DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

PROGRAMME SANTÉ DANS LES RÉGIONS DE DIOURBEL, FATICK, KAFFRINE, KAOLACK ET THIES

COMPOSANTE «APPUI À LA GOUVERNANCE SANITAIRE CENTRALE ET DES 5 RÉGIONS MÉDICALES»

PAYS : SENEGAL

CODE DGCD : NN 3008785
CODE NAVISION : SEN 10 025 11

LA COOPÉRATION BELGE AU DÉVELOPPEMENT .be

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES....2

ABRÉVIATIONS....4

RÉSUMÉ....9

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION....14

1 ANALYSE DE LA SITUATION....16

1.1 CONTEXTE....16

1.2 ANALYSE DE SITUATION MENÉE DANS LE CADRE DE LA PRÉSENTE INTERVENTION....34

2 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES....41

2.1 VERS UN PROGRAMME GLOBAL D'APPUI AU SECTEUR SANTÉ....41

2.2 STRATÉGIE GLOBALE D'INTERVENTION....45

3 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE....49

3.1 OBJECTIF GÉNÉRAL....49

3.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE....49

3.3 RÉSULTATS ATTENDUS....49

3.4 ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE PAR NIVEAU ET PAR RÉSULTAT....52

3.5 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION....69

4 RESSOURCES....70

4.1 RESSOURCES FINANCIÈRES....70

4.2 RESSOURCES HUMAINES....70

4.3 RESSOURCES MATÉRIELLES....71

5 MODALITÉS D'EXÉCUTION....73

5.1 CADRE LÉGAL ET RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES....73

5.2 RESPONSABILITÉS TECHNIQUES....74

5.3 STRUCTURES D'EXÉCUTION ET DE SUIVI....74

5.4 MODALITÉS DE GESTION ET RESPONSABILITÉS FINANCIÈRES....77

5.5 RAPPORTAGE ADMINISTRATIF, COMPTABLE ET FINANCIER....83

5.6 MÉCANISMES D'APPROPRIATION DES ADAPTATIONS AU DTF....83

5.7 SUIVI ET ÉVALUATION 84
5.8 CLÔTURE DE LA PRESTATION 85
6 THÈMES TRANSVERSAUX 87
6.1 ENVIRONNEMENT 87
6.2 GENRE 87
6.3 ECONOMIE SOCIALE 88
6.4 DROITS DE L'ENFANT 89
6.5 HIV / SIDA 89
7 ANNEXES 90
7.1 CADRE LOGIQUE DE L'INTERVENTION 91
7.2 CHRONOGRAMME 101
7.3 BUDGET DE L'INTERVENTION 105
7.4 TDR PERSONNEL LONG TERME 107

Abréviations

ABT/USAID	ONG américaine «Abt Associates» crée par Clark Abt en janvier 1965
ACDEV	ONG Action et Développement
ACEP	Alliance de Crédit et d'Epargne 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	Anti Rétro Viraux
ASSRMKF	Appui aux Systèmes de Santé des Régions Médicales de Kaolack et Fatick
ASUFOR	Associations des Usagers de Forage
AT	Assistance Technique
BF	Budget de Fonctionnement
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	Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CFAA-CPAR	Evaluation des systèmes de gestion des finances publiques (CFAA) et de passation des marchés publics (CPAR) - 2006
CL	Communauté Locale
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
CONGAD	Conseil des ONG d'Appui au Développement
CORMUSAD	Coordination des Mutuelles de Santé de Diourbel
COGES	Comité de Gestion (de structure de santé)
CoSa	Comités de Santé
CP	Comité de Pilotage
CPN	Consultation Prénatale
CRC	Cadre Régional de Concertation
CRFS	Centre Régional de Formation en Santé

