

DT



DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

DRAFT À PRÉSENTER EN SMCL

PROJET D'APPUI AU DÉVELOPPEMENT DE LA MICROASSURANCE SANTÉ
(PAMAS 2008-2011) VOLET 3

FINANCEMENT DES MÉCANISMES DE GARANTIE FAVORISANT L'ACCÈS AUX SOINS
DES POPULATIONS VULNÉRABLES DANS LES RÉGIONS DE DIORBEL, FATICK,
KAOLACK ET KAFFRINE

SENEGAL

NUMÉRO NATIONAL DGCD : 3005551
CODE NAVISION : SEN 08 022 11



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIÈRES.....	2
ABRÉVIATIONS.....	4
RESUME.....	6
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION.....	7
1. ANALYSE DE LA SITUATION	8
1.1. Contexte general	8
1.2. Contexte de la politique sectorielle santé	10
1.2.1 Cadre institutionnel du Ministère de la Santé Publique.....	11
1.2.2 Budget et gestion des dépenses.....	12
1.2.3 A propos de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé.....	12
1.3. Contexte du développement de la demande solvable en santé: la mas, la gratuité et les mécanismes de garantie	13
1.4. Stratégie de la coopération belge dans le secteur santé	20
1.4.1 Contributions des interventions à la stratégie sectorielle nationale.....	20
1.4.2. Les principaux acteurs belges dans le secteur.....	21
1.4.3. Projet PAMAS : articulation entre les trois volets.....	21
1.4.4. Cohérence interne et externe.....	21
1.4.5. Les résultats obtenus de l'intervention ASSRMKF.....	22
1.5. Coordination de l'action des bailleurs de fonds	23
1.6. Analyse de la situation menée lors de la formulation	23
2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'INTERVENTION	26
2.1 Nature et axes de l'intervention.....	26
2.2 Les bénéficiaires de l'intervention.....	26
2.3 Localisation de l'intervention.....	27
3. PLANIFICATION OPERATIONNELLE	28
3.1 Objectifs de l'intervention	31
Objectif général.....	31
Objectif spécifique.....	31
3.2 Résultats attendus et activités à mettre en oeuvre	31
Résultat 1 : Les mécanismes de mise en place, de gestion et de pérennisation du Fonds de garantie sont définis.....	31
Résultat 2 : Des mécanismes d'extension des paquets de soins et de mise en commun des gros risques par les mutuelles de santé sont renforcés.....	33
Résultat 3 : Le Fonds de garantie piloté par la CAF/SP est mis en place, fonctionnel.....	34
3.3 Les indicateurs et leurs sources de vérification	35
3.4 Les acteurs intervenant dans la mise en oeuvre	36
Les principaux intervenants de cette intervention sont :.....	36
A titre de rappel, les principaux partenaires intervenants dans ce domaine dans le cadre du PSDMS sont :.....	36
4. LES RESSOURCES	37
4.1. Ressources financières.....	37
4.2. Ressources humaines.....	38

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

«Appui au PAMAS: financement des mécanismes de garantie favorisant l'accès aux soins ndes populations vulnérables dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaoloack et Kaffrine »

Numero national DGCD	3005551
Code Navison CTB	SEN 08 022 11
Institution partenaire	Ministère de la Santé et dela Prévention Médicale
Durée de la Convention spécifique	48 mois
Durée de la mise en oeuvre	36 mois
Contribution de l'Etat Sénégalais	A calculer
Contribution de la Belgique	1 500 000,00 EUR
Date estimée de la signature de la Convention Spécifique	Janvier 2010
Secteurs d'intervention	24040 - Finances/Banques - Intermédiaires financiers du secteur informel et semi-formel / microcrédits 16010 – Infrastructuire sociale – Services sociaux 12110 – Santé – Politique de la santé et gestion administrative
Objectif général	L'accessibilité financière des populations aux soins de santé et à la promotion sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé est améliorée dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine
Objectif spécifique (1)	Des mécanismes de garantie permettent aux mutuelles de santé de contribuer à la prise en charge des démunis et des groupes vulnérables en collaboration avec l'état et les Collectivités Locales dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine, de manière à contribuer à couvrir des soins préventifs et curatifs au niveau primaire et dans les structures de référence
Résultats intermédiaires (3)	1. Les mécanismes de mise en place, de gestion et de pérenisation du Fonds de garantie sont définis 2. L'extension de couverture des paquets de soins et de mise en commun des gros risques par les mutuelles de santé sont mis en place 3. Le Fonds de garantie est mis en place et fonctionnel

1. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1. CONTEXTE GENERAL¹

En 2008, la population du Sénégal est estimée à 11,6 millions d'habitants, soit une densité moyenne de 58 habitants au km². Cette moyenne cache une répartition extrêmement inégale de la population, avec une opposition entre le sous-peuplement de l'Est et une forte concentration sur la côte ainsi qu'au centre.

Liés à des facteurs naturels et historiques, ces contrastes ont été accentués ces dernières décennies par l'exode rural (ce phénomène intéressant plus particulièrement les jeunes). Le Sénégal a l'un des taux d'urbanisation les plus élevés d'Afrique noire (41,5% selon DPS 2005). Le développement des centres urbains absorbe une grande partie de la croissance de la population sénégalaise qui a plus que doublé en trente ans (de 5 millions en 1975 à 8,5 millions en 1995 et près de 12 millions en 2008). Cette expansion démographique est principalement due à l'accroissement naturel de la population (2,3% en 2006) qui résulte à la fois du recul de la mortalité (9,4 pour 1.000 en 2006) et d'une forte natalité (39,1 pour 1.000 en 2006). Outre son inégale répartition, le dépeuplement des campagnes au profit des villes et sa croissance rapide, la population sénégalaise se caractérise par sa jeunesse : en 2005, les moins de 20 ans représentent 54% et les plus de 65 ans 4%. A l'heure actuelle, le nombre de *femmes en âge de reproduction* (15-49 ans) est estimé à 3.124.600 et celui des *enfants de moins de 5 ans* à 1 755 800.

Selon la quatrième enquête démographique et de santé (EDS IV), pour la période allant de janvier 2002 en janvier 2005, le taux brut de natalité est de 39,1 pour mille. Le taux de croissance annuel de la population estimé à 2,5% reste élevé du fait d'une fécondité encore élevée. En effet, l'indice synthétique de fécondité estimé à 5,3 enfants par femme est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants par femme).

L'économie du Sénégal continue de faire face à diverses contraintes parmi lesquelles on peut citer un environnement des affaires peu attractif et la dépendance de la production agricole à la pluviométrie. Afin de lever ces obstacles, le Sénégal a mis en oeuvre des stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté (DSRP 1 et 2) depuis 2001 avec un objectif de taux de croissance de 7 à 8% pour réduire de moitié la pauvreté en 2015 pour atteindre les OMD.

Dans ce cadre, des politiques sectorielles vigoureuses, tels que la fourniture de services sociaux (éducation, santé, accès à l'eau potable, assainissement, etc.), le programme de réforme des finances publiques, la Stratégie de Croissance Accélérée (SCA), la Grande Offensive Agricole pour la Nourriture et l'Abondance (GOANA), etc. sont progressivement mises en place en vue de relever significativement les performances socio-économiques et placer le pays sur un sentier de développement humain durable. Il importe de noter, à cet effet, une politique d'amélioration de la gestion des finances publiques grâce à une affectation stratégique des ressources et une transparence dans l'exécution des dépenses publiques et une effectivité des contrôles interne et externe.

C'est ainsi que d'importants résultats aux plans économique et financier ont été enregistrés au cours de ces dernières années de 2000 à 2006. En effet, la croissance économique réelle s'est située en moyenne autour de 5% par an dans un contexte de maîtrise de l'inflation et des autres facteurs fondamentaux de l'économie. L'inflation moyenne annuelle sur la période 2000-2006 s'est située à 2%, inférieure à celle des partenaires de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), grâce notamment à une politique budgétaire et monétaire vertueuse et à un approvisionnement adéquat des marchés.

La gestion budgétaire a été caractérisée par un bon niveau de recouvrement des recettes fiscales et une gestion prudente des dépenses budgétaires. En effet, les recettes fiscales ont progressé de 9% en moyenne annuelle sur la période, ce qui s'est traduit par une hausse continue de la pression fiscale passant de 16,1% en 2000 à plus de 19 % en 2006, nonobstant la baisse du taux d'imposition des sociétés.

¹ Extrait du PNDS 2009-2018

Les dépenses budgétaires ont, quant à elles, évolué en ligne avec les priorités déclinées dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, avec notamment un accent dans les secteurs sociaux de base (éducation et santé) et les secteurs productifs. En effet, les secteurs de l'éducation et de la santé absorbent depuis 2004 plus de 50% du budget de fonctionnement de l'Etat.

Ces résultats sont le fruit d'importantes réformes destinées à améliorer l'environnement du secteur privé, la gouvernance économique et financière, les infrastructures de soutien à la croissance, etc. Cette situation a contribué à l'amélioration des conditions de vie des ménages. On constate, pour la période 2003-2005, une baisse de l'incidence de la pauvreté plus marquée en zone urbaine. En effet, la proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de 48,5 % en 2002 à 42,6% en 2005 (Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal, ESPS 2005-2006, août 2007).

Malgré ces résultats, l'économie reste vulnérable aux chocs exogènes et le taux de croissance réelle de l'économie est retombé à moins de 4% en moyenne depuis 2006. L'inflation a également pris de l'ampleur (5% en moyenne). Quant à la situation des finances publiques, elle s'est caractérisée par un creusement du déficit public qui tourne autour de 5% du PIB. Cela pourrait mettre en péril les équilibres macro-économiques obtenus antérieurement. Dans ce contexte, le Gouvernement a été en effet conduit à recourir à de nouvelles subventions pour faire face à une forte demande sociale, notamment pour atténuer l'impact de la hausse des prix internationaux du pétrole et des denrées alimentaires sur les prix domestiques.

La crise financière internationale pourrait encore affecter négativement les prévisions optimistes de croissance économique et exercer une pression supplémentaire sur la situation budgétaire du Sénégal sur les moyens et long termes et compromettre, ainsi, l'objectif de réduction de la pauvreté de moitié en 2015. Il faut rappeler que la part du budget de l'Etat alloué à la santé se situe actuellement à 10% et devrait atteindre 15% conformément aux engagements pris par les Chefs d'Etats africains à Abuja en 2000.

Pour atteindre les OMD, le Gouvernement entend mettre en oeuvre, dans le cadre du DSRP, des stratégies spécifiques dans divers domaines: (i) l'amélioration des conditions de vie des ménages, (ii) le développement d'un secteur productif et des infrastructures (stratégie de croissance accélérée, GOANA, grands travaux, etc.), (iii) la promotion d'un environnement des affaires attractif pour les investissements étrangers, (iv) l'amélioration de la gestion des finances publiques grâce à une affectation stratégique des ressources et une transparence dans l'exécution des dépenses publiques.

Il importe de noter que l'impact de l'état de santé sur le développement humain en général, sur la productivité du travail et sur la pauvreté en particulier, est une donnée importante dans la mesure de la performance d'une économie. En effet, les maladies affectent sérieusement la production et les revenus des ménages. C'est ainsi qu'un ménage ou un individu peut, à tout moment, basculer dans la pauvreté.

Sur le plan de son administration, le Sénégal est composé de 14 régions, 45 départements, 121 arrondissements, 113 communes, 46 communes d'arrondissement et 370 communautés rurales. Depuis l'adoption de la loi 96-06 du 22 mars 1996 portant code des collectivités locales, il compte désormais trois ordres de collectivités locales : régions, communes et communautés rurales. A leur tête siègent des conseils élus investis de compétences dans neuf domaines dont la santé. Les régions sont subdivisées en départements et ces derniers en arrondissements.

Quelques données socio économiques datant de 2006, ci dessous:

Données	Valeurs
Produit intérieur brut	21,54 milliards USD
Produit intérieur brut par habitant	1 800 USD
Main d'œuvre par secteurs	agriculture : 18,3 %, industrie : 19,2 %, services : 62,5 %
Taux de chômage	47 % (2006) et 40 % de jeunes citadins
Dette extérieure	17,8 % du PNB
Indicateur de développement humain	156 ^e (2006)
Population sous le seuil de pauvreté	51 % (2005)
Coefficient de Gini	41,3 (1995)
<i>Sources : CIA World Factbook</i>	

1.2. CONTEXTE DE LA POLITIQUE SECTORIELLE SANTÉ

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution sénégalaise qui garantit le droit à la santé en son article 8 et dispose en son article 17 que «...L'Etat et 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. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ».

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé. Elle s'articule autour des points suivants :

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

Le secteur de la santé fait partie des secteurs prioritaires dans la composante « Capital humain et renforcement des capacités » de l'axe fondamental 2 du DSRP. La volonté du Gouvernement de renforcer le stock de capital humain s'est traduite par une allocation conséquente de ressources aux secteurs sociaux².

La santé est également concernée par la Stratégie Nationale de Protection Sociale (pour rappel : composante de l'axe 3 du DSRP) en matière d'assurance maladie (le MSP est la tutelle technique pour l'ensemble des systèmes) et assistance aux personnes les plus vulnérables.

La stratégie préconisée sera basée sur la promotion d'un système moderne de protection sociale qui visera la branche santé (la demande) avant son élargissement aux autres branches (vieillesse, accidents etc.). Les indigents seront pris en charge dans ces systèmes à travers des mécanismes de parrainage et d'assistance sociale déjà en cours dans certaines mutuelles.

L'axe 4 du DSRP est en parfaite cohérence avec la stratégie 7 du PNDS 2009-2018. En effet, la culture du « rendre compte » tarde à entrer dans les consciences au niveau des responsables du Ministère de la santé et des actions énergiques sont nécessaires pour corriger certaines insuffisances notamment en systématisant les contrats de performance à tous les niveaux tout en veillant à ce qu'ils soient suivis d'effets mais aussi en renforçant les capacités locales pour rendre effectif le contrôle citoyen.

Sur le plan historique, après l'installation des SSP qui a été facilitée par la Réforme territoriale et Locale de 1972, le Gouvernement a élaboré et adopté en 1988 la Déclaration de Politique de Population suivie en 1989 de la Déclaration de la Politique de Santé. La mise en œuvre de ces déclarations a permis de systématiser la planification à la base, à travers la réorganisation fondamentale de l'administration sanitaire par l'introduction du « district » comme entité opérationnelle. La période 1991-1995 a été marquée par la mise en place de l'Initiative de Bamako.

En 1995 le Gouvernement a élaboré les Nouvelles Orientations de la Politique de Santé et d'Action Sociale, document de base pour le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 1998-2007) mis en œuvre en 2 phases. Les résultats de l'analyse des performances de PNDS indiquent que des progrès ont été réalisés dans différents domaines. Cette analyse montre néanmoins qu'il reste beaucoup d'efforts à fournir pour atteindre les OMD à l'horizon 2015.

² Ce qui a permis de réaliser la rénovation et la construction de nouvelles infrastructures pour permettre à la population, en majorité rurale, d'accéder aux soins de santé de base. Toutefois, le secteur reste caractérisé par une insuffisance en infrastructures et prestations de services surtout en milieu rural

Pour le PNDS 2009-2018 également, la politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires en prenant en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous-régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

1.2.1 Cadre institutionnel du Ministère de la Santé Publique

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale qui comprend un niveau central, un niveau intermédiaire constitué par les Régions Médicales et un niveau périphérique appelé district sanitaire.

Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, des Directions et des Services rattachés (*organigramme ?*)

Commentaires³ : trois ordres de difficultés gênent au plan institutionnel le fonctionnement des services à ce niveau: (i) la multitude de services rattachés, (ii) le conflit de compétences entre services centraux partageant les mêmes missions, (iii) le manque de précision dans les missions du fait de l'absence d'arrêtés d'application.

La région médicale assure l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Le Sénégal en compte 14. La région médicale, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification.

Commentaire : Elle joue difficilement ce rôle essentiellement du fait de l'insuffisance des capacités (ressources humaines, logistiques).

