargés de lancer les actions pour les améliorations du système de référence et l'évacuation des urgences.
- R4)
- Ils participeront activement dans l'implantation effective de la chirurgie dans les districts priorités pour cela. .
- en collaboration avec l'équipe du volet Demande, elle/il seront chargés de d'accompagner les actions pour l'implantation de la tarification forfaitaire dans certains districts.

- R5)
- Ils participeront activement dans la réalisation des supervisions des hôpitaux régionaux, par le niveau central.
- Ils seront chargés d'appuyer les ECD dans la réalisation effective de leurs programmes de supervision
- Ils seront chargés de suivre la réalisation des appuis des spécialistes des HR, réalisent des prestations dans certains districts.
- En collaboration avec les autres PTF présents, ils seront chargés de la dynamisation des comités de santé et des collectivités locales.

Ils partageront le leadership avec les autres AT sur les activités suivantes :

- Développement des outils, méthodes et indicateurs utilisés par les districts..
- Appui technique continu aux ECD et RM dans la gestion des activités planifiées (supervision conjointes, relations inter niveaux, relations avec l'HR, médiation, gestion des conflits).
- Monitoring étroit et rapportage des résultats des initiatives de chirurgie de district et tarification forfaitaire.
- Contribution active aux activités de documentation, de capitalisation et leur traduction en rapports
- Collaborer avec l'ATN Chargé du Suivi/Evaluation dans l'obtention des informations pertinentes pour remplir son programme..

Durée et lieu d'affectation

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans. Chacun des deux ATN résidera dans une des deux bases régionales du projet (à Kaolack ou Thiès) et effectuera de nombreux déplacements dans les régions du PAODES et à Dakar.

Profil

- Sénégalais
- Diplôme universitaire de médecine avec une maîtrise en santé publique.
- Expertise préalable en matière d'opérationnalisation des districts sanitaires.
- Connaissance du secteur de la santé, des problématiques spécifiques à l'accès aux soins, et de la complexité de ses interactions entre offre et demande de soins.
- Esprit d'équipe. Capable de comprendre et anticiper les conflits au quotidien.
- Maîtrise orale et écrite du français, avec bonnes capacités rédactionnelles. ;
- Maîtrise de l'outil informatique.
- Sont des atouts : la durée de l'expérience professionnelle ; une expérience préalable dans une ou plusieurs des 5 régions du programme ; expérience

dans un poste similaire au sein de la CTB ou d'une organisation internationale comparable.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

Le recrutement sera effectué par appel d'offre national par la CTB Dakar.

Le profil du candidat retenu sera approuvé par le partenaire national avant engagement définitif.

7.4.4 Assistant(e) Technique National, ingénieur de génie civil

Poste

Sous la direction de l'Assistant(e) Technique International (ATI) du volet Offre, l'Assistant(e) Technique National (ATN) ingénieur de génie civil travaillera en constante collaboration avec les autres assistants techniques du volet offre, ainsi qu'avec les assistants techniques en charge du volet demande de soins (PAODES) et ceux du volet Gouvernance (PAGOSAN). Elle/il aidera pour ce qui concerne son domaine d'activité au volet Gouvernance, selon demande de l'ATI du PAGOSAN.

Elle/il résidera dans une des deux bases de concentration du programme (à Kaolack ou Thiès) et effectuera de nombreux déplacements dans les cinq régions du PAODES et à Dakar.

Principales responsabilités

L'ingénieur de génie civil sera chargé essentiellement de piloter le processus de réhabilitation des infrastructures et l'acquisition et correcte installation de l'équipement, dans les établissements sanitaires appuyés par l'intervention. A ce titre, elle/il se concentrera sur les résultats 3 et 4 de l'intervention mais interviendra également en appui au PAGOSAN sur les questions techniques liés aux infrastructures ou équipement..

A ce titre, elle/il a un leadership sur les activités suivantes :

- Elaboration du plan d'investissement du PAODES,
- a) Infrastructures :
 - Tournée sur les sites prévus des travaux pour élaboration des cahiers de charges.
 - Organisation en amont du processus de suivi des futurs chantiers, accords avec la DIEM, ou autres organismes compétents. S'inspirer des acquis de l'ASSRMKF.
 - Elaboration des dossiers d'appels d'offres aux entreprises pour les travaux ;
 - Organisation et pilotage du processus de lancement et attribution des offres ;
 - Signature des contrats et organisation des travaux avec les entreprises ;

- Réalisation régulière des missions de suivi des chantiers ; la coordination avec les responsables sanitaires, en particulier des établissements bénéficiaires des réhabilitations, sera indispensable.
- Organisation des réceptions provisoires des travaux et mise en fonction des établissements réhabilités ;
- Chargé des rapports périodiques sur l'évolution des travaux et le respect des délais et qualité par les entreprises.
- Planification et coordination de l'ensemble des études et ateliers à mener concernant les infrastructures et équipement

b) Equipements :

- Elaborer le plan d'équipements avec l'appui des ATN et des responsables sanitaires ;
- Préparation des cahiers de charges et lancement des marchés d'acquisition des équipements. Pour cela, elle/il s'appuiera dans les compétences des RAF, en particulier de celui avec compétences sur les marchés publics (RAF PAGOSAN), et dans celles des gestionnaires de la CTB Dakar avec expérience dans la matière.
- Suivi des arrivages du matériel et organiser leur correct entreposage dans les régions et districts en attendant leur installation effective.
- Chargé d'organiser avec l'appui des ATN et des MCD et MCR les cérémonies de remise des équipements (et des travaux).
- Chargé d'établir les contrats de Maintenance avec les maisons mères pour l'équipement médical « lourd » des centres de santé de référence.

c) Maintenance et Hygiène :

- Elle/il appuiera les ATN et les ECD dans le renforcement des capacités de Maintenance et gestion des déchets médicaux des districts.
- Elle/il établira la liste du matériel à acquérir en appui aux équipes chargés de la Maintenance et de la gestion des déchets médicaux.

Elle/il contribue avec les ATN médecins de la santé sur les activités suivantes :

- Développement des outils, méthodes et indicateurs utilisés par les districts, notamment en référence aux infrastructures, équipements, maintenance.
- Appui technique aux équipes de maintenance dans la gestion des activités (gestion des interventions, supervision conjointes, médiation, gestion des conflits).
- Monitoring étroit et rapportage des résultats
- Collaborer avec l'ATN Chargé du Suivi/Evaluation dans l'obtention des informations pertinentes pour remplir son programme.

Durée et Lieu d'Affectation

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans. Il/Elle sera basé(e) à Dakar ou dans une des deux bases régionales du projet.

Profil

- Diplôme universitaire d'ingénieur génie civil.
- Expertise préalable en matière d'établissements sanitaires,
- Connaissance du secteur de la santé, des problématiques spécifiques aux établissements de santé, en particulier des hôpitaux et centres de santé.
- Esprit d'équipe.
- Maîtrise orale et écrite du français, avec bonnes capacités rédactionnelles.
- Maîtrise de l'outil informatique.
- Sont des atouts : la durée de l'expérience professionnelle ; une expérience préalable dans une ou plusieurs des 5 régions du projet, expérience préalable à un poste similaire au sein de la CTB ou d'une organisation internationale comparable.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

Le recrutement sera effectué par appel d'offre national par la CTB Dakar.

Le profil du candidat retenu sera approuvé par le partenaire national avant engagement définitif.

7.4.5 Assistant(e) Technique National, économiste de la santé, chargé des mécanismes de subventions aux Assurances Santé Universelles

Poste

Sous la direction de l'Assistant(e) Technique International (ATI) en financement de la santé, l'Assistant(e) Technique National (ATN) économiste de la santé travaillera en constante collaboration avec les autres assistants techniques du volet demande, ainsi qu'avec les assistants techniques en charge des composantes appui à l'offre de soins (sous le même programme PAODES) et appui à la gouvernance (sous le PAGOSAN). Elle/il répondra en outre pour une partie de ses fonctions aux demandes formulées par l'ATI du PAGOSAN.