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'Equipement
DECAM	Décentralisation et Extension de la Couverture Maladie
DESS	Diplômes d'Etudes Supérieures Spécialisées
DGCD	Direction Générale de Ccoopération au Développement
DGSP	Direction Générale de Santé Publique
DP	Direction du Projet
DREAT	Direction de la Réforme et de l'Assistance Technique
DS	District Sanitaire
DSRP	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
DTF	Dossier Technique et Financier
ECD	Equipe Cadre de District
ECR	Equipe Cadre de Région
EDS	Enquête Démographique et Sociale
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
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FDD	Fonds de Dotation de la Décentralisation
FDEA	Femmes Développement Entreprise en Afrique
FORPROFEM	Appui à la Formation Professionnelle Féminine
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GFP	Gestion des Finances Publiques
GRAIM	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes
GRAP/OSC	Groupe de Recherche en Appui à la Politique/Organisations de la Société Civile
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HHA	Harmonisation for Health in Africa
ICP	Infirmier Chef de Poste
IMF	Institution de Micro Finance (remplacé par SFD)
IPM	Institutions de Prévoyance Maladie

IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
ISED	Institut de Santé et de Développement
JICA	Coopération japonaise
LPS	Lettre de Politique Sectorielle
MAS	Micro Assurance Santé
MCD	Médecin chef de District
MCR	Médecin chef de Région
MDRI	Initiative d'allégement de la dette multilatérale
ME	Médicament Essentiel
MF ou MIF	Micro finance
MPME	Micro, Petite et Moyenne Entreprise
MS	Mutuelle de Santé
MSP	Ministère de la Santé et de la Prévention
MTN	Maladies Tropicales Négligées
OCB	Organisations Communautaires de Base
OCDES	Organisations Communautaires pour le Développement Sanitaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PAGOSAN	Projet d'Appui à la Gouvernance Santé
PAMAS	Projet d'appui au développement de la MAS au Sénégal
PAMECAS	Partenariat pour la Mobilisation de l'Epargne et du Crédit Au Sénégal
PAMIF	Projet d'Appui institutionnel et technique aux structures faîtières du secteur de la Micro finance
PAODES	Projet d'Appui à l'Offre et la Demande des Soins
PARPEBA	Projet d'Amélioration et de Renforcement des Points d'Eau dans le Bassin Arachidier
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEPAM	Programme d'Eau Potable et Assainissement pour le Millénaire
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Interne Brut
PIC	Programme Indicatif de Coopération
PLD	Plan Local de Développement
PMA	Paquet Minimum d'Activités

PME	Petites et Moyennes Entreprises
PNBG	Programme National de Bonne Gouvernance
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies de Développement
POCL	Plan Opérationnel des Collectivités Locales
PPS	Point de Prestation de Service
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PRDI	Plan Régional de Développement Intégré (tous les secteurs)
PROMUSAF	Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique
PS	Poste de Santé
PSDMS	Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
R/CR	Référence/Contre Référence
RA	Recherche Action
RAC	Revue Annuelle Conjointe
RAF	Responsable Administratif et Financier
RESSIP	Réseau Santé Sida et Population
RF	Responsable du Financement
RH	Ressources Humaines
RM	Régions Médicales
RNB	Revenu National Brut
RR CTB	Représentation Résidente de la CTB
SCA	Stratégie de Croissance Accélérée
SFD	Système de Financement Décentralisé (ex-IMF)
SG	Secrétaire Général
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SNEEG	Stratégie Nationale pour l'Egalité et l'Equité de Genre
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNPS-GR	Stratégie Nationale de Protection Sociale et des Gestions des Risques

SOLSOC	Solidarité Socialiste
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
SWAp	Sector Wide Approach
SWOT	Strengths, weaknesses, opportunities, treats
TDR	Termes de Référence
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UM-PAMECAS	Union des Mutuelles du Partenariat pour la Mobilisation de l'Epargne et du Crédit Au Sénégal
UMUSARK	Union des Mutuelles de Santé de la Région de Kaolack
URMS	Union Régionale des Mutuelles
USAID	United States Agency for International Development
XOF	FCFA (BCEAO)

Résumé

L'intervention PAGOSAN (Programme d'Appui à la Gouvernance Santé) est une première de 3 composantes d'un programme intégré de la Coopération belgo-sénégalaise. Ce programme d'une valeur totale de 21.000.000 EUR s'inscrit intégralement dans la politique sectorielle du pays et a comme objectif général de renforcer durablement et globalement le secteur de la santé du Sénégal et singulièrement dans les cinq Régions Médicales ciblées. Il s'agit donc d'un programme à deux interventions (PAGOSAN et PAODES) et trois composantes (gouvernance, offre et demande solvable).