Le district sanitaire est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Le Sénégal en compte 69. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Le district est constitué d'un ou de plusieurs centres de santé et englobe un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales.

Commentaire : Il est géré par une équipe cadre qui est exposé en permanence à des interventions de type vertical (top down) interférant dans son programme de travail. Les districts comme les régions médicales manquent de capacités. Cela explique la faiblesse de ces équipes cadres.

Malgré les efforts consentis pour renforcer les effectifs en RH, les indicateurs de couverture en terme de personnel montrent qu'on est encore très loin des normes déjà proposées dans le PNDS 1998-2007⁴.

Le système de planification du secteur de la santé comprend désormais un plan stratégique décennal (PNDS), un plan triennal glissant (CDSMT) et un plan de travail annuel (PTA) qui prend en compte les plans opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé). Le CDSMT indique clairement les allocations budgétaires sur une période de trois ans, par programme et en fonction des sources de financement. Il permet de préparer le budget annuel dont il assure le lien entre les ressources et les objectifs et cibles de la période.

Le *Plan de Travail Annuel* est la traduction opérationnelle de la première année du CDSMT décliné en plans d'actions détaillés au niveau de tous les échelons de la pyramide sanitaire. Le budget du ministère chargé de la santé est préparé à partir de ces PTA.

³ PNDS 2009-2018

⁴ Cette situation découle essentiellement de trois facteurs liés à la non existence d'un plan de développement des ressources humaines: (i) l'insuffisance des effectifs admis au niveau des structures de formation notamment à l'Université qui est sous la tutelle du ministère chargé de l'enseignement supérieur; (ii) la non maîtrise du processus de recrutement dans la fonction publique qui n'est pas de la compétence du MSP; (iii) l'insuffisance des mesures incitatives pour fidéliser le personnel et réussir une meilleure répartition géographique.

ABREVIATIONS

ACDEV	ONG Action et Développement
ACEP	Alliance de Crédit et d'Épargne pour la Production
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
APROFES	Association pour la promotion de la femme sénégalaise
ARMD II	Appui à la Région Médicale de Diourbel
ARV	AntiRétro Viraux
ASSRMKF	Appui aux Systèmes de Santé des Régions Médicales de Kaolack et Fatick
ASUFOR	Associations des Usagers de Forage
AT	Assistance Technique
ATI	Assistant Technique International
ATN	Assistant Technique National
BIT	Bureau International du travail
BIT/STEP	Bureau International du travail/Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
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	
CLCMSK	Cadre Local de Concertation des Mutuelles de Santé de Kaffrine
CMS	Crédit Mutuel du Sénégal
CNCR	Centre National de Concertation et de Coopération des Ruraux
CoGes	Comités de Gestion
CORMUSAD	Coordination des Mutuelles de Santé de Diourbel
CoSa	Comités de Santé
CP	Comité de Pilotage
CRC	Cadre Régional de Concertation
CS	Centre de Santé
CTB	Coopération Technique Belge
CTI	Conseiller Technique de profil International
CTN	Conseiller Technique de profil National
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
DESS	Diplômes d'Études Supérieures Spécialisées
DECAM	Décentralisation et Extension de la Couverture Maladie
DGCD	Direction générale de la coopération au Développement
DP	Direction du Projet
DS	District Sanitaire
DSRP	Documents de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
DTF	Dossier Technique et Financier
ECD	Équipe Cadre de District
ECR	Équipe Cadre de Région
ENDA Graf	Environnement, Développement, Action /Groupe de Recherche Action Formation
EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
EPOS	EPOS Health Consultants GmbH
EPS	Etablissement Public de Santé
FDEA	Femmes Développement Entreprise en Afrique
FORPROFEM	Appui à la Formation Professionnelle Féminine
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
ICP	Infirmier Chef de Poste
IMF	Institution de microfinance (remplacé par SFD)
IPM	Institutions de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal

LPS	Lettre de Politique Sectorielle
MAS	Microassurance Santé
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
ME	Médicament Essentiel
MF	Microfinance
MIF	Microfinance
MPME	Micro, Petite et Moyenne Entreprise
MS	Mutuelle de Santé
MSP	Ministère de la Santé et de la Prévention
OCDES	Organisations Communautaires pour le Développement Sanitaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONG AcDev	ONG Action et Développement
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
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 faîtières du secteur de la MicroFinance
PARPEBA	Projet d'Amélioration et de Renforcement des Points d'Eau dans le Bassin Arachidier
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNT	Programme de lutte contre la Tuberculose
PROMUSAF	Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique
PS	Poste de Santé
PSDMS	Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé
PTA	Plan de Travail Annuel
RA	Recherche-Action
RAF	Responsable Administratif et Financier
R/CR	Référence/Contre Référence
RF	Responsable du Financement
RM	Régions Médicales
RR CTB	Représentation Résidente de la CTB
SG	Secrétaire Général
SFD	Système de Financement Décentralisé (ex-IMF)
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNPS-GR	Stratégie Nationale de Protection Sociale et des Gestions des Risques
SOLSOC	Solidarité Socialiste
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
TDR	Termes de Référence
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UM	Union des Mutuelles
UM-PAMECAS	Union des Mutuelles du Partenariat pour la Mobilisation de l'Épargne et du Crédit Au Sénégal
UMUSARK	Union des mutuelles de santé de la région de Kaolack
USAID	United States Agency for International Development
XOF	FCFA BCEAO

Les instances de coordination sont la revue annuelle conjointe⁵, le comité interne de suivi⁶ et la mission conjointe de supervision⁷. Au niveau régional le suivi des activités programmées se fait traditionnellement lors des *réunions trimestrielles de coordination dans les régions*.

Au niveau périphérique le suivi des activités se fait lors des *réunions mensuelles de coordination du district*, lors des missions de supervision, lors du monitoring et des bilans annuels des districts.

1.2.2 Budget et gestion des dépenses

Depuis quelques années, les allocations budgétaires au secteur de la santé ne font qu'augmenter (10,3% en 2007) mais les financements n'étaient pas alloués de façon équitable, notamment du fait de l'absence de critères d'allocation, ce qui a été à l'origine des disparités des financements entre les différents échelons de la pyramide au profit des services centraux.

La DAGE assure l'élaboration du budget de l'Etat en relation avec les autres services du Ministère, en se basant sur les besoins de l'année n+1, exprimés à travers les PTA.

Conformément aux principes du CDSMT, la DAGE contrôle l'exécution budgétaire en veillant au respect des lignes d'activités, dans les limites des autorisations de crédits arrêtées dans le cadre du budget programme des différents services. Elle initie également les procédures de réaménagements budgétaires, en cas de nécessité ou à la demande des services.

Concernant les fonds des partenaires directement gérés par la DAGE, celle-ci procède aux paiements, à la justification des dépenses et aux renouvellements des fonds. Elle coordonne les différentes unités de gestion financière mises en place dans le cadre de ces financements.

Au niveau périphérique la transparence dans la gestion des ressources fait défaut dû à l'absence d'une intégration des différentes ressources (BF, FDD, recettes des comités de santé) dans un seul budget, d'une comptabilité orthodoxe dans les PS et CS, d'un suivi budgétaire conséquent et d'une traçabilité suffisante des médicaments au sein du district.

1.2.3 A propos de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé

Comme on l'observe dans le PNDS, la problématique de l'accès à des soins de qualité et du financement de la santé est au centre des préoccupations du gouvernement.

On estime que 57,5% des ménages ruraux au Sénégal sont pauvres contre un ménage sur trois dans la zone urbaine de Dakar et 43,3% dans les autres villes du pays. Les régions de Kaolack et Diourbel sont parmi les régions de *très forte pauvreté* et celle de Fatick parmi celles de *forte pauvreté*. La couverture en Poste de Santé est en moyenne de 1 pour 11.000 habitants et de 1 Centre de Santé pour 250.000 Habitants. 58% de la population rurale vit à moins de 30 minutes d'un Centre de Santé. Sur les 920 PS, plus de 200 ne disposent pas de capacité pour accueillir les accouchements dans des conditions minimales de sécurité. La mortalité maternelle est de 401 pour 100.000 naissances vivantes en 2005 selon EDS IV. Selon les estimations, on compte un médecin pour 22.460 habitants, un infirmier pour 10.381 et une sage-femme pour 17.219 habitants. Mais sur les 413 médecins recensés dans la fonction publique, 309 soit près des trois-quarts exercent à Dakar qui ne compte que 2,4 M d'habitants, soit moins de 22 % de la population totale.

Les structures de santé publique sont utilisées de façon préférentielle par la population. Les prix élevés des services de santé sont cependant une des principales causes de non-recours aux services de santé. Par

⁵ L'objectif de la *Revue Annuelle Conjointe (RAC)* est de faire le bilan des plans de travail annuels de l'année précédente et de procéder à la validation de la programmation des opérations retenues pour l'année en cours

⁶ Le *Comité Interne de Suivi* a lieu tous les trois mois et porte sur le suivi de l'exécution des plans de travail annuels, l'examen des rapports d'étape pour faire le point sur la situation des projets et programmes, l'examen des rapports d'exécution du budget et l'état de la mise en oeuvre des recommandations

⁷ La *Mission Conjointe de Supervision* a pour objet d'assurer le suivi de l'exécution des activités programmées sur le terrain conjointement avec les partenaires au développement. Elle se déroule tous les six mois.

exemple, en 2001, une enquête⁸ a révélé que près de 40% de personnes souffrant de fièvre ou de paludisme et 44% de personnes souffrant de maladies diarrhéiques n'avaient pas eu recours aux soins à cause des tarifs jugés trop élevés. En 2001 et 2002, les ménages ont consacré plus de 2% de leurs dépenses totales pour la santé (60% pour les médicaments, 30% pour les services médicaux extra-hospitaliers et près de 10% pour les services hospitaliers).

Devant les difficultés d'accès aux soins de santé, le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale du Sénégal a développé des programmes⁹ qui visent à faciliter l'accès aux soins de santé en priorité pour les groupes vulnérables. L'objectif national de couverture du risque maladie est d'atteindre 50% en 2015, alors que cette couverture est estimée à moins de 20% en 2007 dont 4% pour les mutuelles de santé (régime contributif volontaire).

1.3. CONTEXTE DU DÉVELOPPEMENT DE LA DEMANDE SOLVABLE EN SANTÉ: LA MAS, LA GRATUITÉ ET LES MÉCANISMES DE GARANTIE

Des études récentes ont mis en évidence la corrélation forte qui existe entre le niveau de développement économique et l'accès à des services de santé disponibles et de qualité, notamment pour les couches les plus vulnérables. Toutes les enquêtes réalisées dans le cadre de la définition et de l'actualisation des stratégies en matière de santé (et dans bien d'autres cadres) indiquent que l'une des principales préoccupations du gouvernement en matière de politique sanitaire est l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité aux soins, notamment pour les groupes vulnérables.

La question du financement de la santé a toujours constitué un axe prioritaire de la politique de santé au Sénégal. De nombreuses initiatives ont été développées dans ce cadre dont la plus ancienne est celle de la gratuité adoptée au lendemain des indépendances sous la forme de dotation budgétaire de l'offre publique. La difficile soutenabilité financière de cette initiative, qui du reste, n'a véritablement pas été opérationnalisée a amené l'Etat à adopter une politique de partage des coûts entre le financement public et les usagers avec comme objectif d'alléger la contrainte financière de l'Etat et augmenter la participation sociale dans l'effort de santé. Mais la dimension économique liée au fonctionnement des structures sanitaires n'est toujours pas résolue et les fonds publics ne pouvaient entièrement y faire face.

C'est dans ce contexte que les mutuelles de santé ont émergé comme une des réponses communautaires les plus crédibles aux barrières financières d'accès aux soins de santé. Il s'agit, à côté des régimes contributifs à caractère obligatoire, d'un mécanisme d'assurance santé relevant d'un régime contributif volontaire et qui permet à plusieurs personnes de partager de manière solidaire et équitable les risques financiers liés aux dépenses de soins. Les systèmes de micro-assurance santé ont été identifiés comme l'un des mécanismes les plus efficaces pour la prise en charge de la solvabilité de la demande, notamment pour les populations exclues des dispositifs formels de protection sociale. La promotion de la mutualité dans le secteur de la santé a ainsi bénéficié du soutien politique de l'Etat à travers la mise en place d'un programme d'appui au développement des mutuelles de santé depuis 1997. Cet appui a été systématisé tout récemment par l'élaboration du plan stratégique de développement des Mutuelles de santé au Sénégal et de la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des sénégalais.

En outre, le développement des MAS peut servir d'effet de levier à la mise en œuvre de la stratégie nationale de protection sociale (SNPS : 2005-2015). Son objectif général est de porter la couverture d'assurance santé de 20% à 50% de la population sur la période considérée dans le cadre global de la mise en œuvre des OMD santé.

Les lenteurs enregistrées dans la mise en œuvre de la SNPS et devant les difficultés d'accès aux soins de santé ont amené l'Etat et le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale du Sénégal à prendre des mesures ponctuelles de gratuité des soins en faveur de certains groupes vulnérables. C'est ainsi que, par exemple, sur une initiative présidentielle, le Plan Sésame, a été mis en place

C'est ainsi que des programmes et des projets facilitant l'accès aux soins de santé ont été développés, surtout pour les groupes vulnérables et notamment :

⁸ Questionnaire Unifié des Indicateurs Démographiques (QUID), 2001

⁹ Voir plus loin

- La gratuité des **accouchements et césariennes** ;
- La gratuité des soins aux **personnes âgées** (Plan Sésame) mis en place en septembre 2006 ;
- L'accès gratuit aux **antirétroviraux** ;
- La gratuité des médicaments **antituberculeux** ;
- Le traitement gratuit du **paludisme grave** chez les enfants et les femmes enceintes et le prix subventionné des **moustiquaires imprégnées** ;
- La subvention abaissant les coûts des traitements : **antipaludéens, diabétiques (insuline), anticancéreux, de l'insuffisance rénale, des cardiopathies** ;
- La subvention pour la prise en charge des **indigents** ;
- *Une politique de développement des mutuelles de santé.*

Soit 5 programmes/projets de **gratuité** (accouchements et césariennes, personnes âgées, ARV, Antituberculeux, paludisme grave) et 6 programmes/projets de **subventionnement** (moustiquaires imprégnées, antipaludéens, diabétiques anticancéreux, insuffisance rénale et cardiopathies et indigents).

En ce qui concerne les accouchements et césariennes, le coût, estimé à 440 millions de FCFA en 2006, est financé par des subventions de l'Etat avec un appui complémentaire de partenaires tels que l'UNICEF et l'UNFPA. Environ 46.000 femmes enceintes en auraient bénéficié en 2006 (source MSPM). Le plan sésame destiné aux personnes âgées de 60 ans devait être exécuter selon deux modalités : préfinancement aux hôpitaux et financement direct à la PNA qui rembourse les postes et centres de santé. Les dépenses cumulées s'élèvent à 3 milliards en 4 ans.

On estime que si ces programmes de gratuité étaient viables financièrement et leur mise en œuvre rendue plus efficace, ils pourraient servir de leviers à une plus grande extension de la couverture du risque maladie aux groupes vulnérables. Toutefois, il apparaît que la politique de gratuité n'a pas produit les effets escomptés en raison d'un certain nombre de dysfonctionnements liés au retard ou au non paiement des factures pour des motifs de surfacturation des prestations et du fait que le fonds prévu, à cet effet, n'a toujours pas été renouvelé, notamment pour le plan Sésame qui traîne une dette de 1 milliard FCFA au titre de remboursement aux structures de santé de l'Etat.

Au total, et malgré tous les efforts consentis, les mécanismes de financement de la santé adossés à la politique de gratuité couvrent un nombre relativement restreint de bénéficiaires estimé à environ 20% de la population. Le financement mutualiste des soins de santé est certes en pleine expansion, mais de nombreux facteurs internes limitent encore son impact :

- faible viabilité fonctionnelle
- faible viabilité économique et financière
- faible taux de pénétration
- leadership et capacités de négociation faibles
- logique d'extension qui n'est toujours pas accompagnée d'un mécanisme de renforcement des capacités des mutuelles selon une optique de professionnalisation
- faible capacité contributive des membres

L'impact des programmes de gratuité sur la dynamique des mutuelles de santé n'est pas documenté du fait que le déploiement de ces programmes s'est opéré en marge du mouvement mutualiste.