Elle/il résidera dans une des deux bases de concentration du programme (à Kaolack ou Thiès) et effectuera de nombreux déplacements dans les cinq régions du PAODES et à Dakar.

Principales responsabilités

L'économiste de la santé sera chargé de tous les aspects de financement de la santé et des mécanismes de subventions aux Assurances Santé Universelles (ASU). Elle/il aura un accent particulier sur le résultat 8 du programme (système de cofinancement des ASU) mais interviendra également sur les autres dimensions, notamment tout le développement institutionnel et opérationnel des Bureaux Régionaux d'ASU (bureaux régionaux assurance santé universelle).

A ce titre, elle/il a un leadership sur les activités suivantes :

- Coordination du processus de formulation, d'adaptation et de mise en œuvre des mécanismes de subvention (extension du paquet de services et fonds d'équité)
- Planification et coordination de l'ensemble des études et ateliers à mener dans le cadre des politiques de subvention.
- Coordination du processus d'identification des plus pauvres sous les fonds d'équité avec l'ensemble des acteurs intervenants dans l'identification (population, autorités locales, prestataires, équipes de validation).
- Coordination de la réflexion sur les autres modalités de subvention des bureaux régionaux assurance santé universelle (réassurances, fonds de solidarité, autres).

Elle/il partage le leadership avec les autres ATN du volet demande sur les activités suivantes :

- Détermination des paquets de service à financer sous les ASU et dans les fonds d'équité, en fonction des besoins de la population, de leur capacité contributive et des ressources disponibles.
- Développement des outils, méthodes et indicateurs utilisés par les bureaux régionaux assurance santé universelle.
- Appui technique continu aux équipes des bureaux régionaux assurance santé universelle dans la gestion quotidienne des activités (gestion de l'assurance, gestion financière, supervision conjointes, relations prestataires, médiation, gestion des conflits).
- Monitoring étroit et rapportage des résultats des mécanismes de subvention (suivi des budgets, indicateurs d'utilisation, identification des pauvres, équité, etc.)

Elle/il contribue activement aux activités suivantes :

- Contribution proactive aux autres activités demandant une expertise en matière de financement de la santé (tarification forfaitaire, études PBF, mutuelles de santé, autres)
- Contribution active aux activités de documentation, de capitalisation et leur traduction scientifique et politique (rédaction d'articles, présentation de

conférence, cadre légal du financement de la santé, guide opérationnel des ASU, lobbying pour le financement des ASU)

- Collaborer avec l'ATN Chargé du Suivi/Evaluation dans l'obtention des informations pertinentes pour remplir son programme.

Durée et Lieu d'affectation

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans. Il/Elle sera basé(e) dans une des deux bases régionales du projet.

Profil

- Diplôme universitaire d'économiste de la santé ou de gestionnaire de services de santé, ou d'assurance-santé.
- Expertise préalable en matière de financement de la santé, de protection sociale en santé et / ou d'assurance santé, acquise au Sénégal ou dans un contexte similaire.
- Connaissance du secteur de la santé, des problématiques spécifiques à l'accès aux soins, et de la complexité de ses interactions entre offre et demande de soins.
- Esprit d'équipe. Diplomate. Capable de comprendre et anticiper les conflits au quotidien.
- Maîtrise orale et écrite du français, avec bonnes capacités rédactionnelles.
- Maîtrise de l'outil informatique.
- Sont des atouts : la durée de l'expérience professionnelle ; une expérience préalable de conception et de mise en œuvre de programmes innovants ; une exposition préalable au monde scientifique et politique ; la maîtrise de l'anglais ; une expérience préalable à un poste similaire au sein de la CTB ou d'une organisation internationale comparable.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

Le recrutement sera effectué par appel d'offre national par la CTB Dakar.

Le profil du candidat retenu sera approuvé par le partenaire national avant engagement définitif.

7.4.6 Assistant(e) Technique National, médecin de santé publique / financement de la santé

Poste

Sous la direction de l'Assistant(e) Technique International (ATI) en financement de la santé, l'Assistant(e) Technique National (ATN) médecin de santé publique / financement de la santé travaillera en constante collaboration avec les autres assistants techniques du

volet demande, ainsi qu'avec les assistants techniques en charge des composantes appui à l'offre de soins (sous le même programme PAODES) et appui à la gouvernance (sous le PAGOSAN). Elle/il répondra en outre pour une partie de ses fonctions aux demandes formulées par l'ATI du PAGOSAN.

Elle/il résidera dans une des deux bases de concentration du programme (à Kaolack ou Thiès) et effectuera de nombreux déplacements dans les cinq régions du PAODES et à Dakar.

Principales responsabilités

Le médecin de santé publique / financement de la santé sera chargé de garantir que les mécanismes assurantiels et mutualistes répondent de manière efficiente aux besoins de santé de la population. Elle/il aura à ce titre un accent particulier sur les résultats 6 et 7 du programme (mutuelles et ASU) mais interviendra également sur les autres dimensions, notamment les questions techniques d'ordre médicale touchant aux mécanismes de subvention de l'ASU (résultat 8).

A ce titre, elle/il a un leadership sur les activités suivantes :

- Expertise médicale sur les paquets de services à intégrer dans l'assurance.
- Soutien aux médecins conseil des bureaux régionaux assurance santé universelle dans le développement et la conduite de leur fonction de négociation
- Médiation entre assurance / mutuelles, prestataires et autorités sanitaires sur les questions de qualité des services prestés. Gestion des conflits techniques.
- Proposition d'adaptation des systèmes d'information sanitaires vers l'intégration d'indicateurs relatifs à la demande et à la protection sociale.
- Coordination de toutes les dimensions médicales des études, consultations et ateliers menés dans le cadre du volet demande du PAODES.

Elle/il partagera le leadership en tandem avec l'ATN sociologue sur les activités suivantes :

- Création des bureaux régionaux assurance santé universelle (engagement, dotations matérielles, etc.) selon un plan de développement consensuel
- Soutien méthodologique, matériel et humain aux activités des mutuelles et de leurs structures faïtières
- adoption d'indicateurs et méthodologies de documentation commune entre bureaux régionaux assurance santé universelle et mutuelles.
- Développement d'un cadre statutaire et légal adapté.
- Planification et coordination de l'ensemble des études et ateliers à mener concernant les bureaux régionaux assurance santé universelle et les mutuelles

- Développement et gestion du programme de développement des compétences bureaux régionaux assurance santé universelle et mutuelles

Elle/il partage le leadership avec les ATN sociologue et économiste de la santé sur les activités suivantes :

- Détermination des paquets de service à financer sous les ASU et dans les fonds d'équité, en fonction des besoins de la population, de leur capacité contributive et des ressources disponibles.
- Développement des outils, méthodes et indicateurs utilisés par les bureaux régionaux assurance santé universelle.
- Appui technique continu aux équipes des bureaux régionaux assurance santé universelle dans la gestion quotidienne des activités (gestion de l'assurance, gestion financière, supervision conjointes, relations prestataires, médiation, gestion des conflits).
- Monitoring étroit et rapportage des résultats

Elle/il contribue activement aux activités suivantes :

- Coordination de la réflexion sur les autres modalités de subvention des bureaux régionaux assurance santé universelle (réassurances, fonds de solidarité, autres).
- Maintenir une préoccupation orientée sur la demande dans diverses activités de l'offre : concept de qualité et démarche qualité ; définition des paquets de service par niveau ; plan de développement sanitaire ; programme de tarification forfaitaire ; autres.
- Contribution active aux activités de documentation, de capitalisation et leur traduction scientifique et politique (rédaction d'articles, présentation de conférence, cadre légal du financement de la santé, guide opérationnel des ASU, lobbying pour le financement des ASU)
- Collaborer avec l'ATN Chargé du Suivi/Evaluation dans l'obtention des informations pertinentes pour remplir son programme.