La présente intervention, composante «Gouvernance» du programme d'une valeur de 5.000.000 EUR et d'une durée de 4 ans, a comme objectif spécifique de **« Contribuer à l'amélioration de la gouvernance du secteur de la santé, 4ème objectif sectoriel du PNDS 2009-2018** » et partage avec le PAODES l'objectif général : « **Améliorer la santé des populations rurales des Régions Médicales de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès, par le renforcement durable du système de santé, qui est un des 4 objectifs sectoriels du PNDS 2009-2018** ».

Les résultats du PAGOSAN sont répartis entre le niveau central et régional :

Au niveau central :

R1 : Le cadre institutionnel et organisationnel du MSP, en cours de réforme, a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès à une aide budgétaire sectorielle future, en terme d'efficacité, d'efficience, de transparence et de capitalisation ;

R2 : Le processus de planification ascendante et participatif dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle future, particulièrement en terme de son suivi/évaluation ;

R3 : Les processus d'une gestion plus efficiente et transparente des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle future.

Niveau Régional :

R4 : Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées, en cours de réforme, est significativement renforcé en terme d'efficacité, d'efficience, de transparence et de capitalisation, dans le respect du cadre de la politique et des stratégies nationales de décentralisation / mutlisectorialité ;

R5 : Le processus de planification ascendante et participative dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 est significativement amélioré dans les 5 RM ciblées, particulièrement en terme de coordination entre tous les partenaires et les acteurs régionaux ;

R6 : Les processus d'une gestion plus efficiente et transparente des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 sont significativement améliorés dans les 5 RM ciblées.

Le présent DTF est structuré en 5 parties: l'analyse de la situation, les orientations stratégiques, la planification opérationnelle, les ressources et les modalités d'exécution. Elles sont synthétisées ci-dessous.

1. Analyse de situation

En plus d'une analyse documentaire minutieuse et de rencontres avec toutes les parties (autorités, bénéficiaires et partenaires), la formulation de la présente intervention a procédé à une analyse SWOT au niveau central et périphérique. C'est sur cette base que les orientations stratégiques et la planification opérationnelle ont été définies.

- Au niveau du **contexte général**, le Sénégal est considéré comme un pays relativement stable. Il doit néanmoins faire face à des défis socio-économiques multiples dont les plus importants sont d'ordre démographique et économique. D'une part, une forte croissance démographique se traduit par le poids important d'une jeunesse en âge scolaire, la surcharge des établissements scolaires, l'inadéquation notable de la formation et de l'emploi, le développement du chômage des jeunes urbanisés et le sous-emploi rural. D'autre part, on peut relever après l'Indépendance, l'hypertrophie du rôle de l'Etat -à laquelle les autorités tentent de remédier depuis l'adoption des lois de 1996 sur la décentralisation et le transfert des compétences -, la faible compétitivité des entreprises, l'existence d'une contrebande avec les pays voisins, la dégradation du système bancaire, l'endettement public et la fuite des capitaux.
- Au niveau du **contexte sectoriel**, le Sénégal se trouve depuis déjà un certain temps dans une phase de réforme. Les enjeux sont évidemment multiples, mais dans le cadre du programme d'appui au secteur de la coopération belgo-sénégalaise, les points suivants sont parmi les plus importants :

  1. **Réforme Institutionnelle du** Ministère et de son organigramme, avec une Direction Générale de la Santé envisagée et une inspection à renforcer. Cette dernière sera appuyée dans ce sens par cette intervention dès que possible (dès l'application de la réforme) étant donné qu'elle est jugée cruciale pour une meilleure gestion des ressources financières, une transparence et l'assurance de la conformité, du respect et de l'utilisation des normes. La vérification de ces normes permet au système de santé de percevoir des anomalies structurelles d'où

pourraient résulter des actions correctives d'une situation concrète ou d'adaptation des normes, si elles s'avèrent non-adaptées ou irréalistes.