L'accessibilité aux soins, notamment pour les groupes vulnérables et les personnes démunies reste encore problématique même si le secteur de la santé a bénéficié ces dernières années d'un afflux important de ressources publiques et privées. En effet, au terme du PNDS 1998-2007, le secteur de la santé a reçu globalement un financement de 933,2 milliards de F.CFA, soit un taux de réalisation financière de 96,8%. Le financement de la santé a connu, toutes sources confondues, une progression importante passant de 37,2 milliards en 1998 à 140,4 milliards en 2007 (source PNDS : 2009-2018).

Dans ce cadre, la participation des ménages à l'effort de santé est considérable (78% des dépenses de santé sont supportées par les ménages). C'est dans ce contexte que des initiatives diverses sont en cours d'étude

ou d'expérimentation sous l'impulsion de l'Etat appuyé par ses PTF ou des communautés pour développer des mécanismes de financement de garantie : décentralisation et extension de la couverture maladie (DECAM) initié par le MSPM qui va jouer sur deux leviers : un fonds assistanciel et un fonds assurantiel avec un objectif à court terme de mise en place d'un fonds de garantie au niveau départemental adossé à un dispositif organisationnel de fédération des mutuelles en unions départementales qui en seront les bras techniques, fonds de solidarité à vocation assistancielle aux programmes de gratuité en expérimentation dans la région de Matam avec l'appui de Lux-Développement, fonds de garantie social dans le cadre de la prise en charge des PV/VIH, avec l'USAID, divers mécanismes de financement de garantie initiés par les Mutuelles de santé : fonds de réserve, fonds d'équité, fonds de subvention en cours de mise en place dans le cadre de l'assurance « élèves »¹⁰ avec l'appui du projet « ASSRMKF » dans les Régions de Diourbel, Kaolack, Fatick et Kaffrine.

*appui de
MSPM
Américain*

Si ces initiatives sont louables, elles restent toutefois dispersées du fait de la faiblesse des mécanismes de coordination, de mise en synergie dans le cadre d'une vision unifiée pour créer les effets de leviers attendus sur le système de santé. A ces dysfonctionnements d'ordre organisationnel, il faut ajouter la faiblesse des leviers institutionnels de partage sur les mécanismes de financement de garantie, ce qui se traduit par une diversité d'approches d'ordre conceptuel et terminologique.

Le tableau n° 1 suivant illustre ce phénomène :

Nature du fonds	Objet	Bénéficiaires
<i>Fonds de garantie</i>	Instrument financier destiné à donner aux Mutuelles de santé les moyens de développer une demande solvable	Adhérents Personnes démunies
<i>Fonds de réserve</i>	Excédent budgétaire permettant à la mutuelle de diversifier son offre de service et de faire face à des situations imprévisibles de trésorerie	Mutuelles
<i>Fonds d'équité</i>	Mécanisme financier destiné à développer l'offre de service sur des bases plus équitables (prise en charge par discrimination positive des indigents, des femmes et des enfants, etc.	Groupes vulnérables
<i>Fonds de solidarité</i>	Mécanisme assistanciel fusionnant les « fonds » associés aux initiatives de gratuité	Les groupes cibles de la politique de gratuité
<i>Fonds d'appui</i>	Mécanisme d'assistance au développement de la couverture maladie contributive	Les mutuelles
<i>Cash transfert ou subventionnement</i>	Transfert direct de ressources aux familles démunies	Enfants de 0-5ans
<i>Fonds de gratuité</i>	Subventionnement direct et indirect aux structures de santé	Bénéficiaires des programmes de gratuité
<i>Fonds d'achat ou fonds commun</i>	Améliorer les modalités de gestion des dispositifs de gratuité par paiement direct aux structures de santé	Bénéficiaires des programmes de gratuité Indigents

Américain

Améliorer les modalités de gestion des dispositifs de gratuité par paiement direct aux structures de santé => Nos documents

Ce tableau n'est pas exhaustif : il y a aussi la ré-assurance, la co-assurance, ... Il convient d'ailleurs de bien convenir d'une définition commune pour tous ces Fonds.

Dans la perspective de rechercher une meilleure efficacité des interventions, des modèles institutionnels de couplage de la micro finance et de la micro-assurance santé sont de plus en plus expérimentés.

L'analyse de certains paramètres fondamentaux des mutuelles de santé a mis en évidence, même si les hypothèses méritent d'être approfondies, un certain nombre d'avantages comparatifs liés à ce mécanisme :

- Probabilité de réduction des taux d'impayés en matière de cotisation plus élevée ;

¹⁰ ce n'est pas un Fonds de garantie car il n'y a pas d'analyse de risque avant de débloquent les fonds et pas de remboursement des fonds empruntés

- Une plus grande capacité de mise en commun des risques ;
- Une plus grande crédibilité des Mutuelles auprès des prestataires de soins ;
- Une plus grande confiance entre les différents acteurs, etc...

Quelle que soit la pertinence du modèle choisi, la problématique liée à la finalité recherchée et du processus à suivre pour mettre en œuvre les mécanismes de financement de garantie reste posée afin de trouver un début de réponse dans le cadre de l'intervention. Plusieurs pistes pourraient être explorées à cet effet :

- Mutuelles pour l'ensemble de la population, accessibles pour les plus pauvres ;
- Mutuelles qui stimulent la solidarité entre riches et pauvres ;
- Mutuelles qui couvrent l'ensemble des risques et sûrement les grands risques ;
- Mutuelles qui financent des soins de qualité et qui exercent le contrôle de cette qualité.

1.3.1 Quelques données sur les mutuelles de santé dans les régions de Diourbel, Fatick et Kaolack et Kaffrine

Des efforts sont de plus en plus fournis dans le sens de construire une base de données fiables sur les Mutuelles de santé. Mais ils restent encore insuffisants et parcellaires. Dans les régions de concentration du projet, les données suivantes ont pu être collectées à travers la revue de la littérature dont certaines ont été réactualisées au cours de l'atelier participatif d'analyse situationnelle. La population cible totale de l'intervention est de **3.210.712 hbts**

a. Région de Kaolack

La région compte **19 mutuelles de santé** avec près de **20 000 bénéficiaires** (taux de pénétration de 1,76%). La plupart des mutuelles sont de type communautaire et la plupart ont été mises en place entre 1996 et 1998 avec l'aide de la CAMICS (devenue par après la CAF/SP). Les catégories socio-économiques couvertes par ces mutuelles sont issues essentiellement du secteur informel en milieu urbain et rural. C'est le cas par exemple du réseau de MAS *Oyofal Paj* soutenu par l'ONG APROFES qui développe par ailleurs une expérience intéressante de couplage MAS avec une mutuelle d'épargne et crédit.

Population (estimée en 2008 selon le nouveau découpage administratif) : **757.749 hbts**.

b. Région de Diourbel

La région de Diourbel compte **14 mutuelles** pour un taux de pénétration de l'ordre de 1,5 % soit près de **16.600 bénéficiaires**. Les premières mutuelles ont vu le jour dès 1995, réparties dans les départements de Diourbel, Bambey, et Mbacké.

Il faut noter que la ville de Touba regroupe 44% de la population de Diourbel, avec comme particularité une prépondérance de mutuelles dont la base de regroupement est l'appartenance à une confrérie religieuse.

Population (estimée en 2008 selon le nouveau découpage administratif) : **1.319.308 hbts**.

c. Région de Fatick

Dans la Région de Fatick qui couvrent, il y a actuellement **6 mutuelles fonctionnelles et 4 mutuelles en gestation**. Il s'agit exclusivement des mutuelles communautaires qui sont dispersées dans toute la région. Ces mutuelles n'existent que depuis la fin 2008 et n'ont guère d'activités, faute de moyens. Le taux de pénétration des 6 mutuelles fonctionnelles s'élève à 0,9% sur la population totale de la région et varie entre 1 et 10,4% par rapport à leur population cible respective. Le nombre de **bénéficiaires** est de **12.504**.

Population (estimée en 2008 selon le nouveau découpage administratif) : **640.970 hbts**.

d. Région de Kaffrine

Dans la région de Kaffrine, il y a huit (8) **mutuelles de santé** dont la majorité sont des mutuelles communautaires (deux d'entr'elles sont socioprofessionnelles). De ces huit mutuelles, deux ont des difficultés financières. Le nombre d'adhérents varie entre 100 et 1760. Et le nombre de **bénéficiaires** ne

dépasse pas 12.000 Le taux de pénétration est donc très faible. Il existe un cadre de concertation au niveau de Kaffrine, présidé par Mr Cheikh Wilane qui est également président du conseil d'administration de l'Union des Mutuelles de santé de Dakar (CLCMSK) *(qui ne paye le adhés)* - Population (estimée en 2008 selon le nouveau découpage administratif) : 492.685hbts.

Ces données de bases sont synthétisées dans le tableau ci après en ce qui concerne les 4 régions de concentration du projet:

Tableau 2 :

Régions	Nbre mutuelles	Nbre bénéficiaires	Nbre adhérents	Taux de pénétration	Type	Initiateurs
Kaolack	19	20 000		1,70%	Communautaire	Associations de femmes, leaders associatifs
Diourbel	14	16 600	12 304	1,5%	Communautaire	
Fatick	10 (6 fonct., 4 en gestation)	12 504	1 894	0,9 % pour les mutuelles fonctionnelles	Communautaire	Association beugdiame, ACDEV Comités de santé
Kaffrine	8	12 000	100-1760	Très faible	Communautaire	CL Associations de village Association de ressortissants
Total	51	61.104	15.698			

Il faut noter que les résultats d'une analyse situationnelle des mutuelles dans les 4 régions et des données précises seront très prochainement disponibles.

Globalement, les mutuelles sont de petite taille et d'une faible viabilité fonctionnelle, institutionnelle, économique et financière. Les taux de pénétration sont de loin en deçà de l'échelle requise en termes de nombre d'adhérents. Quasiment, les mutuelles sont impulsées à partir d'initiatives communautaires qui les rendent assez crédibles aux yeux des populations. La question essentielle de la professionnalisation des mutuelles et de leur regroupement reste posée. Des initiatives d'élargissement et de renforcement des bases organisationnelles des mutuelles sont toutefois engagées, notamment dans la zone du projet avec la mise en place des Unions régionales.

Mais la dynamique d'impulsion des mutuelles dans les 4 régions est assez forte et se situe dans la moyenne de l'évolution du nombre de mutuelles au niveau national. En effet, entre 2000 et 2007, l'étendue géographique des mutuelles de santé s'est élargie. Des mutuelles de santé fonctionnelles n'étaient répertoriées que dans quatre régions du Sénégal en 2000 : Thiès, Dakar, Saint-Louis et Kaolack. En 2007, elles sont répertoriées dans toutes les régions du pays, à l'exception de Matam (source : CAF/SP 2008 : comptes nationaux de santé).

Des expériences assez intéressantes sont ainsi de plus en plus expérimentés selon des mécanismes différents à l'échelle régionale (modèle PROMUSAF qui met le focus sur le renforcement des capacités et la création de grands réseaux), nationale (modèle UM-PAMECAS : mécanisme de micro-assurance santé autonome mais adossée à une SFD) et régionale, notamment dans la zone de concentration du PAMAS (modèle APROFES : il s'agit d'un mécanisme de partenariat entre une SFD et un système d'assurance déjà existant avec des systèmes de gestion séparés).

Parallèlement au secteur de la micro-assurance portée par les mutuelles de santé, le secteur de la Microfinance au Sénégal est en pleine croissance depuis son émergence à la fin des années 1980. A ce jour, il compte environ 844 structures financières décentralisées légalement agréées ou reconnues (mutuelles de base, groupements d'épargne et de crédit et structures signataires de convention) qui offrent des services financiers de proximité (environ 74 milliards FCFA d'épargne mobilisée et 92 milliards FCFA de crédits distribués) à un nombre de plus en plus important de bénéficiaires en milieu rural et urbain (plus de 792 000 sociétaires/bénéficiaires) pour la mise en œuvre d'activités économiques. Il importe de noter que certaines structures de micro-finance développent, même si c'est de manière encore timide et non documentée, des

produits assurance santé pour élargir leur offre de services et minimiser les risques liés à la maladie qui est un facteur important de non remboursement du crédit ou de son détournement vers des objectifs autres. A l'inverse, certaines initiatives de micro-assurance développent des activités de génératrices de revenus pour leurs membres à travers une offre de crédit. Des perspectives de partenariat entre le secteur de la micro-finance et celui de l'assurance santé pourraient donc se développer.

1.3.2 Les autres acteurs¹¹

Les prestataires de soins

Le premier partenaire pour une mutuelle est le prestataire de soin. Il peut contribuer à la promotion des mutuelles à travers la qualité des soins qu'il offre aux mutualistes. Au-delà, il peut s'impliquer activement dans la sensibilisation des utilisateurs de la structure afin qu'ils adhèrent à la mutuelle.

Dans un premier temps, la collaboration avec la mutuelle augmente la charge de travail pour le prestataire (remplissage des outils de gestion) et peut lui créer des problèmes (revendications des mutualistes) sans pour autant lui offrir en contre-partie des avantages. C'est seulement quand la mutuelle a atteint un taux de pénétration assez élevé que son apport sur le financement de la structure sanitaire se fait sentir.

Dans le cadre de la contractualisation, c'est en principe le comité de santé qui a la personnalité juridique pour signer la convention. Souvent, ses membres font en même temps partie de la mutuelle, et s'il y a cumul de fonctions, il peut y avoir conflit d'intérêt entre la logique du prestataire, qui veut consolider le financement de sa structure, et la logique du responsable de la mutuelle, qui veut améliorer l'accessibilité financière pour les mutualistes.

Pour engager la responsabilité technique par rapport à la qualité des soins, il est indiqué que l'agent de santé responsable de la structure signe également la convention qui devient de cette façon un arrangement tripartite. Mais l'ICP dans un PS peut signer seulement sous couverture du MCD qui représente le MSP dans son district.

Les relations (et donc les contractualisations) avec les prestataires de soins et les services sanitaires ne sont pas toujours optimaux, loin s'en faut. Il semble, selon certains promoteurs de MAS, que les relations soient plus aisées avec certains prestataires privés que publics.

L'administration sanitaire, la CAF/SP notre partenaire du projet PAMAS

Selon le cadre législatif (loi N° 2003-14 du 4 juin 2003), la tutelle des mutuelles de santé est confiée au MSPM via la CAF/SP, ce qui implique le principe de contrôle sur les activités des mutuelles et de leurs structures faitières. Un décret d'application a été signé (*mettre la date exacte*) et devrait donner les précisions nécessaires. Dans le plan stratégique national, le rôle du MSPM est plutôt décrit comme un rôle de promoteur qui devrait assurer la coordination des intervenants et créer un environnement favorable au développement des mutuelles.

Un des éléments-clés pour le développement des mutuelles de santé est certainement l'offre de soins. Ceci est confirmé par la littérature scientifique et par les témoignages des responsables des mutuelles. Le MSP à travers les MCR (Médecin chef de région) et MCD (médecin chef de district) a la charge d'organiser les services de santé et d'assurer leur disponibilité permanente et la qualité des soins offerts.

Dans la politique de contractualisation, l'administration sanitaire joue un double, voire un triple rôle et est ainsi à la fois juge et partie. Elle représente en effet, avec le comité de santé, le service prestataire, mais est aussi censée jouer un rôle de promotion, de régulation et de contrôle des MAS. En outre, elle est censée jouer le rôle d'interface entre prestataires et MAS. Malgré la politique de contractualisation définie dans le document « Politique de Contractualisation dans le Secteur de la Santé au Sénégal » d'octobre 2004, la CAF/SP n'a pas pu jusqu'ici jouer pleinement son rôle essentiel en la matière.