Durée et Lieu d'affectation

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans. Il/Elle sera basé(e) dans une des deux bases régionales du projet.

Profil

- Diplôme universitaire de médecin de santé publique.
- Expertise préalable en matière de financement de la santé, de protection sociale en santé et / ou d'assurance santé, acquise au Sénégal ou dans un contexte similaire.

- Connaissance du secteur de la santé, des problématiques spécifiques à l'accès aux soins, et de la complexité de ses interactions entre offre et demande de soins.
- Esprit d'équipe. Diplomate. Capable de comprendre et anticiper les conflits au quotidien.
- Maîtrise orale et écrite du français, avec bonnes capacités rédactionnelles.
- Maîtrise de l'outil informatique.
- Sont des atouts : la durée de l'expérience professionnelle ; une expérience préalable de conception et de mise en œuvre de programmes innovants ; une exposition préalable au monde scientifique et politique ; la maîtrise de l'anglais ; une expérience préalable à un poste similaire au sein de la CTB ou d'une organisation internationale comparable.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

Le recrutement sera effectué par appel d'offre national par la CTB Dakar.

Le profil du candidat retenu sera approuvé par le partenaire national avant engagement définitif.

7.4.7 Assistant(e) Technique National, Sociologue

Poste

Sous la direction de l'Assistant(e) Technique International (ATI) en financement de la santé, l'Assistant(e) Technique National (ATN) sociologue travaillera en constante collaboration avec les autres assistants techniques du volet demande, ainsi qu'avec les assistants techniques en charge des composantes appui à l'offre de soins (sous le même programme PAODES) et appui à la gouvernance (sous le PAGOSAN). Elle/il répondra en outre pour une partie de ses fonctions aux demandes formulées par l'ATI du PAGOSAN.

Elle/il résidera dans une des deux bases de concentration du programme (à Kaolack ou Thiès) et effectuera de nombreux déplacements dans les cinq régions du PAODES et à Dakar.

Principales responsabilités

Le sociologue sera chargé de garantir que les mécanismes assurantiels et mutualistes sont adaptés à leur environnement institutionnel (prestataires, autorités) et répondent de manière efficiente aux besoins et attentes sociales de la population. Elle/il aura à ce titre un accent particulier sur les résultats 6 et 7 du programme (mutuelles et ASU) mais interviendra également sur les autres dimensions, notamment les questions d'ordre social touchant aux mécanismes de subvention de l'ASU (résultat 8).

A ce titre, elle/il a un leadership sur les activités suivantes :

- Initiation et conduite d'enquêtes de perception et satisfaction auprès des populations, prestataires, autorités, autres.
- Soutien aux sociologues des bureaux régionaux assurance santé universelle dans leurs activités quotidiennes
- Suivi, analyse et compilation des dimensions sociales des cas critiques relevés par les bureaux régionaux assurance santé universelle
- Développement d'une réelle fonction de protection sociale (soutien social, représentation des intérêts, autres) allant au delà de la fonction de paiement au sein des mécanismes ASU et mutualistes, et particulièrement via le système de fonds d'équité dans les bureaux régionaux assurance santé universelle
- Réflexion continue sur l'ancrage des bureaux régionaux assurance santé universelle et des mutuelles dans les populations et autorités locales, et propositions concrètes de schémas institutionnels adéquats.
- Coordination des ateliers, consultances et activités de sensibilisation et communication auprès de la population et des partenaires.
- Coordination de toutes les dimensions sociales des études, consultances et ateliers menés dans le cadre du volet demande du PAODES.

Elle/il partagera le leadership en tandem avec l'ATN médecin de santé publique sur les activités suivantes :

- Création des bureaux régionaux assurance santé universelle (engagement, dotations matérielles, etc.) selon un plan de développement consensuel
- Soutien méthodologique, matériel et humain aux activités des mutuelles et de leurs structures faïtières
- Adoption d'indicateurs et méthodologies de documentation commune entre bureaux régionaux assurance santé universelle et mutuelles.
- Développement d'un cadre statutaire et légal adapté.
- Planification et coordination de l'ensemble des études et ateliers à mener concernant les bureaux régionaux assurance santé universelle et les mutuelles
- Développement et gestion du programme de développement des compétences bureaux régionaux assurance santé universelle et mutuelles

Elle/il partage le leadership avec les ATN médecin de santé publique et économiste de la santé sur les activités suivantes :

- Détermination des paquets de service à financer sous les ASU et dans les fonds d'équité, en fonction des besoins de la population, de leur capacité contributive et des ressources disponibles.

- Développement des outils, méthodes et indicateurs utilisés par les bureaux régionaux assurance santé universelle.
- Monitoring étroit et rapportage des résultats

Elle/il contribue activement aux activités suivantes :

- Coordination du processus d'identification des plus pauvres sous les fonds d'équité avec l'ensemble des acteurs intervenants dans l'identification (population, autorités locales, prestataires, équipes de validation).
- Contribution active aux activités de documentation, de capitalisation et leur traduction scientifique et politique (rédaction d'articles, présentation de conférence, cadre légal du financement de la santé, guide opérationnel des ASU, lobbying pour le financement des ASU)
- Collaborer avec l'ATN Chargé du Suivi/Evaluation dans l'obtention des informations pertinentes pour remplir son programme.
- Elle/il apportera son concours technique dans la préparation des enquêtes de satisfaction menées dans les établissements sanitaires du projet.

Durée et Lieu d'Affectation :

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans. Il/Elle sera basé(e) dans une des deux bases régionales du projet.

Profil

- Diplôme universitaire de sociologue.
- Expertise préalable en matière de protection sociale, de préférence dans le secteur de la santé, acquise au Sénégal ou dans un contexte similaire.
- Connaissance du secteur de la santé, des problématiques spécifiques à l'accès aux soins, et de la complexité de ses interactions entre offre et demande de soins.
- Bon communicateur. Connaissance et sensibilité pour les cultures locales.
- Esprit d'équipe.
- Maîtrise orale et écrite du français, avec bonnes capacités rédactionnelles.
- Maîtrise de l'outil informatique.
- Sont des atouts : la durée de l'expérience professionnelle ; une expérience préalable de conception et de mise en œuvre de programmes innovants ; une exposition préalable au monde scientifique et politique ; une maîtrise en santé publique ; la maîtrise de l'anglais ; une expérience préalable à un poste similaire au sein de la CTB ou d'une organisation internationale comparable.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

Le recrutement sera effectué par appel d'offre national par la CTB Dakar.

Le profil du candidat retenu sera approuvé par le partenaire national avant engagement définitif.

7.4.8 Chargé M&E du programme

Poste

Sous l'autorité des directions PAODES et de la représentation de la CTB, le Chargé du Suivi-Evaluation sera responsable du dispositif de suivi évaluation de l'intervention. Elle/il travaillera plus particulièrement avec les différents départements du MSP impliqués (SNIS,...), avec les RM et districts et avec les assistants techniques nationaux et internationaux. Elle/il rendra compte sans délai à la direction de chaque volet du projet de toute situation décelée au cours des suivis effectués.