2. Parmi les réflexions de réforme la **transformation plutôt radicale de la Région médicale** aura sûrement des conséquences importantes pour l'organisation du système de santé et donc aussi pour l'intervention. L'idée défendue est de créer une véritable institution «direction de la santé régionale». Cette direction aurait beaucoup plus d'autonomie de gestion (en particulier en matière des ressources humaines) et de décision que la structure actuelle. Elle aurait, entre autre, davantage « d'autorité » sur les hôpitaux régionaux qui ne sont actuellement guère redevables au médecin chef de région.
3. La **revue des statuts des hôpitaux** est un autre axe de réforme important. L'autorité des hôpitaux régionaux a déjà été mentionnée comme problème dans le système. En partie parce que ce problème est lié avec le statut hospitalier qui prévoit que chaque hôpital est un EPA (Etablissement Public Administratif) avec une large autonomie et une tendance d'une logique privée de vouloir faire de bénéfices financiers. Cette logique crée immédiatement une barrière financière pour la population (relativement) pauvre, une surconsommation des actes médicaux et la difficulté d'un service public de contrôler la qualité des prestations et la régulation «du marché». C'est à ce niveau qu'éventuellement l'intervention sur la demande et le mouvement mutuelliste des soins pourra devenir intéressant. D'autre part, les centres de santé sont censés devenir des hôpitaux de district. Tandis que les centres de santé sont actuellement des établissements purement publics, leur transformation en véritable hôpital soulève la discussion s'ils doivent devenir également des EPA comme leur 'grands frères' régionaux. Cet aspect plus systémique et programmatique du développement de Districts Sanitaires, sera pris en compte par l'équipe de formulation du PAODES.

2. Orientation stratégique

Le PAGOSAN s'inscrit à 100 % dans une approche programme dont les caractéristiques sont :

- Alignement parfait dans la politique sectorielle du pays, bien qu'en gardant un sens critique pour permettre une réflexion et un dialogue constructif pour ajuster la politique sectorielle selon les évolutions du système. Les 'activités de l'intervention' seront des activités extraites des plans annuels du Ministère. Il n'y aura plus d'activités spécifiques à l'intervention ;
- Le renforcement des capacités individuelles comme institutionnelles sont au cœur de l'intervention ;
- La coordination entre composantes et le travail en équipe démontre une véritable volonté de raisonner en terme d'appui global à un secteur donné plutôt que de se concentrer sur des réalisations ad hoc. Dans le même sens, il y aura une seule SMCL pour l'ensemble du programme et une

planification (partiellement) conjointe ;

- L'intervention s'inscrit dans la facilitation et une structuration du dialogue politique (sectoriel) en renforçant les échanges entre experts et attachés et en investissant dans des groupes de discussion thématiques ;
- L'intervention investira dans la préparation du pays pour une aide budgétaire sectorielle et l'approche SWAp à travers des activités spécifiques par rapport à la planification, les revues annuelles, les groupes thématiques, meilleure planification et analyse des dépenses à moyen terme dans le secteur, la coordination inter-bailleurs, etc.…

3. Planification opérationnelle

La composante PAGOSAN travaillera avec un Responsable d'intervention et un expert sectoriel international (Co-Responsable) pour 4 ans. Le seul personnel spécifique pour l'intervention sera un RAF national de haut niveau et un(e) secrétaire-comptable pour appuyer l'intervention par rapport aux marchés publiques et à l'exécution administrative et financière.

La planification opérationnelle a pour dénominateurs communs :

(i) Un appui aux stratégies nationales en ne recourant qu'aux structures et mécanismes existants (conformément à un système de santé en cours de réforme) ;

(ii) Un accompagnement en matière de Santé et décentralisation (démocratisation du système, dialogue communautaire, appui aux CL, …) ;

(iii) Une contribution à rendre le MSP prêt pour bénéficier d'une aide budgétaire sectorielle.

L'intervention investira surtout dans le renforcement des capacités institutionnelles et individuelles. Elle permettra néanmoins aussi des investissements à travers quelques constructions au niveau du MSP pour assurer une place optimale et adéquate au niveau central aux fonctions de coordination de tous les acteurs dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018, de l'inspection et de la mémoire institutionnelle d'une part et des réhabilitations au niveau des régions médicales, d'autre part. Les deux niveaux bénéficieront d'un appui minimal en équipement et en cohérence avec les fonctions soutenues: voitures de supervision, ordinateurs et autres appuis logistiques.