¹¹ Extrait du Plan Quinquennal de Développement des Mutuelles de santé de la région de Fatick 2007-2011

Les structures d'appui externe

En dehors de la CAFSP, qui, dans le cadre de la mise en place des nouvelles mutuelles de santé, offre son appui technique, un grand nombre de structures d'appui, nationales et internationales offrent aussi leur appui aux MAS. A l'instar du PSDMS on peut les regrouper comme suit :

- Les agences de coopération bi- et multilatérales comme : EPOS de la coopération allemande, Abt Associates (USAID), la Coopération française, la Coopération technique belge (projet ASSRMKF), BIT/STEP, l'OMS (régions de Matam, Louga, Saint Louis) ;
- Les ONG nationales et internationales comme : PROMUSAF, ENDA Graf, ACDEV, World Vision, GRAIM, PACTE, APROFES, SOLSOC. A noter qu'il y a différentes approches et peu de concertations et d'échanges d'informations entre elles ;
- Les réseaux nationaux comme FENAGIE, etc.

Ces structures d'appui interviennent essentiellement dans l'appui technique et beaucoup moins dans l'appui financier. Malgré l'existence d'un cadre de concertation national qui réunit depuis 2003 les représentants du MSP, les promoteurs, les structures d'appui et les représentants des unions et coordinations de mutuelles, plusieurs questions persistent dont deux essentielles¹² : (i) quel doit être le rôle d'une coordination au niveau national et (ii) quel rôle pour les représentants de l'Etat ?

Les collectivités locales

Les collectivités peuvent beaucoup contribuer au développement des mutuelles. Elles peuvent s'impliquer dans la sensibilisation de la population, appuyer la recherche des partenaires techniques et financiers, offrir un local à usage de siège et octroyer des subventions aux mutuelles.

La prise en charge des indigents à travers les mutuelles est une piste à explorer qui peut en même temps aider les collectivités à remplir leur mission auprès des démunis et aider les mutuelles à élargir leur base sociale. Il s'agira d'ailleurs pour cette intervention de faire de propositions pour définir les synergies et les relations à créer (ou à renforcer) entre la CAFSP et la Direction de l'Action Sociale, par exemple, qui traite, entre autres, de la question des indigents.

De l'avis unanime, les collectivités locales ne se sont pas encore suffisamment impliquées dans la promotion des MAS et peuvent poser des problèmes de gouvernance. Ces problèmes ne se résolveront qu'avec le temps et cela peut constituer un risque dans la présente intervention, car ce sont les collectivités locales qui gèrent les indigents.

Les départements ministériels impliqués dans la gestion publique de l'indigence

Les attributions des 3 départements ne sont pas encore très claires. Ci dessous le relevé des départements et directions impliqués:

- Au ^{niveau} Ministère des Collectivités Locales : c'est la direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DAS) qui en est en charge ; *(Caisse Dakar - Rkia)*
- Au Ministère de la Solidarité Nationale : c'est la direction de l'action sociale ; *Fond de Solidarité Nationale*
- Au Ministère de la Santé Publique : il y a un volet qui prend en charge également la prise en charge des plus démunis.

Les Systèmes de Financement Décentralisés, SFD (ex IMF)

Face au problème de recouvrement des cotisations, le MSP et la CAF/SP favorisent la collaboration avec les institutions de microfinance. Dans le but d'éviter le détournement des crédits destinés aux activités génératrices des revenus pour la prise en charge des soins de santé, celles-ci peuvent exiger des demandeurs de crédits d'adhérer à une mutuelle de santé. Le prélèvement des cotisations à partir de l'épargne réalisée diminue la charge de travail des responsables des mutuelles pour le recouvrement des cotisations. En outre, c'est aussi une manière de sécuriser les emprunts dans la mesure où une couverture « soins de santé »

¹² Les expériences sénégalaises de mise en réseau des mutuelles de santé, André Demba Wade

augmente les chances des individus de rester en bonne santé. Enfin, cela permet souvent d'atteindre plus facilement 100% de taux de recouvrement et à moindre frais.

Le secteur est en pleine expansion depuis deux décennies. On comptait plus de 700 SFD en 2003 couvrant plus de 510.000 bénéficiaires. *(chiffre plus récent ?) (voir PAMIF)*

Conformément aux conclusions et aux recommandations d'une table ronde des bailleurs tenue en avril 2005, deux études spécifiques ont été menées pour définir les mécanismes de financement et les modalités de mise en œuvre de la stratégie nationale¹³

Les intervenants se sont accordés sur les principes généraux ci-après :

- rôle prééminent donné au secteur privé et aux SFD dans l'offre de produits et services financiers
- non-exécution directe par le gouvernement de programmes de microfinance,
- création d'un environnement politique, économique, légal et réglementaire favorisant le développement du secteur
- Orientation vers le marché pour les politiques financières et de crédit y compris l'intégration au système financier.

*de l'analyse des
projet 2008*

Selon la Lettre de Politique Sectorielle de micro-finance, la vision stratégique du développement secteur doit se traduire par quatre (4) objectifs immédiats :

- L'environnement légal et réglementaire est amélioré et maîtrisé dans un sens favorable au développement sécurisé du secteur
- Le cadre institutionnel favorise une gestion efficiente du secteur et une conduite concertée de la politique sectorielle incluant sa stratégie de mise en œuvre et son plan d'action ;
- Les SFD sont professionnelles et assurent de façon viable et pérenne une offre de produits et services de microfinance, adaptée, diversifiée et en augmentation, notamment dans les zones non encore couvertes ;
- Le secteur de la microfinance est mieux articulé au secteur bancaire et les SFD répondent de façon adaptée aux besoins des MPME et PME.

Il faut noter qu'aucune allusion n'est faite dans cette LPS au lien potentiellement prometteur entre MAS et SFD et que les logiques et les finalités de ces deux systèmes ne sont pas forcément semblables et peut-être parfois même contradictoires. En effet, les MAS se fondent sur des principes et valeurs comme (i) la solidarité et l'entraide, (ii) la démocratie, (iii) l'autonomie et l'indépendance, (iv) la liberté et (v) la non-poursuite de but lucratif¹⁴. Ce ne sont pas forcément les mêmes principes qui fondent les SFD.

1.4. STRATÉGIE DE LA COOPÉRATION BELGE DANS LE SECTEUR SANTÉ

1.4.1 Contributions des interventions à la stratégie sectorielle nationale

Le secteur de la santé au Sénégal a été principalement appuyé par 3 interventions : i) le projet ARMD II dans la région de Diourbel (qui est arrivé à terme fin 2007) ; ii) le projet ASSRMKF dans les régions de Fatick, Kaolack et Kaffrine (qui arrive à terme fin 2010) et iii) le PAMAS qui appuie la CAFSP et les quatre (4) régions de la zone de concentration de la coopération belge. Ce dernier a démarré en janvier 2009 pour une durée de 4 ans.

Il s'agit des projets qui appuient le système de santé dans son ensemble et à différents niveaux.

La CTB a assuré également, pour le compte de l'ESP(Ecole de santé Publique)/ULB, dans le cadre d'un programme financé par l'Union Européenne, le suivi administratif et financier d'un projet régional de « Formation et de Recherche en Santé » (FORESA) portant sur une « Approche participative destinée à améliorer la qualité et l'accès aux soins de santé pour les patients tuberculeux » (finalisé en mai 2009), et exécute la gestion des bourses et microprojets ainsi qu'un Fonds d'Etudes et d'Expertises permettant de réaliser des initiatives/études complémentaires aux activités des projets.

¹³ HORUS, Etude sur les mécanismes de financement des IMF au Sénégal, février 2006, et BARRO I. & NDIAYE M., Etude sur les modalités de mise en œuvre du Plan d'actions de la LPS/MF, rapport final MPMEEFMF, Octobre 2005

¹⁴ Etude sur le rôle des mutuelles de santé au Sénégal. Research Matters. Cheik Vilane, juin 2006

1.4.2. Les principaux acteurs belges dans le secteur

Les universités belges collaborent avec les institutions partenaires au Sénégal à la mise en oeuvre de programmes de recherche et de formation dans différents domaines. Ces domaines sont :

- Endoscopie thérapeutique et observatoire des pathologies digestives;
- Formation en management de la qualité sanitaire et analyse des risques Renforcement des capacités du Département de Microbiologie du Centre Hospitalier Universitaire à Dakar pour la recherche, la gestion clinique et le contrôle du VIH/SIDA, Tuberculose et autres maladies infectieuses au Sénégal ;
- Epidémiologie et contrôle de la schistosomiase dans la Région Médicale de St Louis;
- Capital social des mutuelles de santé.

Des ONGs belges ont appuyé diverses mutuelles de santé dont APROFES (SOLSOC) à Kaolack, et PAMECAS.

Le Fonds belge de Survie appuie le projet PROMUSAF.

Au niveau multilatéral, la Belgique intervient dans le financement du programme BIT/STEP.

1.4.3. Projet PAMAS : articulation entre les trois volets

Le programme d'« Appui au développement de la micro-assurance santé au Sénégal » est divisé en trois volets :

- (1) L'appui institutionnel à la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale ;
- (2) Le renforcement des mutuelles de santé et des institutions de micro-finance développant un volet micro-assurance santé, dans les régions de Diourbel, Fatick et Kaolack et Kaffrine;
- (3) La mise en place de mécanismes de financement de garantie (présent projet)

Les axes stratégiques principaux du projet PAMAS sont :

1. *Appui technique central (CAF/SP) et régional (Régions Médicales)*
2. *Une approche multisectorielle, multidimensionnelle et systémique*
3. *Une capitalisation sur les expériences réussies*
4. *Le développement de nouvelles expériences ayant valeur de test et basées sur la recherche*
5. *Mettre un accent particulier sur le rôle de conception et de propositions de la CAF/SP*
6. *La synergie avec autres programmes sénégal-belges.*

Le PAMAS jouit d'atouts certains, dans la mesure où il vient s'ajouter aux autres interventions sénégal-belges (ASSRMKF, PAMIF, FORPROFEM, PEPAM-BA/ASUFOR). Ceci renforce la cohérence de ces interventions dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine. En effet, les MAS ayant pour partenaire naturel l'offre de services de santé, une meilleure qualité de cette dernière est un facteur déterminant pour leur développement. C'est ainsi que la mise en œuvre concomitante de ASSRMKF et du PAMAS s'avère être une opportunité rare de développement de synergies et de complémentarité entre l'offre et la demande.

1.4.4. Cohérence interne et externe

Les leçons apprises de la mise en œuvre du projet ARMD II (deuxième phase du projet initial ARMD I) avaient été largement prises en comptes pour la formulation et donc le contenu du projet ASSRMKF.

Ainsi :

- Il est plus focalisé sur la politique sectorielle. En effet, le projet ASSRMKF avait une influence directe sur chacun des sept (7) objectifs stratégiques du Plan National de Développement Sanitaire – Phase II et depuis 2009 sur chacun de sept (7) orientations stratégiques retenues dans le PNDS 2009-2018 dont il est sensé appuyer la mise en œuvre dans les régions de Kaolack, de Fatick et de Kaffrine ;

- Certaines réalisations essentielles pour la réussite du projet ont pu se faire dans des délais assez courts et en début de projet.
- L'exécution financière s'est avérée cohérente avec les bilans physiques du projet

En dépit du fait que les différentes contributions des deux parties sont effectives, il a été constaté une non valorisation de la contrepartie nationale dans les bilans financiers. Aussi, a-t-il été relevé que les indicateurs retenus permettaient de renseigner le processus mais très peu les résultats intermédiaires du projet.

Durabilité

Pour le projet ASSRMKF, les facteurs de durabilité des acquis relevés sont :

- Le renforcement des compétences;
- L'appropriation progressive de certaines thématiques par les acteurs stratégiques,
- La mise en place des outils techniques,
- Le renforcement de l'implication des collectivités locales et des communautés dans la gestion des structures sanitaires;
- L'appui apporté aux activités des systèmes de santé régionaux permettant la mise en œuvre de la politique nationale.

En sa qualité de projet d'appui institutionnel avec ancrage au niveau des régions médicales, le projet ASSRMKF n'a aucune activité propre ou spécifique. L'assistance technique du projet travaille au sein des équipes cadres de régions pour renforcer l'encadrement des ECD. Cet encadrement devrait permettre à ces dernières d'être plus fonctionnelles et d'améliorer leur efficacité sur le terrain. Epauler les ECD pour améliorer le fonctionnement, la planification et l'organisation des services sanitaires, constitue l'activité principale du projet, afin de réaliser tous les autres aspects. Les ECD planifient leurs activités et le projet s'y inscrit. Ainsi, la probabilité que les avantages recherchés et créés par le projet soient maintenus et reproduits au-delà de sa clôture est théoriquement élevée.

Toutefois, les régions médicales qui constituent le point d'ancrage institutionnel du projet ont des capacités opérationnelles limitées pour l'instant, en raison de l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel. Objectivement, les équipes régionales constituées essentiellement du personnel paramédical ne constituent guère un bon gradient de compétence par rapport aux équipes cadres de districts.

D'autres facteurs de risque déplorés sont:

- l'instabilité du personnel au niveau notamment des ECD
- l'approche 'top-down' agressive de certains programmes verticaux

1.5. COORDINATION DE L'ACTION DES BAILLEURS DE FONDS

Les interventions ASSRMKF et PAMAS complètent bien celles d'autres acteurs présents dans le secteur de la santé, notamment les agences de coopération bi- et multilatérales (USAID, EPOS, CF, STEP/BIT), les ONG nationales et internationales (World Vision, ACDEV, PROMUSAC, APROFES etc.) et les réseaux nationaux (ASUFOR, PAMECAS, FENAGIE). Ces structures interviennent essentiellement dans l'appui technique et beaucoup moins dans l'appui financier.

car vnr bloc-note

Des réunions régulières informelles entre les différents bailleurs et le MSP sont tenues trimestriellement. C'est l'OMS qui en assure la coordination et le Secrétaire Général du MSP le préside. Elles constituent un échange d'informations entre les différents intervenants dans le secteur santé et favorise une meilleure coordination des interventions.

1.6. ANALYSE DE LA SITUATION MENÉE LORS DE LA FORMULATION

Ces éléments d'analyse agrègent les éléments essentiels de l'analyse documentaire, des rencontres à Dakar et à Thies ainsi que d'un atelier participatif mené pendant 2 journées à Kaolack en cours de formulation. Les analyses SWOT qui ont été menées pour chaque région sont présentées en annexe du présent DTF.

Les POINTS FORTS

- Le PNDS (2009-2018) a pris en compte le renforcement de la couverture du risque de maladie avec un accent particulier sur les groupes vulnérables dans une vision cohérente de l'offre tant sur le plan de l'amélioration de sa qualité et de ses modes de financements (décentralisé) d'une part, et d'autre part de l'amélioration de la demande solvable (page 48 et 49)
- Des dispositifs d'assistance à certains groupe vulnérables sont mis en place depuis quelques années et s'appliquent actuellement à 8 groupes (et à davantage dans un proche avenir). Ces dispositifs leur offrent la gratuité de soins curatifs et préventifs. Un cadre de fédération, d'intégration et rationalisation des initiatives de gratuité sera mis en place (PNDS 2009-2018)
- 128 mutuelles communautaires sont opérationnelles dans tout le pays et chaque région dispose d'une Union régionale (anciennement des « coordinations »). Certaines organisations de la société civile telle que GRAIM (Terre des Hommes) à Thiès ont une expertise bien étoffée par plus de 20 années non seulement en matière de financement solidaire de la santé et en appui au développement local. Le Plan National de Couverture du Risque en Santé prévoit de passer de 20% de couverture à 50 % en 2015¹⁵
- Les IPM sont en cours de réforme
- Des expériences en matière de création de Fonds de Garantie (FRS de Matam, GRAIM, Mutuelle des élèves -ASSRMKF-, Union Régionale des Mutuelles de Dakar, initiatives de à Kaolack en matière de PEC des maladies opportunités des PVIH, et d'autres) pour les mutuelles communautaires sont en études ou en cours et constituent une base incoutournable en terme de leçons à extraire tant sur ses mandats que sur sa mise en place
- Une approche stratégique de modèle dans une perspective de reproduction au niveau national a été bien affirmée par le direction de la CAF/SP
- La CAF/SP assume bien, et avec compétence son rôle de pilote en terme d'initiatives, de suivi et de recherche en particulier son unité « Développement de l'Assurance Maladie » en concertation avec les 3 autres (« Macroéconomie et Santé¹⁵», « Appui à la Décentralisation » et Promotion du Partenariat et de la Contractualisation »). Le projet PAMAS, qui vient de démarrer au début de cette année, y est localisé, singulièrement en sa composante institutionnelle.