Principales responsabilités

Elle/il devra remplir les fonctions principales suivantes :

- Contribuer à la coordination entre les volets du programme. Pour cela, elle/il articule son programme d'action suivant les recommandations du coordonateur des ATI.
- Elle/il est chargé de la préparation des SMLC en étroite collaboration avec la CTB et la direction de chaque volet du programme.
- Elle/il est chargé spécifiquement du suivi étroit des IOV de l'intervention et de leur adaptation et/ou création d'autres mieux adaptés.
- Elaborer, en collaboration avec l'équipe technique de chaque volet et les principaux partenaires, les matrices de S/E, l'harmonisation des indicateurs, le cadre de suivi des risques et définir le dispositif adéquat à mettre en œuvre ;
- Etablir annuellement les besoins en ressources nécessaires au dispositif de suivi ;
- Mettre en œuvre, suivre et contrôler le dispositif de collecte des informations, y compris les informations nécessaires à l'établissement de la situation de référence (Baseline) ;
- Réaliser les exploitations des données collectées et établir des bilans périodiques concernant les indicateurs d'activités, de performances et de risques et les transmettre au responsable ;
- Organiser les mécanismes d'analyse participative et de restitution des informations et des données ;
- Assurer la formation des agents techniques et le transfert de compétences ;
- Assurer la formation et l'appui-conseil en méthodologie de collecte et d'exploitation des données auprès des partenaires locaux y compris en système d'information géographique.

Durée et Lieu d'Affectation : 4 ans. Dakar, avec rayon d'action dans toute la zone d'exécution du projet.

Profil

- Diplôme universitaire de niveau Master. avec une orientation en gestion de base de données, statistiques et système d'information.
- une expérience professionnelle avérée de minimum de 5 ans en gestion de bases de données, de traitement statistique et de système d'information.
- Expertise préalable d'au moins 3 ans en matière de suivi-évaluation de projet de développement, de préférence dans le secteur de la santé, acquise au Sénégal ou dans un contexte similaire en Afrique de l'Ouest.
- Il/Elle disposera de bonnes aptitudes en matière de méthodologie de suivi et d'analyse informatisée des données.
- Bon communicateur. Connaissance et sensibilité pour les cultures locales.
- Il/Elle aura de bonnes capacités de travail en équipe, avec des acteurs divers et dans la formation des cadres
-
- Maîtrise orale et écrite du français, avec bonnes capacités rédactionnelles.
- Maîtrise de l'outil informatique. .
- Il/Elle doit accepter de fréquents déplacements sur le terrain.
- Sont des atouts : la connaissance du secteur de la santé et du SNIS, la durée de l'expérience professionnelle ; la maîtrise de l'anglais ; une expérience préalable à un poste similaire au sein de la CTB ou d'une organisation internationale comparable.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge. Le recrutement sera effectué par appel à candidatures public par la CTB Dakar. Le profil du candidat retenu sera approuvé par le partenaire national avant engagement définitif.

7.4.9 Responsable Administratif et Financier National pour chacun des volets du PAODES

Poste

Ce poste a été déjà expliqué dans le chapitre 5 (5.3.2.). Il y aura un RAF national pour chaque volet du PAODES.

Le responsable administratif et financier national de chaque volet assume la responsabilité de la gestion financière et administrative de celui-ci, Elle/il s'intègre dans l'équipe de la Sous Unité Opérationnelle en dépendant hiérarchiquement de l'AT international, Coresponsable du volet. Elle/il travaillera en équipe avec les autres experts et personnels de l'ensemble du programme et pourra donc être amené à exécuter des tâches administratives et financières pour le compte des autres composantes aussi. En

cas de conflit d'agenda ou conflit de priorité dans les tâches, c'est à l'ATI du volet de trancher sur ses priorités.

Les RAF bénéficieront d'une formation à la gestion comptable de la CTB au siège de la représentation CTB à Dakar..

Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans.

Responsabilités

Responsabilités générales

- Formation continue et encadrement du personnel administratif et des chauffeurs de l'intervention
- Elaboration éventuelle d'instruments et de procédures spécifiquement liées au programme
- Résoudre les questions et risques financiers et administratifs, et appui à la résolution de problèmes spécifiques liés au programme dans sa globalité.
- Appuyer au démarrage du programme et à sa clôture
- Consolider les budgets et les plans opérationnels du volet.

Dans le domaine financier

- Gestion budgétaire et programmation financière du volet (soit l'Offre, soit la Demande) du PAODES ;
- Suivi budgétaire et contrôle des coûts
- Support pour la rédaction d'adaptations budgétaires
- Support pour la rédaction de la planification financière
- Consolidation des rapports et programmations financières
- Conseils au Co-responsable du volet et toute information que ce dernier lui demande ;

Comptabilité et gestion du cash :

- Encadrer et orienter le secrétaire-comptable de la SUO du volet ;
- Supervision de la comptabilité (cf. Contrôle de la qualité + consolidation comptabilité/FIT)
- Contrôle de la position du cash et approvisionnement des comptes du programme (cf. Organiser les cash call)
- Gestion de paiements importants (montant à déterminer)
- Organiser les achats directs à Dakar
- Supervision technique des comptes au niveau des régions ciblées par l'intervention et encadrement et formation des cadres nationaux à ce niveau ;

Dans le domaine des marchés publics, les RAF PAODES s'appuieront sur l'expertise du RAF central du PAGOSAN. Ils se chargeront notamment de :

- Superviser les marchés publics dans :
- La rédaction de la partie administrative des DAO
- Lancement des marchés et publication des avis d'appels d'offres
- Appuyer la gestion administrative des marchés publics (sélection, analyse, attribution, suivi et clôture) en étroite collaboration avec la direction de la composante du programme
- Participer aux dépouillements des offres
- Veiller à ce que les procédures soient respectées
- Informer immédiatement le Co-responsable de toute irrégularité constatée ou tentative de manœuvre frauduleuse ou existence de risque potentiel avéré d'introduction de recours

Dans le domaine de la gestion contractuelle et achats

- Soutien pour la gestion des moyens logistiques
- Suivi/consolidation des engagements financiers.

Profil

Le profil de ce poste présente les éléments suivants :

- Etre en possession au minimum d'un diplôme d'Etudes supérieures en comptabilité type BAC + 3 ou 4
- Avoir une expérience d'au moins 5 ans dans la gestion administrative et financière, dans une administration publique ou privée ou dans un projet ou programme de coopération internationale; un atout serait que cette expérience ait été au sein de la coopération belge
- Avoir une très bonne expérience d'utilisation de programmes informatiques courants (dont WORD, EXCELL et Internet obligatoirement)
- Qualités désirées: intégrité, dynamisme, flexibilité, rigueur, bonne organisation personnelle et capable de travailler en équipe
- Un atout: avoir une maîtrise acceptable de la langue anglaise.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge. Le recrutement sera organisé conjointement avec le partenaire national.

7.5 Description des 5 régions de l'intervention

Signalons d'abord que l'ANSD, Agence Nationale de Statistique et Demographie du Ministère de l'Economie et des Finances, sort régulièrement les rapports sur la situation économique et sociale par région.

Sont ainsi disponibles les rapports de Thiès, Diourbel, Fatick et Kaolack/Kaffrine.³⁸

Chaque rapport contient un chapitre Santé, avec un état des lieux 1/infrastructures 2/ressources humaines 3/ressources financières 4/ un bilan des activités des formations sanitaires.

7.5.1 Région De Thiès

Thiès est, après Dakar, la région la plus peuplée dans le pays, elle comprend aussi le plus grand nombre de Districts sanitaires(9) sur trois départements que sont Thiès, Tivaouane et Mbour, pôle touristique avec un boom démographique. La RM fédère l'ensemble des ressources et assure un leadership certain notamment vis-à-vis de l'hôpital régional totalement intégré dans le dispositif sanitaire. La RM de Thiès a connu peu de PTFs jusqu'à l'arrivée de l'USAID.