Les POINTS à AMELIORER

- Certaines initiatives en matière de gratuité des soins préventifs et curatifs se doivent d'être mieux administrées : des retards de règlement ont été notés (Sésame, par exemple)
- Le mode actuel de la gestion des programmes de gratuité est d'une complexité qui peut rendre problématique l'option de faire du Fonds de garantie un réceptacle pour ces programmes
- La promotion de partenariats entre les mécanismes de financement solidaire et les prestataires de soins doit être systématisée et mieux structurée. Une certaine méfiance de la part des prestataires pour contractualiser avec une mutuelle est à prendre en compte
- La professionnalisation des mutuelles et de leurs Unions Régionales doit être renforcée dans le cadre de la décentralisation, par le renforcement de leurs connaissances, la mise en place de logiciels de gestion standards, etc...Le bénévolat et le professionnalisme nécessitent d'envisager des stratégies de suivi et d'incitations
- Une harmonisation des mécanismes de mise en place doit être menée sur la base des expériences 'positives' de certaines mutuelles
- La qualité des soins préventifs et curatifs ne répond pas aux normes attendues : par exemple, rupture de stock de médicaments, réactifs et autres consommables ; mauvaise répartition des ressources humaines
- Peu de maîtrise des coûts réels des soins.

¹⁵ Cette unité a pour objet entre autre une analyse des coûts de la santé, de la tarification forfaitaire et de l'analyse des coûts unitaires

Les OPPORTUNITES

- Un projet de législation et de nouveau cadre légal et réglementaire des mutuelles est édictée au sein de l'UMOA *redite mis en place (loi d'octobre)*.
- Signature d'un décret sur les mutuelles de santé portant sur leur statut
- Une réforme globale du système d'assurance en prévoyance sociale, y inclus les soins de santé, est en cours *de la branche maladie à l'opérateur de W de santé*
- Une approche 'pilote' en matière de mise en œuvre du FG sur certaines régions avant une mise à échelle
- La cohérence de l'appui de la coopération belge dans le secteur de la santé, basé une articulation de l'offre et de la demande à travers deux projets phares : ASSRMKF et PAMAS et initiative prometteuse de l'assurance 'élèves' ...
- Le projet DECAM va s'appuyer sur des leviers assitanciels et assurantiels. Son objectif est créer une masse critique de mutuelles de santé sur la base : « une mutuelle/une collectivité locale ».

Les MENACES

- Le dysfonctionnement des programmes de gratuité sur lesquels les mutuelles de santé n'ont aucun prise
- Le dysfonctionnement de l'approvisionnement des médicaments et réactifs
- Faible motivation des prestataires dans le développement des mutuelles et de la contractualisation
- La faible sécurisation en matière de réalimentation du FG
- Le non-respect de la pyramide sanitaire en matière de références/contre-références, lié à des plateaux techniques insuffisants

2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'INTERVENTION

2.1 NATURE ET AXES DE L'INTERVENTION

L'idée maîtresse d'un mécanisme de garantie est d'établir une confiance durable dans les relations financières entre prestataires de soins-mutuelles de santé (et leurs adhérents) et les organismes subsidiaires (ministère de la santé-programmes nationaux,...).

La mise en place de Fonds de garantie s'inscrit dans le cadre global des politiques de gratuité initiées par le Ministère de la Santé et de la Prévention pour faciliter l'accès aux soins de santé des groupes vulnérables.

Ces différents programmes de 'gratuité', qui facilitent l'accès aux soins par une solvabilisation de la demande, permettent également une amélioration de la santé financière des structures de santé de l'Etat. Mais ils concernent une proportion relativement faible de la population non solvable. L'intervention du Fonds de garantie avec un mode de gestion innovant permettrait d'étendre la couverture du risque maladie de groupes vulnérables plus importants dans la zone du projet.

Ce projet pourra jouer ainsi le rôle de positionner les mutuelles comme intermédiaire pour les soins remboursables par l'Etat et favoriser l'inscription 'subventionnée' des femmes, enfants, personnes âgées et autres groupes-cibles qui feraient par la suite l'objet d'une subvention spéciale. Ce système permettrait d'une part aux structures prestataires d'être remboursées plus rapidement, de préférence sur une base forfaitaire et d'autre part à l'Etat d'avoir de meilleures garanties contre la surfacturation.

Le caractère novateur du financement de la 'demande solvable' va pouvoir :

- Jouer sur la qualité des soins, en créant ce que l'on pourrait appeler un 'contre pouvoir' des mutuelles d'usagers ;
- Améliorer l'utilisation des services par l'accès financier subventionné pour les groupes démunis et vulnérables ;
- Assainir le système de santé en intéressant financièrement le personnel à la prestation de soins.

Deux axes d'interventions sont proposés :

- le premier qui correspond aux deux premiers résultats qui peuvent être menés concomitamment : (i) définition du design et des modes de fonctionnement du FG et (ii) définir les mécanismes d'extension des paquets de soins et des 'gros' risques
- le deuxième est simplement la mise en place du FG, sur la base de ce que les deux premiers résultats ont obtenus.

2.2 LES BÉNÉFICIAIRES DE L'INTERVENTION

Les bénéficiaires directs

- Les mutuelles présentes et futures et les mutuelistes des 4 Régions
- Les services de santé des 4 Régions
- Les groupes vulnérables et indigents

Les bénéficiaires indirects

- La CAF/SP du MSP qui en assure la coordination
- Les Ministères des Finances, de la Femme et du Développement Social, du Travail, de l'Emploi et des Organisations Professionnelles et de l'Education
- La population du Sénégal par sa mise à échelle à terme

2.3 LOCALISATION DE L'INTERVENTION

A la CAF/SP et les 4 Régions pour les Sous Fonds de Garantie (SFG) piloté par la CAF/SP et coordonnés par les Conseil d'Administration des SFG.

Devers

3. PLANIFICATION OPERATIONNELLE

L'approche de cette intervention est de l'opérationnaliser en tant que **composante d'une seule et même intervention** : le PAMAS, aussi bien sur ces éléments opérationnels que sur les modalités d'exécution.

3.1. Sur le plan des défis stratégiques

Deux problèmes sont à prendre principalement en compte dans la mise oeuvre de la présente intervention:

1. Une faible viabilité fonctionnelle des Mutuelles de Santé et des URMS dans la zone de concentration

De façon empirique, il est admis qu'un mécanisme de financement de garantie ne peut être développé que dans des mutuelles de grande envergure avec une forte viabilité fonctionnelle, institutionnelle, économique et financière. Or, très peu de mutuelles dans la zone de concentration, même au niveau national, remplissent ce critère. L'option de travailler dans le sens d'une professionnalisation des mutuelles regroupées en réseaux ou en unions constitue, dans ce cadre, la meilleure alternative pour sécuriser le fonds et le rendre plus efficace. Cela va permettre de circonscrire le risque de travailler avec de petites structures dont la viabilité n'est toujours pas garantie.

Deux options complémentaires sont envisagées :

- Faire des Unions Régionales des MS la porte d'entrée naturelle du Fonds (des comptes de transit sont ouverts au niveau des Unions et mouvementé par un compte central géré par la CAF/SP) mais avec un dispositif de renforcement de leurs capacités à travers l'axe 2 du PAMAS ;
- Mettre en place une coordination technique régionale appuyée par un opérateur de gestion des Sous Fonds de Garantie (ONG, SFD, etc.) qui servira d'interface entre les organismes subsidiant, les MS et les prestataires de soins.

Quelque soit l'option retenue, il est important de travailler avec l'existant c'est-à-dire de partir des Unions comme porte d'entrée institutionnelle du Fonds avec un accompagnement technique à travers l'axe 2 du PAMAS. Cela semble plus pertinent, d'autant qu'un processus de professionnalisation de ~~leurs~~ est en cours. Dans ce cadre, le Fonds de garantie sera positionné comme une initiative pilote qui devra donc rompre avec une logique d'extension quantitative des mutuelles et privilégier un renforcement qualitatif.

Un accent particulier sera mis sur les aspects de contractualisation aux deux niveaux suivants, dans les 4 Régions :

- Entre les MS et les services de santé de leur zone de couverture
- Entre l'URMS, le Sous Fonds de garantie et les services de santé du niveau régional.

2. Une insuffisante coordination entre toutes les initiatives au niveau national en matière de financement de garantie et de subventionnement

Les initiatives de promouvoir l'accessibilité financière aux soins par les groupes vulnérables ou les populations démunies et vulnérables à travers des mécanismes de garantie et de subventionnement sont peu coordonnées. Les préalables conceptuels et méthodologiques de mise en place de ces mécanismes sont souvent variés et donnent lieu à des interprétations différentes. Souvent même les objectifs poursuivis ainsi que les cibles ne sont pas homogènes. La mise en oeuvre du projet devra tenir compte de cette situation en intégrant dans son dispositif de démarrage un processus systématique de capitalisation des initiatives existantes. L'objectif est de fonder l'intervention sur des critères d'avantages comparatifs avec une réelle valeur ajoutée par rapport aux mécanismes existants.

D'autre part comme spécifié dans l'analyse de situation il faut souligner que la performance attendue des programmes de gratuité et de subventionnement est assez inégale.

3.2. Eléments clés de la planification opérationnelle.

Ces éléments clés prenant en compte ces défis ainsi que les résultats de l'analyse situationnelle, sont :

- La CAF/SP assure le pilotage de la mise en œuvre du FG et le compte principal du FG y est localisé ;
- Quatre Sous Fonds de garantie (SFG) Régionaux seront progressivement mis en place. Le comité technique inter-régional du PAMAS chargé d'examiner les plans d'action trimestriels des MS prendra en compte celui des Sous Fonds de Garantie. Chaque région s'appuyera sur un Comité Régional SFG à mettre en place dans chacune des 4 régions, avec pour rôle essentiel : la bonne coordination entre tous les acteurs et intervenants y inclus les collectivités territoriales ;
- Un processus de capitalisation des initiatives existantes fait partie du processus de démarrage ;
- Faire des URMS la porte d'entrée naturelle du SFG en les renforçant, par une contractualisation avec des organismes de gestion pour la gestion quotidienne des SFG au sein duquel deux membres de l'URMS bénéficieront d'un transfert de compétences ;
- les moyens généraux budgétisés sur la base suivante : ceux qui seront mobilisés en cogestion et en régie pour obtenir les deux premiers résultats et ceux qui, dans le cadre de la mise en place du FG et des SFG, continueront la part d'investissement à prévoir pour le fonctionnement du FG mais pas la part de coûts récurrents.

Cohérence
avec
PAMAS
2

3.3. Les fonctions clés du Fonds de garantie

Les trois principales fonctions d'un FG sont : la co-assurance, la ré-assurance et le développement de l'équité/solidarité. Elles feront l'objet, dans le cadre du PAMAS, d'établissement de données de base. Les indicateurs de la présente intervention seront définis sur la base de ces fonctions.

Il importe de préciser que la mise en œuvre de chaque fonction dépendra de la capacité organisationnelle des URMS.

Elles sont décrites ci dessous :

○ La co-assurance :

Ce mécanisme interne aux systèmes fédéralistes (Unions) permettant aux mutuelles membres de couvrir des risques plus importants et rendre les mutuelles plus attractives.

Il s'agit du partage d'un même risque entre les mutuelles adhérentes aux fonds de co-assurance entre l'union et un organisme d'appui (prestations subventionnées).

Comme sources de financement, il y a les contributions des mutuelles calculées sur le montant global des cotisations, des prestations ou le nombre de bénéficiaires éventuellement avec subvention d'un organisme d'appui au démarrage.

Il y a un préalable à cette fonction de co-assurance : celui d'une harmonisation des cotisations et du niveau de la couverture des prestations.

Le Fonds est géré par les organes de la structure faîtière avec la participation des bailleurs en cas de subvention.

La co-assurance peut permettre le choix au bénéficiaire entre plusieurs prestataires (convention cadre) et facilite la gestion centralisée de certaines prestations.

o La ré-assurance :

Elle est un mécanisme de **prévention de crises financières en cas de sinistre inhabituel** (accident grave, hospitalisation de longue durée, épidémie) à travers la souscription par la mutuelle d'un contrat d'assurance auprès d'une autre structure d'assurance (=assurance de l'assureur). Le ré-assureur peut être, soit une assurance commerciale, soit un fonds de réassurance mise en place par l'Etat ou un organisme d'appui, soit un fonds de garantie et de réassurance géré par une structure faîtière, comme dans le cas de cette intervention.

Ce partage de risque entre la mutuelle et un ré-assureur permet à la mutuelle :

- De réduire son engagement net sur des risques individuels en le couvrant au-delà d'un certain montant (franchise)
- De couvrir des risques plus importants ou à potentiel épidémique ce qui ne serait pas possible sans une augmentation concomitante de ses fonds propres.

Le ré-assureur met à la disposition de la mutuelle des liquidités importantes en cas de sinistre inhabituel. La ré-assurance ne décharge cependant pas la mutuelle de ses engagements face aux assurés.

Les sources de financement en cette matière peuvent être :

- Contribution semestrielle ou annuelle calculée sur les cotisations ou les prestations
- Subvention par un organisme d'appui, l'Etat et les collectivités locales

o Le développement de l'équité/solidarité :

L'équité est le principe qui conduit à corriger des **inégalités que subissent des personnes ou des groupes défavorisés**. Ce concept, sur le plan social, ne correspond pas à l'égalité au sens strict. Le développement c'est édifier des "justes mesures" ou un "équilibre" permettant de rendre acceptable une forme d'inégalité lorsque l'égalité ne serait pas acceptable.

Ainsi faire bénéficier les personnes les plus démunies d'une couverture 'assurance maladie' est une des fonctions majeures d'un FG. Des mécanismes de solidarité permettant de prendre en compte ce défi seront définis sur la base d'une capitalisation des expériences en cours et mis en place.

Les sources de financement dans le cadre de cette solidarité sont des subventions qui peuvent être fournies par :

- L'Etat
- Des bailleurs de fonds
- Les collectivités locales
- Certaines ONG à travers le parrainage.

Ces fonctions ont pour but essentiel d'avoir un impact sur l'accès aux soins en particulier pour les plus démunis et les plus vulnérables (femmes et enfants) autant que sur la qualité de l'offre par l'incitation à un recours le plus précoce possible.

Lors de la formulation, ces fonctions clés ont été débattues entre les acteurs de terrain des zones de concentration et du niveau central. Même si les missions précises du FG qui vont les décliner seront définies en début d'intervention, il est ressorti de ces échanges le consensus suivant sur ces missions principales:

- Appui aux mutuelles en difficulté;
- Prise en charge des risques lourds ;
- Prise en charge des groupes vulnérables et démunis qui ne bénéficient pas des programmes de gratuité (voir remarque Ch 1.3).

3.1 OBJECTIFS DE L'INTERVENTION

Objectif général

L'accessibilité financière des populations aux soins de santé et la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé est améliorée dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine

L'intitulé de l'objectif général est celui du dossier d'identification du projet.

Objectif spécifique

Des mécanismes de garantie permettent aux mutuelles de santé de contribuer à la prise en charge des démunis et des groupes vulnérables en collaboration avec l'Etat et les collectivités locales dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine, de manière à contribuer à couvrir les soins préventifs et curatifs au niveau primaire et dans les structures de référence (CS, hôpitaux régionaux)

L'intitulé de l'objectif spécifique est celui du dossier d'identification du projet.