L'évaluation des RH, entre publiques et privées, est chiffrée à 1358 agents, dont 45 médecins généralistes, 71 médecins spécialistes (!) et 14 chirurgiens dentistes. C'est la 2^{ème} région après Dakar en termes de compétences médicales dans le pays. Le personnel infirmier c'est 25% du total avec 10% de SFE.

Du point de vue de l'offre, on trouve à Thiès 8 CS, 2 EPS1 et 2 hôpitaux, un régional et un privé. En périphérie, il y a un réseau de 126 PS toutes obédiences confondues. La Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA) est abritée par la Région Médicale et son équipe fait partie du dispositif régional. Le plateau technique est assez relevé avec 2 EPS1 (Mbour et Tivaouane) et 2 CS qui pratiquent les SONU (Khombole et Thiadiaye). Un système de Réseau de Communication pour les Références régional a été mis en place pour faire face aux nombreux accidents et urgences dans cette région carrefour.

Du point de vue de la demande la région de Thiès est le berceau de la mutualité au Sénégal avec la 1^{ère} mutuelle de santé communautaire recensée depuis 1987 (Fandène). La région compte près de 40 mutuelles fonctionnelles avec forte concentration dans le département de Thiès (19 M.S). Il est estimé qu'environ 70.000 bénéficiaires sont couverts par les M.S. de la région, soit un taux de pénétration régionale de 5,38%. La particularité de la région est que la plupart des mutuelles couvrent des soins hospitaliers à travers une convention avec l'hôpital privé catholique Saint-Jean de Dieu.

Les acteurs clés qui animent les mécanismes de prise en charge de la demande de soins sont constitués principalement des collectivités locales, notamment les Conseils Municipaux des communes de Thiès et de Mbour, l'Union des Associations des Parents

³⁸ Les rapports sont disponibles et téléchargeables sur www.ansd.sn

d'Elèves, la Région Médicale et l'hôpital Saint-Jean de Dieu et l'association GRAIM (Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes).

Table 5 : Analyse SWOT Thies.

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces	Stratégies/Besoins d'appui
Institutionnalisation de la pyramide sanitaire (niveau intermédiaire, niveau opérationnel)	<p>Même entité et même Equipe dirigeante pour le Centre de Santé dans le District Sanitaire</p> <p>Insuffisance dans la gestion des ressources humaines</p> <p>Laboratoires insuffisants pour couvrir la demande (infrastructures et personnel)</p>	<p>Partenaires techniques et financiers</p> <p>Cohérence du système de santé régional (pyramidal- Bon dispositif)</p> <p>Existence d'Universités et d'écoles de formation en santé, de Pharmacie régionale, Hôpitaux, mutuelles....</p>	<p>Absence d'intégration des programmes au niveau central</p> <p>Pérennisation des interventions (partenaires)</p>	<p>Renforcement du système de gestion des ressources humaines</p> <p>Implication des acteurs dans les procédures de mobilisation des fonds de dotation</p> <p>Création d'un laboratoire régional</p> <p>Maintien de l'intégrité de l'entité district sanitaire</p>
Système de référence	<p>Non respect de la pyramide sanitaire par les usagers</p> <p>Défaillance du système d'information en direction des usagers</p> <p>Absence de plan de maintenance pour les ambulances</p> <p>Organisation de l'accueil</p>	<p>Coopération décentralisée (infrastructures, ambulances, équipement)</p> <p>Existence d'un centre de régulation</p>	<p>L'état défectueux des infrastructures</p> <p>vétusté des ambulances</p>	<p>Développer et appuyer le plan de communication pour le respect de la pyramide sanitaire (circuit du patients, offre et qualité de service)</p> <p>Achats d'ambulances</p> <p>Renforcement du système de communication</p> <p>Relèvement du plateau technique (blocs chirurgicaux au niveau des districts)</p> <p>Développer des centres</p>

				<p>d'excellence dans les districts (districts pilotes)</p> <p>Mise en place d'un service de réanimation à l'Hôpital régional</p> <p>Mécanismes de rationalisation des la gestion des ressources</p>
Mécanismes de gestion transparente	<p>Culture de rendre compte / Imputabilité</p> <p>Absence de moyens logistiques pour l'application des contrats de performance</p> <p>Absence d'exécution du monitoring</p>	Budget des collectivités locales	Absence ou et léthargie des comités de gestion	<p>Réunions de restitution annuelle des résultats et des ressources financières</p> <p>Appui au financement pour l'exécution du monitoring</p>
Ressources humaines de qualité	Absence de bourses de formation	Renforcement des compétences ((formation continue)	Instabilité du personnel technique	<p>Elaboration d'un Plan de formation à tous les niveaux</p> <p>Renforcement des effectifs et du système de gestion du personnel</p>
Disponibilité de documents de planification (POCL, PTA, GAR)	Décalage entre planification et disponibilité des ressources	Possibilité d'utilisation de logiciels de planification	Chevauchement avec Planification du niveau central	<p>Organisation d'ateliers d'harmonisation</p> <p>Communication des chronogrammes et concertation</p>

Mécanisme de suivi-évaluation des programmes (SR, PEV, PNT, PALU, VIH/SIDA etc)	Insuffisance de formation en suivi-évaluation Insuffisance dans la formation en Informatique Insuffisance en équipement informatique	Accompagnement par les partenaires		Orientation /Formation des ECR/ECD sur le suivi-évaluation Dotation de bourses de formation en suivi-évaluation
Infrastructures	Insuffisance des postes de santé, vétusté de certaines structures et problèmes de maintenance	Existence de beaucoup des structures fonctionnelles Existence de carte sanitaire	Absence d'unités de maintenance Difficultés de mobilisation des ressources parfois	Construction et réhabilitation de structures Programme de maintenance
Equipement	Insuffisance des moyens logistique (roulant- froid) Equipements et matériel de laboratoire Equipement informatique	Existence d'équipements dans beaucoup de structures	Problèmes de maintenance Insuffisance de ressources	Dotation en véhicules motos, chaînes de froid et équipements complémentaires Programme de maintenance
Financement et Participation communautaire	Insuffisance des mutuelles Difficultés de mobilisation des fonds de dotation Insuffisances des ressources financières	Contribution significative de l'Etat, des comités de santé, des partenaires et des collectivités	Difficulté de mobilisation des ressources parfois Faiblesse des cotisations et tarification	Augmentation du nombre de mutuelles et mécanismes d'appui Appui financier complémentaire et mobilisation des ressources Renforcement des capacités des organes de gestion

7.5.2 Région De Diourbel

Région en plein centre du pays à vocation essentiellement agricole-rurale, avec une population estimée à 1,319.308 hab. et considérée comme l'une des plus pauvres selon le DSRP. La particularité de cette région est la démographie galopante, surtout à Touba (dép. de Mbacké), centre religieux avec pèlerinages fréquents, dont le grand Magal, qui fait tripler sa population l'espace de quelques jours. On voit éclore des épidémies récurrentes de choléra et autres maladies hydriques lors de ces grands rassemblements. La RM est composée de 4 districts sanitaires (Bambey, Diourbel, Mbacké et Touba). Cette région a bénéficié il y a 5 ans, de l'appui de la CTB à travers l'ARMD1 et 2 et plus récemment d'appuis ponctuels de l'ASSRMKF.

Le personnel existant dans la région est très insuffisant et des PS sont sans infirmiers/SFE (cas de Mbacké et Bambey). Il y a une absence notoire de spécialistes notamment au niveau de l'hôpital régional de Diourbel.