3.2 RÉSULTATS ATTENDUS ET ACTIVITÉS À METTRE EN OEUVRE

Ces résultats et activités sont directement liés aux constats émanant de l'analyse de situation présentée dans le présent document, aux recommandations des évaluations observées dans le cadre de l'analyse documentaire citées dans le présent document, ainsi qu'aux politiques et stratégies nationales en matière de micro-assurance, micro-finance que le présent projet se propose d'appliquer.

Les éléments descriptifs et stratégiques des résultats et des activités sont présentés dans ce chapitre. Les activités et sous-activités essentielles sont présentés dans le cadre logique (en annexe). Les moyens nécessaires à leur accomplissement seront détaillés dans le tableau du budget et leur planification figurera dans le chronogramme.

Les trois résultats présentés ci dessous contribuent à atteindre les objectifs.

Résultat 1 : Les mécanismes de mise en place, de gestion et de pérennisation du Fonds de garantie sont définis

Ce résultat va permettre (i) de capitaliser les 'savoir' extraits d'expériences menées au Sénégal en matière de mécanismes de garantie pour les mutuelles existantes, (ii) apprécier tous les éléments politiques, juridiques, administratifs et techniques de la création d'un Fonds de garantie et ses structures décentralisées dans les 4 Régions cibles et (iii) d'en définir les investissements humains, techniques, matériels et financiers ainsi que le mode de fonctionnement, de suivi et de perrénisation et (iv) de mettre en place un processus de recherche action.

Le profil du FG est pour l'essentiel tel que proposé lors de la formulation est le suivant :

- Il s'agit d'un Fonds commun aux mutuelles de santé, alimenté par elles-mêmes et /ou par d'autres sources de financement et devant permettre de prendre en charge des situations (charges, risques etc.) auxquelles les mutuelles ne peuvent faire face individuellement, de façon isolée) ;
- Son statut s'aligne sur un Fonds ~~public~~ avec mandat de gestion ~~privée~~ avec les 3 missions suivantes :

multi-cibles *autonome*
multi-cibles *4*

A approuver par les 4 parties

- 1) prise en charge ^{des} ~~les~~ risques lourds ~~liés aux innovations par les mutuelles~~
- 2) appui aux mutuelles en difficultés sous forme de prêts avec possibilité de contractualisation avec SFD
- 3) prise en charge des groupes vulnérables et personnes démunies (suventionnement) qui ne bénéficient pas des programmes de gratuité.

Trois activités permettront d'obtenir ce résultat. Elles sont présentées dans le cadre logique.

Activité 1.1 Mener un exercice de capitalisation des expériences nationales en matière de mise en place de mécanismes de garantie des mutuelles communautaires

La capitalisation permettra d'orienter le présent projet sur la base des réussites ou d'échecs des initiatives menées en matière de mise en place de mécanismes de garantie des mutuelles communautaires et d'identifier un cahier des charges consuel de mise en place du FG.

Quatre sous activités sont prévues :

- Effectuer une étude dont l'objet est double: (i) de capitaliser toutes les expériences, les éventuels facteurs de réussite et d'échec des mécanismes actuels de garantie et (ii) d'identifier les éléments politiques, juridiques et techniques qui en constituent l'environnement. Cette étude sera menée en contractualisant avec une expertise nationale ou régionale extérieure au MSP. La sélection sera faite par un comité ad hoc, celle du PAMAS (1 et 2) et du PAMIF, sur la base de TDR proposés par l'équipe d'exécution de la présente intervention par l'équipe d'exécution de la présente intervention. Une démarche d'appel d'offre conforme aux procédures nationales sera menée. Le budget a été calculé sur la base de 2/homme/mois;
- Exécuter l'étude et la suivre ;
- Valider les résultats avec toutes les parties prenantes ;
- Identifier le cahier des charges de la mise en place du FG (voir activité 1.2.).

1H/mois étude PAM

FG - des d'autre domaines

Le résultat de l'étude sera utilisé pour le cadre logique

Montant affecté à cette activité : XXXXXXXXXXXX

Activité 1.2 Définir les investissements et le mode de fonctionnement du mécanisme de garantie

Cette activité a pour objet de définir les dispositifs de fonctionnement et les investissements à prévoir sur les plans financiers, matériels et humains.

Trois sous activités sont prévues, sur la base des résultats de la première activité:

- Sur la base du cahier des charges du FG (voir activité 1.1), recourir à une expertise nationale pour définir les statuts, les mandats, l'architecture, le mode de fonctionnement et de gestion, les investissements nécessaires et celui de sa réalimentation. La sélection de cette expertise sera faite par un comité ad hoc proposé par l'équipe d'exécution de la présente intervention, de celle du PAMAS (1 et 2) et de celle du PAMIF. Une démarche d'appel d'offre conforme aux procédures nationales sera menée. Le budget a été calculé sur la base de 2/hommes/mois;
- Valider les résultats de cette expertise avec toutes les parties prenantes ;
- Etablir un plan de mise en œuvre de ce mécanisme y inclus son suivi/évaluation.

Montant affecté à cette activité : XXXXXXXXXXXX

Activité 1.3 Mettre en place un processus de recherche action

Cette activité prend en compte l'approche, énoncée par la CAF/SP, d'une phase de modélisation de ce type de mécanisme de garantie, en vue d'une mise à échelle sur l'ensemble du pays. Elle sera insérée dans le

chronogramme de l'intervention dès que le contexte juridique et opérationnel du FG sera défini et après avoir convenu des hypothèses de travail.

Cinq sous activités sont prévues, sur la base des résultats de l'activité précédente:

- Un protocole de recherche action, y inclus son budget, est établi en concertation avec un centre d'excellence national en matière de solvabilité de la demande en santé ;
- Valider ce protocole avec toutes les parties prenantes ;
- Etablir un plan d'action ;
- Le mettre en œuvre et le suivre;
- Valider la production de la recherche action lors d'un atelier.

Montant affecté à cette activité : XXXXXXXXXXXX

Résultat 2 : Des mécanismes d'extension des paquets de soins et de mise en commun des gros risques par les mutuelles de santé sont renforcés

Ce résultat est en partie pris en compte par le PAMAS (1 et 2). Il va permettre d'identifier (i) les paquets de soins éligibles sur la base de leurs coûts unitaires et leurs incidences, (ii) les groupes cibles prioritaires dans les 4 Régions cibles et (iii) les mécanismes acceptables, performants et durables de mise en commun de ces paquets par les mutuelles et les URMS.

Trois activités permettront d'obtenir ce résultat. Elles sont présentées dans le cadre logique.

Activité 2.1 Identifier des paquets de soins éligibles

Une analyse rigoureuse et pointue des paquets de soins éligibles et de leurs coûts unitaires est une activité cruciale à mener, dans le cadre de la contractualisation avec les prestataires. Pour ce faire, le recours à une expertise nationale, mobilisée en conformité avec les procédures en vigueur, sera effectué.

Trois sous activités sont prévues:

- Une étude sera menée par une expertise nationale. La sélection de cette expertise sera faite par un comité ad hoc proposé par l'équipe d'exécution de la présente intervention, celle du PAMAS (1 et 2), sur la base de TDR proposés par l'équipe d'exécution de la présente intervention. La sélection de l'expert sera faite par un comité ad hoc proposé par l'équipe d'exécution de la présente intervention, de celle du PAMAS (1 et 2). Il sera procédé à un appel d'offre conformément aux procédures nationales. Le budget a été calculé sur la base de 3/hommes/mois;
- Mener l'étude d'identification, en tenant compte des coûts unitaires calculés sur les 4 Régions. Les uniformiser pour l'ensemble des Régions ;
- Valider les résultats sous le leadership de la CAF/SP.

Montant affecté à cette activité : XXXXXXXXXXXX

Activité 2.2 Identifier les groupes cibles prioritaires : les populations vulnérables et indigentes

Cette activité permettra d'identifier les groupes cibles prioritaires dans toutes les Régions, en concertation avec les Ministères de de l'Economie et des Finances, celui de la Femme et du Développement Social et celui de l'Education. Elle permettra ainsi d'estimer les part de subventionnement à inclure dans le FG.

Deux sous activités sont prévues:

- Effectuer un état des lieux sur les dénominateurs de ces cibles, dans les 4 Régions. L'ATN menera ce travail en collaboration de responsables régionaux des Ministères impliqués

(comme la direction des statistiques, des CT, ... voir ci-dessus) et les partenaires actifs en ce domaine ;

- Effectuer un état des lieux sur la prise en charge des groupes vulnérables et indigents dans les 4 Régions lors de la dernière année. Les informations seront acquises auprès des différents programmes ciblés sur les personnes vulnérables, ceux du Fonds d'indigence et ceux impliqués dans le « cash transfert ». Ce travail sera mené par la même équipe que pour la première sous activité.

Activité 2.3 Identifier les mécanismes de mise en commun de ces paquets

Cette activité permettra de définir les mécanismes de mise en commun des paquets identifiés à prendre en charge au niveau du FG lors de l'activité 1.2.1.

Trois sous activités sont prévues:

- Etablir des TDR et diffuser un appel d'offre conforme aux procédures nationales pour la mobilisation de cette expertise d'une durée estimée à un mois ;
- Mener cette étude ;
- Valider les résultats sous le leadership de la CAF/SP.

Montant affecté à cette activité : XXXXXXXXXXXX

Résultat 3 : Le Fonds de garantie piloté par la CAF/SP est mis en place, et est fonctionnel

Ce résultat constitue la suite logique des 2 premiers résultats : la mise en place d'un FG durable, permettre à la CAF/SP de mener ses supervisions et le suivi/évaluation. Le Comité Technique du PAMAS en assumera la coordination administrative et les 4 organes de gestion seront identifiés et mis en place.

Trois activités permettront d'obtenir ce résultat. Elles sont présentées dans le cadre logique.

Activité 3.1 Acquérir les équipements et véhicules pour le fonctionnement du FG

Cette activité permettra d'identifier et d'acquérir les intrants en terme d'investissement pour le fonctionnement du FG au niveau central et des SFG dans les 4 Régions, dès qu'ils seront inventoriés (voir chronogramme).

Trois sous activités sont prévues:

- Identifier avec les responsables de la CAF/SP et des URMS les besoins en matériels et équipements : véhicule, matériel en bureautique et informatique, en communication et équipement mobilier, ... ;
- Établir un appel d'offre conforme aux procédures nationales ;
- Les installer, définir une stratégie de maintenance et la financer.

Montant affecté à cette activité : XXXXXXXXXXXX

Pour l'objectif spécifique de la présente intervention « La demande de soins est mieux structurée dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine », et les acteurs clés au niveau macro, méso et micro renforcés., les indicateurs proposés suivants dans les PAMAS (1 et 2) sont maintenus :

- L'existence et fonctionnalité des structures mutualistes et cadres de concertation aux différents niveaux ;
- La couverture assurance santé (quantitatif et qualitatif) de la population dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine ;
- La satisfaction des usagers et des prestataires par rapport au mouvement mutualistes et à l'administration sanitaire.

Indicateurs plus singuliers

Pour les indicateurs du résultat 1 :

xxxxxxxxxxxx

Pour les indicateurs du résultat 2 :

xxxxxxxxxxxx

Pour les indicateurs du résultat 3 :

xxxxxxxxxxxx

3.4 LES ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE

Les principaux intervenants de cette intervention sont :

- La CAF/SP au niveau central ;
- Les quatre Régions Médicales au niveau décentralisé. Ils sont particulièrement en charge de la mise en œuvre, conjointement avec les institutions mutualistes;
- L'ensemble des cadres des différentes unités de la CAF/SP seront les premiers bénéficiaires directs de l'expertise technique nationale en bonne cohérence et complémentarité du PAMAS actuellement en activité;
- Les institutions mutualistes : les unions régionales de mutuelles, les mutuelles et leurs membres dont ils sont les représentants, sont les bénéficiaires directs du projet. Ce type d'acteur est le seul qui soit fortement redevable envers la demande, et davantage qu'envers les autorités sanitaires¹⁶.

A titre de rappel, les principaux partenaires intervenants dans ce domaine dans le cadre du PSDMS¹⁷ sont :

- Les agences de coopération bi- et multilatérales comme : EPOS de la coopération allemande, PHRplus (USAID), la Coopération française, BIT/STEP, LUX Development, l'OMS, la BM, ...;
- Les ONG nationales et internationales comme: PROMUSAF, ENDA Graf, ACDEV, World Vision, GRAIM, PACTE, APROFES, SOLSOC ;
- Les réseaux nationaux comme FENAGIE, etc...

¹⁶ Pour peu que l'on s'accorde sur le fait que la CAFSP n'a pas d'autorité hiérarchique sur les mutuelles, malgré son rôle de tutelle

¹⁷ Voir 1.5 de la présente intervention, en ce qui concerne la bonne coordination thématique et géographique

4. LES RESSOURCES

4.1. Ressources financières

4.1.1 La contribution belge

Toutes les ressources nécessaires ont été calculées dans l'élaboration du budget. Il s'élève à un montant total de un million cinq cents mille euros (1.500.000 €). Des tableaux récapitulatifs du budget global et par rubrique sont présentés ci-dessous.

Au final, le budget final se répartit en XX % de ressources humaines (incluant la formation des acteurs et les expertises nationales mises à leur disposition) ; XX % de support au fonctionnement, information et lancement de pilotes ; et XX % d'investissement. Voir tableau ci dessous.

4.1.2 La contrepartie sénégalaise

La contrepartie sénégalaise consiste à :

1. Affecter un bureau pour le CTN et le RAF à la CAF/SP;
2. Mettre un/une secrétaire à la disposition de l'équipe d'exécution de projet ;
3. Une part du salaire des homologues et responsables à tous les niveaux.

Valorisation de cette contrepartie

Tableau n°

Rubriques	Nbre	Mois	Montant € pour 3 ans	Montant FCA pour 3 ans
Bureau CTN à la CAF/SP				
Véhicule CAF/SP				
Responsables de la CAF/SP et dans les Régions				
Total				

4.1.3 Autres ressources

Le renforcement des acteurs clés à tous les niveaux devrait se traduire entre autre en capacité accrue pour la mobilisation de ressources supplémentaires auprès de l'Etat, d'autres partenaires et des ONGs en faveur des institutions mutualistes, ainsi que pour la réalimentation du FG. Les fonds dont disposent les collectivités locales pour l'assistance sociale et l'appui aux structures de la société civile contribueront également à la pérennisation de l'intervention.

4.2. Ressources humaines

4.2.1. Conseiller technique national

avec une compétence équivalente

L'expertise avec profil national sera apportée sous forme d'un Conseiller Technique National (CTN) de haut niveau, ~~économiste de la santé~~, et ayant une large expérience à l'international de manière à pouvoir apporter une valeur ajoutée durant les 3 années d'intervention. Il aura également des compétences en Santé Publique, autant que les aspects de management et de *team building*. Il dépendra sur le plan administratif de la représentation de la CTB au Sénégal et sur le plan technique de l'UGP du PAMAS.

Il sera ancré institutionnellement au niveau de la CAF/SP à Dakar et ses principales tâches seront les suivantes :

- En contact régulier et planifié avec les 4 Régions Médicales (RM) les DRS qui les couvrent, il est responsable de l'atteinte des 3 résultats par tous les intervenants;
- Il assure le secrétariat du SMCL du PAMAS sur toute matière afférente au développement et du fonctionnement du FG ;
- Il organise et supervise le travail du comptable de l'intervention (le RAF) et en assume la responsabilité ;
- Il assume, sous la supervision de l'ATI du PAMAS, la coordination des intervenants entre autre les URMS et les organes de gestion régionaux ;
- Il établira les TDR des expertises ponctuelles (voir ci-dessous) conformément aux procédures sénégalaises et en assure le suivi jusqu'à la validation des résultats ;
- Il est responsable de la documentation du processus dans une optique de réplique/extension.