Du point de vue de l'offre on compte avec 72 PS, 4 CS et 2 hôpitaux, un régional à Diourbel et un privé national à Touba (Hôpital confessionnel Matlaboul Faouzein). L'hôpital régional abrite le Centre National de Formation des Techniciens de Maintenance. Le plateau technique est très inégalement reparti. Exemple Touba dispose d'un hôpital national et d'un CdS avec deux gynécologues, tandis que Mbacké peine avec une maternité délabrée dans son centre de santé. Pour le système d'information, la RM peine et doit au SNIS les données de 2010. Il y a une PRA installée à Diourbel. Cette région connaît beaucoup de problèmes d'approvisionnement et aussi liés à la vente illicite de médicaments non autorisés.

Du côté de la demande la région de Diourbel compte 15 mutuelles localisées dans les trois départements de la région, Diourbel (9 M.S), Bambey (3 M.S), et MBacké (3 M.S). La dynamique mutualiste a été impulsée grâce au projet EPOS (coopération allemande) dans le cadre de la réhabilitation de l'hôpital régional. Les M.S les plus viables se sont développées sur un socle religieux du substrat culturel mouride, avec un réseau dense de solidarité (cas des M.S Mame Dirra à Diourbel et Matlaboul Faouzeiny à Touba). Une particularité est qu'il n'existe aucune mutuelle de santé dans la commune de Bambey.

La spécificité de la région recommande la prise en compte des maîtres d'enseignement coraniques (Daras) et les chefs religieux comme des acteurs déterminants dans la promotion de la demande.

Table 6 : Analyse SWOT Diourbel

Rubriques	Forces (S)	Faiblesses (W)	Opportunités (O)	Menaces (T)
Ressources Humaines (Qualité, Quantité, Management des RH: niveau et efficacité)	Bon niveau, existence d'écoles de formation régionale, existence de personnel en quantité, existence de formation continue, bon niveau de leadership	Insuffisance de contrôle des écoles de privées, mauvaise répartition du personnel, faible rémunération, absence de professionnalisme, écoles privées de bas niveau, insuffisance de financement, instabilité du personnel	Existence de partenaires, Main d'œuvre disponible, possibilité de contractualisation	Radicalisme syndical, organisation du MSP (fuite du personnel)
Offre de soins (Infrastructures, Equipements, Logistiques, Organisation des soins, maintenance)	Existence d'un hôpital national de type 1, existence d'infrastructures, existence d'équipements de qualité	Insuffisance d'équipement, vétusté, absence de maintenance efficace, insuffisance de financement, continuité des services au niveau périphérique, absence de certains spécialistes au niveau des soins de santé (gynéco, pédiatres, psychiatres, ophtalmo..), instabilité du personnel	Existence de partenaires, existence de comités santé, dynamisme des associations d'émigrés	Aléas climatiques,
Qualité des services Normes et Contrôle, Référence CR	Existence de documents de normes et politiques, existence d'ambulances,	Faible application, non respect de la pyramide sanitaire, Ordinogrammes non à jour, système de communication défaillant,		
Médicaments et Produits (Circuit d'approvisionnement / Financement, Qualité des médicaments)	Existence d'une PRA, existence d'une tarification commune, informatisation du système, formation de tous les dépositaires, système d'approvisionnement unique,	Rupture fréquente de médicaments, mauvaise gestion des stocks, non respect de la liste des médicaments par niveau,	Dons, Coopération décentralisée	Lourdeur du code des marchés,

	Contrôle systématique des dons de médicaments, existence des FDD			
<u>Système d'information Sanitaire</u> (Organisation, Supports, Utilisation (Rapportage et stockage))				
<u>Financement de la santé et Systèmes d'assurance Maladie et mutuelles</u>	Profil professionnel (enseignant), existence d'unions avec capacité de négociation, Disponibilités des acteurs de l'offre	Niveau de professionnalisme faible, faible disponibilité, absence de formation, absence de motivation des dirigeants de la mutuelle, faible taux de recouvrement, insuffisance de sensibilisation, offre non attractive, mauvaise répartition géographique, absence de formation du personnel de santé et des élus locaux,	Existence de partenaires, Disponibilité des élus locaux, existence d'une loi communautaire, DECAM, Mise en place de fonds de garantie et de solidarité, Présence de la CTB à travers projets PAMAS	Bénévolat, faible pouvoir économique des populations, lenteur administrative
Autres (le groupe se réservera le droit d'identifier d'autre rubrique à analyser)				

7.5.3 Région De Fatick

Région pauvre à taux d'urbanisation de 13 % (87% de ruraux), la région de Fatick est caractérisée par son insularité dans le département de Foundiougne ou bien des PS sont sur les îles. Situation d'enclavement manifeste faisant de chaque structure de référence une entité à part : Gossas plus proche de Diourbel que de Fatick, Dioffior plus proche de Thiadiaye (Thiès). Ces caractéristiques géographiques en font une région à problème surtout qu'elle ne dispose pas d'hôpital régional, en construction depuis 10 ans. Cette région pauvre bénéficie peu de l'apport des PTFs. L'ASSRMKF a initié des activités novatrices qui méritent d'être pérennisées et étendues.

Le personnel de santé y est rare (233 agents compétents et 410 agents communautaires), avec 11 médecins en tout et peu de spécialistes à part les (4) chirurgiens dentistes présents sur 4 CS. L'absence d'hôpital accentue ce manque : ni gynécologues ni chirurgiens (1 seul à Sokone).

Du point de vue de l'offre 4 CS sur les 7 que compte cette région sont dans un état peu reluisant malgré l'apport de l'ASSRMKF qui est intervenu surtout dans le district de Sokone pour la chirurgie, et où il persiste encore des besoins (pas d'hospitalisation pour les malades opérés). A part Sokone, Foundiougne et Gossas disposent de blocs pour la chirurgie obstétricale (SONU) L'enclavement des différents CS mérite une stratégie cohérente pour renforcer le système de santé régional pour une offre équitable des services. Une PRA est de récente implantation, même s'il est plus facile pour certains districts de s'approvisionner à Kaolack (Gossas, Passy et même Sokone). Le SIS est en place et fonctionne de façon acceptable, aidé en cela dans le cadre de l'ASSRMKF.

Du côté de la demande la région compte 10 mutuelles de santé dont six mutuelles fonctionnelles avec 92.504 bénéficiaires et un taux de pénétration de 0,9% sur la pop. totale. Elles sont relativement jeunes puisque la plupart des MS datent de 2008. Le développement des MS dans la région tire, en partie, sa vitalité de la forte implication des enseignants dans l'animation des structures, notamment de l'Union Régionale des Mutuelles de santé qui constitue un cadre fédérateur de toutes les initiatives d'assurance maladie et un puissant levier de promotion de la mutualité. Ces acteurs ont joué un rôle important dans la mise en place de l'Assurance Maladie Elèves (AMEL), fruit d'une collaboration entre la Région Médicale, le projet ASSRMKF, l'Inspection Académique, l'Association des Parents d'Elèves et l'Union Régionale des mutuelles de Fatick. Le projet PAMAS appuie l'Union. De plus, la mise en place d'un système de tarification forfaitaire dans le district de Sokone avec l'appui de l'ASSRMKF constitue un modèle réussi d'intégration de l'offre et de la demande dont la réplique pourrait constituer une rampe de lancement d'une dynamique mutualiste plus forte.