4.2.2. Expertises externes ponctuelles et ciblées

En fonction des besoins identifiés en cours d'intervention par les services et structures appuyées, l'intervention prévoit un recours à un organisme ou institution nationale ou internationale un appui technique et/ou scientifique ponctuel ciblé.

A lister

4.2.3. Le responsable administratif et financier

Un responsable administratif et financier (RAF) sera recruté sur le budget de la présente intervention. La description de son profil se fera conformément aux procédures en vigueur à la CTB. Le MSP donnera son agrément lors de sa sélection. Il bénéficiera dès son affectation d'une formation aux procédures de gestion administrative et financière en vigueur à la CTB. Il sera intégralement financé et inscrit au budget de l'intervention. Il sera placé sous l'autorité directe de l'équipe d'exécution de l'intervention.

Durant la durée de l'intervention, il sera utilisé à temps plein pour la gestion administrative et financière de l'intervention et du FG, quand il sera fonctionnel. Il s'engagera à respecter scrupuleusement les procédures et règlements en vigueur à la CTB en ce qui concerne la gestion du projet. Sa responsabilité vis à vis du FG est détaillée dans les annexes au présent DTF. Elle a 2 axes principaux: (i) une assistance technique financière à la mise en place du FG (la première année de la présente intervention), d'une part, et (ii) à son fonctionnement quand il sera opérationnel, d'autre part.

Il sera basé à la CAF/SP, mais se déplacera très fréquemment dans les quatre régions en fonction des besoins du projet.

4.2.4. Le/la secrétaire

Il/elle sera chargé(e) d'assurer le secrétariat et la logistique pour le CTN. Il/elle assurera également la fonction de caissier(ère).

Il/elle sera détaché(e) de la fonction publique sénégalaise et bénéficiera d'une prime à charge du budget de l'intervention.

4.2.5. Le chauffeur

Un chauffeur sera recruté sur le budget de l'intervention selon les procédures de la CTB et affecté au véhicule de service.

4.2.6. Le sous responsable délégué de la CAFSP

Le coordonnateur de la CAF/SP sera le ou la responsable du projet (voir Ch 5 : modalités) et assume avec l'ATTI la direction de l'intervention, qui sera ainsi bien intégrée opérationnellement dans le PAMAS. Il délègue à son coordinateur adjoint ou à toute autre responsable au sein de la CAF/SP, la fonction de « sous responsable délégué » de l'exécution de la présente intervention.

Pour rappel, le coordinateur de la CAF/SP bénéficie déjà d'une indemnité payée par la CTB sur toute la durée de l'intervention PAMAS.

Les TDR du sous responsable délégué sont annexés au présent DTF. Il ou elle bénéficie d'une indemnité, à l'instar du coordinateur de la CAF/SP, pendant toute la durée de l'intervention.

4.3. Ressources matérielles

Le tableau ci-dessus regroupe les lignes budgétaires relatives aux ressources matérielles. Elles représentent moins de % du budget total.

Le type de ressources

5. MODALITES D'EXECUTION

5.1. CADRE LÉGAL ET RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES

Pour la partie belge, la Direction générale de la Coopération au développement (DGCD) 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 du projet 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.

Pour la Partie sénégalaise, c'est le MSP qui est l'entité responsable et qui à ce titre est le maître d'ouvrage. Comme pour les autres projets de coopération bilatérale directe entre le Sénégal et le Royaume de Belgique, l'ordonnateur de la prestation est le Directeur de la Direction de la Dette et de l'Investissement auprès du Ministère de l'Economie et des Finances.

La Convention Spécifique du projet entre la République de Sénégal et le Royaume de Belgique fixe les modalités légales d'exécution, à savoir :

- Les responsabilités de chaque Partie ;
- Les obligations de chaque Partie ;
- Le coût du projet et la contribution financière de chaque Partie ;
- Les organes de gestion du projet (leur rôle, attributions, 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, le projet peut démarrer.

5.2. RESPONSABILITE TECHNIQUE

La responsabilité du projet est assurée par l'Unité de Gestion de Projet (UGP) du PAMAS (SEN 0701911). Pour rappel cette unité est composée d'une direction de projet et d'un responsable administratif et financier. Elle est responsable de l'atteinte de l'objectif spécifique et général et de l'obtention des 3 résultats. Elle est ancrée et logée au niveau de la CAF/SP

Dans le cadre de cette intervention le ou la Coordinateur délègue au sous responsable délégué la responsabilité partagée avec un CTN. Le CTN est intégré sur le plan technique dans l'équipe d'assistance technique PAMAS de la partie belge est responsable de la mise en œuvre de l'ensemble des actions figurant dans le cadre logique. Une logistique/bureautique adéquate leur est fournie sur le budget de la présente intervention.

L'UGP est donc tenu de rendre compte de l'exécution de la présente intervention à la Structure Mixte de Concertation Locale selon un calendrier de réunions arrêté et veilleront au bon déroulement de l'appui scientifique du PAMAS et celui des expertises perlées, prévues dans la présente intervention, pour lesquelles des appels à consultation externe seront effectués. Ils veilleront également à remplir au mieux les différentes tâches décrites dans le cahier de charge du présent DTF.

La *sous-responsabilité (déléguée)* évoquée ci-dessus se présente telle que ci-dessous :

- Planifier les activités et les dépenses, en ce compris la consolidation des planifications proposées par les responsables et organes régionaux de gestion ;
- Etre responsables pour toute décision technique concernant l'intervention ;
- Viser conjointement chaque document officiel se rapportant à l'exécution de celui-ci, notamment ceux ayant trait aux procédures de marchés publics ;
- Avoir accès à tout document administratif, financier ou technique concernant les apports, tant sénégalais que belges ;
- Etre responsables pour la gestion administrative et financière de l'intervention, ensemble avec le RAF ;
- Etre conviés à participer à toute réunion relative à l'exécution du projet et organisée par les structures de tutelle afin d'émettre un avis quant aux sujets traités ;
- Etre membres du secrétariat de la Structure Mixte de Concertation Locale ;

- Participer aux Comités Techniques du PAMAS - SEN07 019 11.

5.3. STRUCTURES D'EXÉCUTION ET DE SUIVI

Pour assurer le suivi du projet et pour que les partenaires soient toujours au courant des développements au sein du projet, une Structure Mixte de Concertation Locale du PAMAS actuel incorpore la présente intervention. Ses attributions, sa composition et son fonctionnement sont présentés ici pour mémoire.

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 :

- 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 du projet et une présentation par les responsables du projet ;
- S'assure que l'intervention progresse conformément au plan d'avancement des activités et au plan d'exécution du budget ;
- S'assure que l'intervention s'inscrit toujours dans la ligne de la politique nationale de santé et d'action sociale du Sénégal ;
- Évalue les problèmes de gestion des ressources (humaines, financières et/ou matérielles) dans le cadre de l'exécution du projet 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 10% du montant prévu pour un résultat ;
- Approuve le rapport final du projet ;
- Décide sur les propositions de prolongation de l'intervention ou des contrats.

Composition

La SMCL du PAMAS 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 Responsable de la CAS/PNDS ;
- Le Directeur de la Coopération Economique et Financière auprès du Ministère de l'Economie et des Finances ;
- Le directeur de la Direction Microfinance ;
- Un représentant du ministère chargé de la décentralisation et des collectivités locales ;
- Ou de leurs délégués respectifs.

Les sous responsables délégués de ce projet assure le secrétariat sur l'examen de la présente intervention.

La SMCL invitera, en qualité d'observateur ou d'expert, permanent ou à la demande, toute personne susceptible d'apporter une contribution au projet, comme des représentants des Ministères suivants : de la Femme et du Développement Social, du Travail, de l'Emploi et des Organisations Professionnelles et de l'Education ainsi que les sous responsables de la présente intervention.

Fonctionnement

La SMCL :

- Etablit son règlement d'ordre intérieur dans le respect des autres dispositions de la Convention Spécifique ;
- Est convoquée et présidée par son Président ou son délégué ;
- Se réunit ordinairement chaque semestre sur invitation de son président et de façon extraordinaire selon des dispositions à prendre lors de l'établissement de son règlement d'ordre intérieur ;

- Prend ses décisions selon la règle du consensus ;
- Se réunit pour la première fois au plus tard trois mois après la signature de la Convention Spécifique. Elle tient également une réunion au plus tard trois mois avant la fin des activités du projet afin d'examiner la proposition de rapport final rédigé selon les normes de la CTB.

Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal, approuvé par tous les membres présents, et signé par le Président et le rapporteur.

5.3.3. Comité Technique

Dès le démarrage de la présente intervention, l'équipe d'exécution en concertation avec la direction du PAMAS impulsera sur le terrain une session de planification avec le comité technique inter-régional avec les acteurs. A titre de rappel voici les caractéristiques de ce comité.

Attributions

Le Comité Technique du PAMAS - SEN 07 019 11 appuie et prépare les décisions techniques à prendre par l'équipe d'exécution de l'intervention. Il donne des orientations sur les choix stratégiques à opérer pour assurer l'atteinte des trois résultats attendus et examine les plans d'actions trimestriels des activités de terrain.

Ces réunions de concertation technique permettent de préparer les décisions à soumettre à la SMCL. Le cas échéant, ce mécanisme pourra être revu et/ou adapté à l'occasion de l'Evaluation à mi-parcours du sous programme ».

A titre d'exemple : c'est ce comité qui sera chargé de mettre en place les comités techniques régionaux de chaque sous fonds(SFG), dès que le FG sera conçu sur le plan structurel et fonctionnel (Voir R1).

Composition

Le Comité Technique est composé des membres suivants :

- Les Responsables (qui assure la présidence du comité) et les responsables des deux interventions ;
- Le Médecin Chef de la Région Médicale de Kaolack ;
- Le Médecin Chef de la Région Médicale de Fatick ;
- Le Médecin Chef de la Région Médicale de Diourbel ;
- Le Médecin Chef de la Région Médicale de Kaffrine;
- Des représentants des URMS et des organisations mutualistes ;
- Des représentants de la société civile ;
- Des représentants de l'USABA (Union de solidarité des ASUFOR du Bassin Arachidier) ;
- Les projets de la coopération bilatérale belgo-sénégalais avec lesquels le PAMAS (SEN 07 019 11 et 08 022 11) a des synergies, notamment les projets ARSSMKF, PAMIF ou PARPEBA/PEPAM ;
- Les Assistants Techniques du PAMAS y inclus le CTN de la présente intervention assurent conjointement le secrétariat des sessions du Comité.

Ce Comité Technique peut inviter, en qualité d'observateur ou d'expert, permanent ou à la demande, toute personne susceptible d'apporter une contribution, comme des représentants des Collectivités Territoriales, et en permanence.

Organisation des réunions

Le Comité Technique se réunit trimestriellement. Ceci permettra essentiellement au comité de suivre régulièrement les développements et acquis du projet et d'identifier les contraintes de mise en œuvre pour lesquelles une décision doit être soumise à la SMCL.

5.4. RESPONSABILITÉS FINANCIÈRES

Les prestations de la Coopération belgo-sénégalaise de la présente intervention sont essentiellement exécutées en cogestion. Cette approche, concrétisant le principe de partenariat basé sur l'égalité, est fondée

Introduction

L'élaboration d'un rapport national sur le développement humain est un exercice très sensible surtout dans le contexte d'un pays en voie de développement. C'est encore plus complexe quand le thème est centré sur l'incidence que peuvent avoir les changements climatiques sur le développement humain. Les menaces qu'ils font peser sur les écosystèmes et sur les systèmes de production peuvent compromettre la sécurité alimentaire, voire les objectifs du Millénaire.

Les risques de recul du (déjà faible) niveau des indicateurs du DH posent la problématique de l'état de préparation du Sénégal pour faire face aux défis du changement climatique. Quelle stratégie mettre en place pour éviter ou minimiser les coûts humains les plus immédiats et les plus sévères ? Comment mettre en place une stratégie de développement durable intégrant les CC ?

Ce questionnement constitue la trame du Rapport national dont l'objectif est de faire une analyse critique des dimensions politique, économique et sociale de la prise en charge du problème que posent les CC sur le développement. Cette analyse débouchera sur des propositions concernant :

- Les orientations de politiques
- la mobilisation des décideurs et l'ensemble des parties prenantes,
- la promotion des démarches, des initiatives et des mécanismes d'adaptation
- la contribution à la définition d'instruments de mesure des impacts.
- le partage des meilleures pratiques,
- la sensibilisation et la préparation des opinions publiques.

La présente note d'orientation présente la stratégie d'élaboration du Rapport National sur le Développement Humain (RNDH). Elle est articulée autour de la discussion conceptuelle, de la présentation de l'approche méthodologique du plan détaillé du rapport.

Pour que le rapport réponde à ces objectifs la méthodologie adoptée est présentée ci-après. Elle est guidée par les principes qui fondent tout travail scientifique : basé sur des faits mesurable et vérifiable, le rapport devra être indépendant, objectif et crédible.

I. Discussion conceptuelle

Le développement humain durable est un objectif à très long terme dont l'atteinte dépend, en plus des politiques et moyens mis en œuvre, de la capacité d'identifier et d'anticiper les risques pour éviter les écueils et obstacles qui jalonnent le parcours. C'est pourquoi la compréhension des interrelations entre changement climatique, sécurité alimentaire et développement humain est fondamentale dans le contexte des pays en voie de développement. Le changement climatique et ses conséquences peuvent compromettre dangereusement l'atteinte des objectifs de développement durable d'autant plus que les perturbations diverses d'origine anthropique ou naturel suscitent beaucoup d'interrogations sur le devenir de la planète. Ce qui justifie l'intérêt que doivent accorder les organisations internationales (système des Nations-Unies notamment à travers la Convention-cadre sur les changements climatiques) les gouvernements, les partenaires au développement, les chercheurs et la société à cette problématique.

Le Sénégal, pays sahélien confronté aux conséquences néfastes de la sécheresse, est interpellé par cette question à cause de sa forte dépendance aux aléas climatiques. Toute péjoration du climat se répercute inmanquablement sur le développement agricole et risque de compromettre l'autosuffisance et la sécurité alimentaire. Ainsi, le thème retenu cette année pour le Rapport National sur le Développement Humain (RNDH), « Changement climatique, sécurité alimentaire et développement humain », permet de d'aborder les effets du changement climatique sur le développement humain du Sénégal en général et à travers l'une de ses dimensions les plus sensibles : l'accès à une alimentation de qualité pour la totalité de la population. L'élaboration des RNDH se justifie par la nécessité de définir des priorités et stratégies de développement centrées sur l'homme tenant compte des spécificités de chaque pays.

Compte tenu de la spécificité de la Série des Rapport sur le Développement humain initiée par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), du débat sur les changements climatiques et sur les problèmes du développement que connaissent les pays en développement, la **discussion conceptuelle est articulée autour du triptyque : changement climatique, sécurité alimentaire et développement humain.**

Un changement climatique correspond à une modification durable (de la décennie au million d'années) des paramètres statistiques (paramètres moyens, variabilité) du climat global de la terre ou de ses

sur la responsabilité partagée et sur la gestion conjointe des opérations. Le Sénégal est le maître d'œuvre de la prestation de coopération cofinancée par la Belgique.

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 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 géreront conjointement en respect du principe de double signature les comptes bancaires ouverts au nom de la prestation de coopération.

Les fonds de la prestation de coopération gérés en cogestion sont mis à la disposition du Sénégal et gérés conformément aux modalités suivantes.

Dans la présente intervention, le Comptable qui sera recruté (voir 4.2), aura pour mandat à la fois la gestion administrative et financière de l'intervention et celle du FG. En effet la finalité de la présente intervention est de permettre aux MAS dans les zones d'intervention de disposer d'un FG approprié et autonome financièrement en ce qui concerne ses coûts récurrents. La responsabilité de ce comptable combine donc celle de l'atteinte des résultats de la présente intervention d'une part et de celle du fonctionnement du FG, d'autre part.

5.5. MODALITÉS DE GESTION

5.5.1. Comptes et pouvoir de signature

Dès la signature de la Convention Spécifique un compte en EUR (compte principal) et deux comptes en FCFA seront ouverts auprès d'une institution bancaire, selon les modalités suivantes :

- Nom du compte : « Contribution belge – PAMAS3 » ;
- Choix de la banque : une institution bancaire travaillant avec la CTB dans le pays ;
- Pouvoir de signature (toujours double signature)¹⁸.

Signature 1	Signature 2	Compte	Limite
Responsable <i>[Signature]</i>	Sous responsable délégué <i>[Signature]</i>	Fonds de roulement	30.000.000 FCFA
Co-responsable	Co sous responsable délégué <i>[Signature]</i>	Compte principal <i>[Signature]</i>	La limite dépend des procédures internes auprès des institutions respectives.

Note : les sous responsables désignent une autre personne habilitée de signer en cas d'empêchement.

- Le compte principal sera alimenté trimestriellement. Les autres comptes seront alimentés, sur base de la planification opérationnelle et financière, à partir du compte principal tout en limitant les fonds sur ces comptes.
- Deux fonds de roulement, gérés en cogestion, seront mis en place pour les activités du projet. Pour permettre la souplesse et la flexibilité nécessaire à la gestion du projet, notamment par rapport aux activités en appui aux acteurs en périphérie.

D'autres comptes cogérés peuvent être ouverts pour des raisons de logistique après accord de l'Ordonnateur et du Coordonnateur.

¹⁸ Les sous responsables désignent une autre personne habilitée de signer en cas d'empêchement

5.5.2. Mise à disposition des fonds en cogestion

Premier transfert

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 être signé par l'ordonnateur.

Transferts suivants

Afin de recevoir des fonds, le projet doit introduire à la représentation locale de la CTB un appel de fonds par mode de financement au début du mois précédant le trimestre suivant. Cet appel de fonds doit être signé par la direction du projet et aussi par l'ordonnateur pour la partie cogérée.

Le montant de l'appel de fonds est égal aux besoins estimés en trésorerie pour le trimestre suivant avec une réserve.

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 paiement à la demande).

Le transfert des fonds se fait uniquement à condition que :

- La comptabilité du trimestre précédant l'introduction de l'appel ait été transmise à la représentation locale de la CTB ;
- La mise à jour de la programmation financière ait été transmise à la représentation locale de la CTB ;
- Le montant de l'appel de fonds n'est pas plus élevé que le solde budgétaire.

En cas d'urgence, le projet peut introduire un appel de fonds anticipé en justifiant le besoin.

Fonds de roulement

Un compte courant est ouvert à Dakar dans une succursale de la banque mentionnée ci-dessus afin d'y loger les fonds de roulement du projet. Il est actionné sous la double signature du Responsable et du Coresponsable de l'intervention. Ce fonds de roulement a un plafond de 30.000.000 FCFA, susceptible d'être modifié par les Ordonnateurs en fonction des besoins.

Le responsable administratif et financier «RAF» PAMAS3 sera chargé de toutes les procédures administratives et financières et travaillera sous le mandat de la direction du projet (responsable – coresponsable délégués) dans le respect strict des procédures CTB. Il s'assurera que les factures ou les déclarations de créance et leurs justificatifs présentés sont conformes aux conditions d'exécution des marchés et à la réalité des prestations fournies. Il vise lui-même « Pour réception conforme » ou « Pour services rendus » les factures proposées jusqu'au montant de 300.000 FCFA. Pour les montants plus élevés, les documents seront préparés par le RAF PAMAS3 et visés par le coresponsable.

Principe de deuxième signature : la deuxième signature par le responsable du projet, reste nécessaire pour toutes les dépenses.

5.5.3. Programmation financière et gestion du budget

Trimestriellement, la direction du projet doit élaborer une *programmation financière* pour les trimestres suivants et pour le trimestre en cours et les années suivantes. La programmation financière doit être faite selon les procédures de la CTB et doit être envoyée à la représentation locale de la CTB.

L'équipe d'exécution de l'intervention a la responsabilité de consolider les planifications financières.

Le budget total ne peut pas être dépassé. 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 projet donne les contraintes budgétaires dans lesquelles le projet doit être exécuté. Chaque changement de budget doit être approuvé par la SMCL sur base d'une proposition élaborée par la direction du projet. Les changements budgétaires possibles sont :

- Changement de la structure du budget (par exemple ajout d'une ligne budgétaire) ;
- Réallocation des montants entre lignes budgétaires au niveau des résultats ;
- Réallocation des moyens entre modes de financement ;
- Utilisation de la réserve budgétaire.

La gestion de changement budgétaire doit être faite selon les procédures de la CTB rappelées dans le guide de gestion financière du projet.

La réserve budgétaire peut uniquement être utilisée pour des activités de projet 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. Elle n'est pas autorisée de prendre des engagements sur base d'un budget non approuvé officiellement.

5.5.4. Comptabilité

Mensuellement, la comptabilité est élaborée et approuvée selon les procédures de la CTB. Elle doit être signée pour accord par le directeur et le co-directeur et transmise à l'ordonnateur et au Coordonnateur (représentation locale de la CTB). Celle envoyée à la représentation locale de la CTB comprend un fichier électronique, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse.

5.5.5. Recrutement du personnel et type de contrat

Le ou la CTN sera recruté par la CTB au Sénégal. Le MSP donne son agrément 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.

Le cadre qui sera recruté pour occuper le poste de responsable administratif et financier PAMAS3. Il sera sélectionné conjointement par le MSP, la direction de prestation, l'Ordonnateur et la RR/CTB. Ce poste est financé sur l'intervention en régie sur le budget.

Le/la secrétaire de la présente intervention sera détachée de la fonction publique sénégalaise et indemnisée par l'intervention en cogestion.

Un chauffeur sera recruté sur le budget de l'intervention et affecté au véhicule de l'intervention. Les rémunérations de ce poste sera en régie.

5.5.6. Passation des marchés publics.

Pour l'attribution des marchés de fournitures, travaux et services, 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 8.000.000 XOF (soit 12.196 EUR), 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.

En dehors des responsabilités sus-décrites, l'équipe d'exécution de l'intervention veillera à créer un climat propice à un travail d'équipe pluridisciplinaire entre conseillers techniques et structures appuyées.

5.6. FONDS GÉRÉS EN RÉGIE

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, de l'appui scientifique continu et du salaire de l'Assistance Technique.

Le décompte final du projet est vérifié par les Ordonnateurs ou par leurs délégués respectifs. La Convention Spécifique définit le mode de réaffectation de fonds déjà versés et non utilisés sur les comptes du projet à la fin du projet.

5.7. RAPPORTAGE ADMINISTRATIF, COMPTABLE ET FINANCIER

Mensuellement, l'équipe d'exécution de l'intervention remet aux Ordonnateurs un rapport comptable et les pièces justificatives y afférentes, selon le modèle indiqué par la CTB. Après vérification et si nécessaire, les Ordonnateurs procéderont au réapprovisionnement du fonds de roulement. Cette procédure est appliquée de manière continue jusqu'à la fin du projet

Rapports d'exécution

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 présenter des rapports d'exécution semestriels établi par les sous responsables délégués (contenu technique et financier). Ils seront appuyés pour cette tâche par le RAF de la RR/CTB au Sénégal.

Rapports de suivi-évaluation

Le Responsable et le Coresponsable du projet présenteront des rapports de suivi-évaluation annuels, conformément aux canevas de la CTB établis par les sous responsables délégués, 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 projet.

Rapports comptables

L'équipe du PAMAS est responsable de l'envoi mensuel du rapportage comptable selon les procédures de la CTB, établi par le RAF de la présente intervention.

Rapportage financier à la Structure Mixte de Concertation Locale

A chaque réunion de la SMCL, la direction du projet doit présenter *l'information financière* suivante:

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

Audit financier

La première et la troisième 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.

5.8. MÉCANISMES D'APPROPRIATION DES ADAPTATIONS AU DTF

A l'exception de l'objectif spécifique de l'intervention, de la durée de la Convention spécifique, et des budgets totaux pour lesquels une éventuelle modification doit se faire par un échange de lettres entre les Parties belge et nigérienne, responsable pour l'exécution du projet et la CTB peuvent adapter le présent Dossier Technique et Financier, en fonction de l'évolution du contexte et du déroulement du projet.

Pour les aspects ci-dessous, la consultation préalable de la SMCL est requise :

- 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 ;
- les compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement de la structure mixte de concertation locale ;
- 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.

La partie sénégalaise et la CTB informent l'Etat Belge si de telles modifications sont apportées au projet.

Si des changements à l'objectif spécifique, au montant total ou à la durée de la convention spécifique sont proposés par le pays partenaire et sur demande motivée des entités responsables pour la mise en œuvre, le pays partenaire introduit une requête auprès de l'Ambassade de la Belgique. Le pays partenaire et l'Etat Belge peuvent convenir de ces changements par échange de lettres

5.9. SUIVI ET ÉVALUATION

Le monitoring et le suivi-évaluation ont pour but non seulement de contrôler l'exécution technique et financière des activités, mais surtout d'améliorer l'efficacité et l'efficacités de la prestation de coopération afin qu'elle puisse réaliser au mieux ses objectifs.

A cette fin, les mécanismes suivants sont mis en place :

- Détermination d'indicateurs de base pour le suivi et de leur niveau au démarrage ;
- Rapports d'exécution semestriels ;
- Rapports de suivi-évaluation annuels ;
- Rapports comptables ;
- Suivi régulier et ad hoc par la Structure Mixte de Concertation Locale ;
- Monitoring des indicateurs ;
- Evaluation finale.

La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL : voir 5.3) assure le suivi du projet afin que les partenaires soient toujours au courant des développements au sein du projet.

Une évaluation à mi-parcours sera organisée par deux experts externes dont un international et un national.

Une expertise externe réalisera une évaluation finale avant la clôture du projet. Cette mission sera organisée par les responsables du projet 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 terrain. 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.

5.10. CLÔTURE DE LA PRESTATION

5.10.1. Bilan Financier

Six mois avant la fin du projet un bilan financier doit être élaboré par la direction du projet selon les procédures de la CTB. Le bilan financier présenté au SMCL de clôture doit d'abord être vérifié par la CTB.

5.10.2. Soldes

Les modes d'utilisation des montants non engagés à charge de la contribution belge seront définis dans la Convention Spécifique.

5.10.3. Dépenses après Convention

Après la fin de la Convention Spécifique, il n'est plus autorisé de faire des dépenses sauf si elles sont liées à des engagements pris avant la fin de la Convention Spécifique et qui sont actés dans le PV de SMCL de clôture.

La Direction du projet devra produire un 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 du projet sera réalloué d'un commun accord.

6. THEMES TRANSVERSAUX

6.1. ENVIRONNEMENT

A l'instar du PAMAS (1-2), cette intervention pourra avoir des interactions positives sur l'environnement notamment avec le couplage possible de MAS avec les ASUFOR du projet PARPEBA. Des expériences intéressantes en cours menées par le GRAIM à Thiès (organe de gestion potentiel des Sous Fonds de Garantie) essaient de bien organiser et d'encourager les populations en vue d'une meilleure implication dans la prise en charge des questions environnementales en utilisant comme porte d'entrée les MAS.

En ce qui concerne la gestion quotidienne de l'intervention, l'équipe du projet veillera au respect des bonnes pratiques environnementales notamment dans ses achats, ses déplacements (mobilité), ses consommations d'eau et d'énergie.

Dans la mesure où l'intervention contribuera, entre autres, à la contractualisation entre les services sanitaires et les usagers, une attention particulière pourra être apportée aux aspects de promotion de l'hygiène et du respect de l'environnement dans les services sanitaires, notamment en ce qui concerne l'accès à l'eau potable, la mise à disposition d'équipements sanitaires (latrines), le contrôle des rejets liquides contaminés et le traitement correct des déchets d'activités de soins (stérilisation, confinement, etc.).

6.2. GENRE ET DROITS DE L'ENFANT

Les systèmes de MAS mettent en évidence le rôle différent que jouent les hommes et les femmes en matière d'accès au système mais surtout en matière de gestion des MAS, soutenu par le FG. Au sein du ménage c'est plutôt le ou les femmes qui sont en charge de la santé de la plupart de la famille, c'est-à-dire d'elle-même, des enfants et le cas échéant des autres membres de la famille élargie. Dans ce sens, les femmes et les hommes devraient jouer un rôle plus équivalent au niveau décisif où l'on conçoit les paquets de prestations et les modalités d'assurances¹⁹.

Le FG tiendra compte de ce critère dans son appui au développement d'une participation optimale de toutes les parties concernées en vue d'atteindre une bonne maîtrise et prise en charge des différents besoins mais particulièrement les femmes et les enfants en terme d'accès à l'offre de soins. Ainsi une attention particulière pourra être portée sur le développement des partenariats avec toute organisation féminine déjà active dans l'une ou l'autre forme de MAS et/ou MIF. Les mutuelles doivent examiner par exemple, la possibilité de prendre financièrement en charge certains soins obstétricaux tels que césariennes, réhabilitation des fistules vésico-vaginales, etc...

D'autre part l'intervention aidera les mutuelles à faciliter la mise en œuvre effective de la gratuité des soins telle que décrétée par la politique sanitaire nationale. Ainsi l'accessibilité des femmes à des soins essentiels sera augmentée, en priorité aux plus vulnérables et indigents. Par exemple, dans l'optique d'améliorer le taux de pénétration, une importance particulière sera donnée aux messages destinés à l'adhésion des femmes en âge de procréation et les enfants de moins 5 ans.

Plusieurs mutuelles de santé, surtout celles qui se développent sur le modèle communautaire, ont comme point d'ancrage des groupements de femmes, c'est le cas de l'APROFES et la mutuelle de santé Werwerlé entre autres exemples. C'est ainsi qu'au niveau de ce mouvement mutualiste, la majorité des membres est constituée de femmes et leur implication dans les instances de décision sera significativement améliorée au cours de cette intervention. De même pour l'implication des jeunes.

¹⁹ Fonteneau B., 2003. Les défis des systèmes de microassurance santé en Afrique de l'Ouest. Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité. HIVA, KULeuven.

6.3. ECONOMIE SOCIALE

Les caractéristiques communes aux MS à base communautaire, sont d'abord dans l'ordre 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. Et la sécurisation financière ainsi que l'extension des risques induit par la mise en place du FG y contribuera significativement.

Le couplage entre des différentes formes de MAS et le système de la microfinance constitue un facteur en terme d'économie sociale bien favorable. Etendre l'accès à des soins de la meilleure qualité possible a un effet bénéfique sur les dépenses des ménages en matière de soins et ainsi permet à ces ménages de dégager des ressources à d'autres besoins essentiels à couvrir. Les actions de prévention et de promotion de la santé prévues visent également à réduire les dépenses liées à la santé par le fait d'une plus grande précocité de prise en charge et de coûts de soins bien moins élevés (peut permettre par exemple d'éviter une hospitalisation ou la raccourcir, ...).

Enfin, les MS à bas communautaire peuvent également favoriser une dynamique personnelle pour ses membres, faisant d'eux des personnes plus responsables sur les questions touchant leur bien être en général et l'état de santé en particulier.

6.4. HIV/SIDA

Un thème tel que celui ci va constituer une bonne porte d'entrée pour améliorer le taux de pénétration des mutuelles au sein des communautés, tant pour les aspects préventifs, en particulier le recours au dépistage volontaire et anonyme, que curatifs, en particulier en matière de maladies sexuellement transmissibles.

Dans les démarches de contractualisations que les MS doivent menées, sous la couverture du FG, les cas spécifiques des malades atteints de SIDA devront faire l'objet d'une attention particulière. Si les traitements par Anti Rétro Viraux sont pris en charge par des programmes de lutte contre le SIDA, il n'en va pas de même pour tous les autres traitements et examens nécessaires dans la prise en charge du VIH/SIDA. Or ceux-ci sont bien souvent très coûteux, et pourraient causer la faillite de mutuelles de santé.

7. ANNEXES

ANNEXE

Schéma proposé pour le pilotage et d'appui du FG (à titre indicatif)