Table 7 : analyse SWOT Fatick

Rubriques	Forces (S)	Faiblesses (W)	Opportunités (O)	Menaces (T)
<u>Ressources Humaines</u> (Qualité, Quantité, Management des RH: niveau et efficacité)	- Existence des ressources humaines qualifiées	- Insuffisance en personnel qualifié	- Possibilité de contractualisation niveau locale	- Mobilité du personnel(étatique et contractuel)
<u>Offre de soins</u> (Infrastructures, Equipements, Logistiques, Organisation des soins, maintenance)	- Un certain nombre d'infrastructures construites/réhabilitées et équipées par ASSRMKF et BAD - Existence de plans de maintenance et d'hygiène hospitalière	- Infrastructures vétustes et sous équipées (centre de santé et poste) - Insuffisance de la logistique roulante (véhicule, moto, ambulance) - Vétusté de la chaine de froid - Défaillance des incinérateurs - Absence de locaux des Unité Technique de maintenance (UTM)		
<u>Qualité des services</u> Normes et Contrôle, Référence CR	- Existence de documents norme et protocole et de Référence et contre référence	-Insuffisance de l'hygiène hospitalière - Absence de spécialités		
<u>Médicaments et Produits</u>	Existence d'une Pharmacie régionale	-Rupture en Médicaments		-Retard de la mise en place des Fonds de

(Circuit d'approvisionnement / Financement, Qualité des médicaments)	d'approvisionnement (PRA)	essentiels et générique (MEG) - Absence de médicaments de spécialité qui n'existent pas dans l'Initiative de Bamako		dotation (FDD)
<u>Système d'information Sanitaire</u> (Organisation, Supports, Utilisation (Rapportage et stockage))	-Logiciels de gestion des données -Outils de gestion	- Rupture en outils de gestion - Absence de système d'archivage des données - problème de remontée de l'information sanitaire		
<u>Financement de la santé et Systèmes d'assurance Maladie et mutuelles</u>	-Existence de mutuelles de santé -Existence d'Union régionale - Existence de cadre de concertation -Tarification forfaitaire	-Faiblesse du taux de pénétration des mutuelles de santé	- Fonds de garanti - Fonds d'Equité	-Fin du PAMAS et des autres projets
Autres : Position géo- stratégique de la région de Fatick (le groupe se réservera le droit d'identifier d'autre rubrique à analyser)	Région centrale et accessible	-Position insulaire de certaines zones -Enclavement de certaines zones		

7.5.4 Région De Kaolack

C'est une région carrefour qui a vu sortir de ses flancs les régions de Fatick (1984) et de Kaffrine (2007). Administrativement composée de 3 départements au sein desquels on retrouve 4 districts sanitaires. Cette région est depuis bien des années appuyées par les PTFs à travers les projets de l'USAID, de la BAD, de la CTB (PAMAS et ASSRMKF). Toutefois l'accessibilité financière aux soins de qualité, notamment à l'hôpital, continue à être un problème.

Le nombre d'agents en fonction ne dépasse que de peu la région de Kaffrine voisine et fait moins que Fatick. La quantité du personnel épouse celle des autres régions avec un personnel médical insuffisant : 18 médecins (9%), 43% d'infirmiers et assimilés pour 12% de SFE.

Du point de vue de l'offre, la RM de Kaolack a un dispositif de soins assez complet avec 3 CS de bon niveau (Gui guinéo, Kaolack, et surtout Nioro) Seul le CS de Ndofane (ancien PS) est complètement à refaire. On y dénombre 64 PS et un Hôpital de référence régional avec une gamme de spécialistes assez conséquente. L'hôpital régional connaît des problèmes de gestion qui déteint sur l'accessibilité des malades. La référence/CR connaît des sérieuses difficultés du fait des problèmes récurrents de gestion et d'accessibilité financière pour les populations des régions environnantes (surtout Fatick et moins Kaffrine). Nombre de problèmes y sont recensés au niveau de l'offre relative à la construction/réhabilitation des infrastructures à l'équipement et à la formation du personnel. Il existe une ancienne PRA qui assure l'approvisionnement en médicaments de l'ensemble des structures des régions de Kaolack et Kaffrine, et qui mérite d'être renforcée. Le SNIS connaît quelques faiblesses notamment dans la collecte et la transmission rapide des informations sanitaires.

Du point de vue de la demande la région compte 19 mutuelles communautaires fonctionnelles qui ont été pour, la plupart, mises en place par le Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé (CAMICS) entre 1996 et 1998. La Mutuelle MERE (Mutuelle des Enfants de la Rue et des Exclus) fonctionne sur la base de parrainage. Ces mutuelles sont issues essentiellement du secteur informel et agricole avec une base urbaine, à l'exception d'Oyofal Paj qui s'est étendu au milieu rural. Les risques couverts sont essentiellement les soins de base à l'exception des mutuelles MERE et Oyofal Paj qui prennent en charge les soins hospitaliers. Si à Fatick la dynamique mutualiste est marquée par le leadership des enseignants, à Kaolack, c'est plutôt le leadership des femmes au passé associatif qui joue ce rôle. Ainsi, le réseau Oyofal Paj avec l'appui d'une association féminine APROFES qui développe une initiative pilote de couplage microfinance et micro-assurance santé. Le réseau se distingue par son dynamisme et surtout son expertise grâce aux formations reçues à travers le BIT et Solidarité Socialiste. Il existe dans la région une bonne dynamique de dialogue entre les acteurs grâce à la mise en place d'un cadre de concertation au niveau régional, même si l'implication des collectivités locales dans le financement de la demande (notamment de la demande non solvable) est largement en deçà des attentes.

Table 8 : analyse SWOT Kaolack

Rubriques	Forces (S)	Faiblesses (W)	Opportunités (O)	Menaces (T)
Ressources Humaines (Qualité, Quantité, Management des RH: niveau et efficacité)	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de ressources humaines de qualité - Comités de santé renouvelés 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de personnel qualifié - Faible pouvoir de décision des MCR et MCD sur la gestion du personnel - Faiblesse dans la mise en œuvre des documents stratégiques - Les comités de santé n'assument pas leur rôle de représentation et de promotion de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de documents stratégiques (PDRH, PNDS, plan stratégique) - Existence d'une école régionale de formation en santé 	<ul style="list-style-type: none"> -l'insuffisance de personnel pour assurer la continuité des services - Absence de politique de recrutement de personnel de santé au niveau local - Instabilité du personnel - Forte syndicalisation du système de santé - Non fonctionnalité des comités de gestion
Offre de soins (Infrastructures, Equipements, Logistiques, Organisation des soins, maintenance)	<ul style="list-style-type: none"> -Existence d'infrastructures sanitaires fonctionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance et vétusté des infrastructures et équipements médicaux - Inéquité dans l'appui des partenaires - Insuffisance des véhicules de supervision 	<ul style="list-style-type: none"> -Bonne organisation du système sanitaire - Relèvement du plateau technique 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestations de soins de personnel non qualifié - Absence de politique de maintenance
Qualité des services Normes et Contrôle, Référence CR	<ul style="list-style-type: none"> - Projets de réformes - Respect des normes et protocoles 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans l'accueil des prestataires - Le circuit des malades pas toujours défini au niveau des structures -Absence de subvention des poches de sang au niveau de l'hôpital Faible application du système de référence contre référence 	<ul style="list-style-type: none"> - Les structures sanitaires Accessibles aux populations pour l'essentiel -Existence de centres de santé de niveau 1 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence mesures d'accompagnement compte tenu du nouveau découpage (construction de centre de santé à Ndoffane)
Médicaments et Produits (Circuit	<ul style="list-style-type: none"> - Bon circuit d'approvisionnement (existence de PRA) 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité de stockage limité au niveau de la PRA 	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'une association de pharmaciens très dynamique 	<ul style="list-style-type: none"> - Ruptures fréquentes de médicaments à tous les niveaux

d'approvisionnement / Financement, Qualité des médicaments)				
<u>Système d'information Sanitaire</u> (Organisation, Supports, Utilisation (Rapportage et stockage))	-Existence d'un système national d'information sanitaire fonctionnel -Existence de comptes nationaux de la santé	- Insuffisance dans la conception, l'orientation l'harmonisation des axes stratégiques du système de santé	- Existence d'un cadre institutionnel favorable	-Pléthore de supports de collecte de données -Manque d'harmonisation des supports de collecte - Reporting parallèle - Rétention des données sanitaires
<u>Financement de la santé et Systèmes d'assurance Maladie et mutuelles</u>	- Existence de mécanismes de prise en charge de certains groupes sociaux (plan sésame, mutuelles de santé, Kits césarienne, Pec paludisme simple, tickets élèves	- Faible participation des collectivités locales dans le financement de la santé - Faible taux de pénétration des mutuelles de santé - Faible professionnalisation des mutuelles de santé - Faiblesse du système de régulation de la microassurance - Non maîtrise de la cible par les intervenants -Non représentativité des mutuelles de santé	- Environnement socio politique stable - Participation des populations au financement de la santé	- Non remboursement des prestations dans le cadre du plan sésame

7.5.5 Région De Kaffrine

Région nouvelle a potentiel économique du fait de l'importance des ses cultures, Kaffrine abrite 432 685 habitants répartis de façon inégale dans les 3 départements que sont Kaffrine, Malem Hodar et Kougheul. En tant que nouvelle entité administrative et sanitaire la plupart des structures sont à faire, notamment la Région Médicale et ses services annexes, actuellement abritée par une maison conventionnée (privée en location). La RM de Kaffrine a bénéficié de l'appui conséquent de la CTB (l'ASSRMKF). Cependant beaucoup de choses restent à faire, qui nécessite un appui continu pour quelques années. Elle est en phase de tester le Financement Basé sur les Résultats dans le district de Kaffrine qui présente un plateau technique avec une gamme de soins variée.

La Région Médicale, de même que les PPS dispose de peu de personnel qualifié (152 agents au total) avec 4,5% de personnel médical, dont 7 médecins, 1 seul chirurgien, 10% de SFE et 50 d'infirmiers et assimilés.

Du point de vue de l'offre Kaffrine ne dispose d'aucun pharmacien, encore moins de PRA et dépend pour cela de celle de Kaolack dont elle est issue administrativement. La région souffre du manque d'infrastructures plus que tout : la RM est à construire, de même que 2 CS sur les 4 potentiels. Les équipements et le mobilier sont tout aussi obsolète autant à Mbirkilane qu'à Malem Hodar. Kaffrine qui a connu les interventions de la BAD et de l'ASSRMKF a un plateau technique moyen. Le CS avec SONU de Kougheul à un niveau de plateau appréciable mais qui reste à renforcer du point de vue infrastructure. Ce CS pourrait jouer un rôle capital dans la stratégie d'augmentation de couverture de la région pour rendre accessibles les soins à la population.

Au plan des données la RM assure la collecte, l'agrégation et l'analyse des données issues des PPS avec régularité et complétude (source SNIS). Elle fait partie des zones de haute surveillance de la méningite et transmet des rapports réguliers des programmes phares (PEV, Sida, PNT et Palu).

Du coté de la demande la région compte 8 mutuelles de santé de type communautaire pour la plupart (2 d'entre elles sont socioprofessionnelles) avec un nombre d'adhérents qui varient entre 100 et 2000. Le taux de pénétration est très faible avec un nombre de bénéficiaires qui ne dépasse pas 1200 sur une population sociale estimée à 482.685 habitants selon le nouveau découpage administratif.

La promotion des mutuelles dans la région de Kaffrine était jusque là, assurée par le Cadre de Concertation composé de mutuelles et de partenaires. Ces mutuelles sont traditionnellement soutenues pour la plupart par l'ONG World Vision, pour le compte de l'USAID. L'appui de la coopération belge qui a démarré à travers le projet ASSRMKF connaît une nouvelle impulsion avec le PAMAS. Le jeu des acteurs de l'offre et de la demande est régulé par un Cadre de Concertation Régional et l'Union Régionale des Mutuelles de Santé de Kaffrine en est l'un des principaux animateurs.

Table 9 : Analyse SWOT Kafrine

Rubriques	Forces (S)	Faiblesses (W)	Opportunités (O)	Menaces (T)
<u>Ressources Humaines</u> (Qualité, Quantité, Management des RH: niveau et efficacité)	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance personnel qualifié • Pas de recrutement de personnel par les collectivités locales • Faiblesse du management des RH • Instabilité du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Recrutement communautaire • Existence d'une école de formation privée pour Infirmier 	<ul style="list-style-type: none"> • Force syndicale • Sédentarisation ou instabilité du personnel • Qualité de la formation dans le privée • Personnel vieillissant
<u>Offre de soins</u> (Infrastructures, Equipements, Logistiques, Organisation des soins, maintenance)	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de bloc chirurgicale à kafrine et Koungueul • Cabinet dentaire fonctionnel à kafrine et koungueul • Agent de maintenance disponible à kafrine et Koungueul • Offre de soins ophtalmologique à koungueul et Kafrine • Intégration des activités de soins • Existence de circuit de malade 	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de santé inadapté à Malem Hodar et Birkelane • Inexistence de cabinet dentaire à Malem et birkelane • Vétusté de certains postes de santé • Absence de logement pour MCD Malem Hodar Birekelane et certains ICP • Communauté rurale sans poste de santé • Insuffisance et vétusté des véhicules de supervision et de liaison (absence pour certains district) • Chaine de froid vétuste et inexistant pour certains postes et centre de santé • Insuffisance de moto pour les postes de santé • Absence de plan de maintenance codifié 	Appui des ONG pour des motos	Non respect des normes de construction Insuffisance du personnel Instabilité de la carte administrative(nouvelles créations)
<u>Qualité des services</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Régularité de la supervision 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'ambulance médicalisée 		Mots d'ordre des syndicats

Normes et Contrôle, Référence CR	<ul style="list-style-type: none"> • Régularité du monitoring • Existence d'ambulance médicalisée dans 3 districts 	<ul style="list-style-type: none"> • pour Birkelane • Faiblesse de la contre référence 	Appui des partenaires	
<u>Médicaments et Produits</u> (Circuit d'approvisionnement / Financement, Qualité des médicaments)	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un circuit bien connu • Respect du circuit d'approvisionnement 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de PRA • Fond de dotation médicaments insuffisant • Dépôt de district non adapté pour Malem Hodar et Birkelane 		<ul style="list-style-type: none"> • Médicament de la rue dans les Loumas • Demande de couverture médicale(disponibilité des médicaments)
<u>Système d'information Sanitaire</u> (Organisation, Supports, Utilisation (Rapportage et stockage)	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de supports • Existence d'outils informatiques • ECD former sur le SYSNIS 	<ul style="list-style-type: none"> • Approche programmatique non intégrée(multiplicité des outils de collecte) • Manque de formation sur le SIG • Non disponibilité de l'ADSL au niveau de Birkelane et de Malem Hodar 		Mot d'ordre syndicale (Rétention d'information)
<u>Financement de la santé et Systèmes d'assurance Maladie et mutuelles</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de comité de santé fonctionnel • Existence de mutuelle communautaire dans tous les districts • Application des politiques de gratuité • Intégration des élèves dans la mutuelle communautaire à Malem Hodar 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de fond propre des collectivités locales pour la santé • Non inscription de dotation budgétaire pour les nouveaux districts (Birkelane, Malem Hodar et RM) 		<p>Non maitrise de la carte administrative (nouvelle création)</p> <p>Faiblesse du pouvoir d'achat des populations</p> <p>Charge excessives des comités de santé</p>
Partenariat et multisectorialité	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de partenaires locaux pour le système de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Non fonctionnalité des comités de gestion • Absence de cadre de concertation 	décentralisation	

	<ul style="list-style-type: none">• Participation des autres secteurs de l'administration dans les activités de santé (campagnes)	avec les partenaires		
--	---	----------------------	--	--