Les montants des activités et des moyens généraux se présent comme suit :

- Pour les **6 résultats** : 3.515.000 EUR, soit **70%** du montant total dont 33,85% à la composante Centrale et 66,15% pour les 5 Régions Médicales. Soit une moyenne de 465.000 EUR par Région ;
- pour les **moyens généraux** : 1.378.140 EUR, soit **28%** du montant total ;
- pour la **réserve financière** : 106.860 EUR, soit **2%** du montant total ;
- Pour **le genre** : 285.000 EUR sont directement affectés à des activités précises, soit 8,10%.

4. Les modalités d'exécution :

La partie sénégalaise désigne le Directeur de la Direction de la Dette et de l'Investissement auprès du Ministère de l'Economie et des Finances en qualité d'ordonnateur chargé de liquider et d'ordonnancer les dépenses de l'intervention. Elle peut désigner un ordonnateur délégué. Le mode majeur de gestion est la 'cogestion'.

Pour la partie sénégalaise, le **Ministère de la Santé Publique** est habilité pour mettre en œuvre l'intervention. A cet effet, il désigne, en concertation avec la CTB, un Responsable d'Intervention pour assurer la direction, la supervision, et le contrôle direct et permanent de l'exécution des prestations. Cette responsabilité est confiée au Coordinateur de la CAS/PNDS. Les services administratifs et financiers et les médecins chef de RM de chacune des Régions seront responsables de la gestion financière et comptable des montants affectés à leur Région, sur la base d'un accord d'exécution entre eux et le Responsable d'intervention. Ces responsables administratifs feront l'objet d'une formation sur la base des besoins identifiés par le RAF national et seront suivis par lui.

Pour la partie belge, la **Direction générale de la Coopération au Développement (DGD)** est l´entité administrative et financière responsable de la contribution belge. Elle confie la réalisation de ses obligations pour la mise en œuvre et le suivi de l'intervention à la CTB. A ce titre, la CTB, à travers son Représentant Résident à Dakar, assume le rôle de co-ordonnateur chargé d´approuver les dépenses. Elle désigne le Délégué à la Cogestion (Co-responsable), un expert sectoriel international, qui assure le conseil, la supervision et le contrôle régulier de l'exécution des prestations pour le compte de la partie belge. Il sera assisté dans cette tâche sur le plan administratif par un RAF national et un secrétaire-comptable.

Les profils du personnel de la présente composante sont décrits dans les TDR figurant en annexe. Ils sont payés sur le budget en régie.

Fiche analytique de l'intervention

Numéro national DGD	3008785
Code Navision CTB	SEN 10 025 11
Institution partenaire	Ministère de la Santé et de la Prévention
Durée de la Convention Spécifique	60 mois
Durée de la mise en oeuvre	48 mois
Contribution de l'Etat sénégalais	500 000 €
Contribution de la Belgique	5 000 000 €
Date estimée de la signature de la Convention Spécifique	Début 2011
Secteurs d'intervention	12110-Santé-Politique de Santé et gestion administrative 12220-Santé-Santé de base-Soins et services de santé de base 12281-Santé-Santé de base-Formation de personnel de santé
Objectif général	Améliorer la santé des populations rurales des Régions médicales de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès par le renforcement durable du système de santé, qui est un des 4 objectifs sectoriels du PNDS 2009-2018
Objectif spécifique	Contribuer à l'amélioration de la gouvernance du secteur de la santé, 4ème objectif sectoriel du PNDS 2009-2018
Résultats intermédiaires (6)	**Niveau Central** **R1 :** Le cadre institutionnel et organisationnel du MSP, en cours de réforme, a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès à une aide budgétaire sectorielle future, en terme de d'efficacité, d'efficience, de transparence et de capitalisation **R2 :** Le processus de planification ascendante et participatif dans la mise en œuvre du PNDS 2009-

	2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle future, particulièrement en terme de son suivi/évaluation **R3 :** Les processus d'une gestion plus efficiente et transparente des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) dans la mise œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle future **Niveau Régional** **R4** : Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées, en cours de réforme, est significativement renforcé en terme d'efficacité, d'efficience, de transparence et de capitalisation, dans le respect du cadre de la politique et des stratégies nationales de décentralisation / mutlisectorialité **R5** Le processus de planification ascendante et participative dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 est significativement amélioré dans les 5 RM ciblées, particulièrement en terme de coordination entre tous partenaires et les acteurs régionaux **R6 :** Les processus d'une gestion plus efficiente et transparente des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 sont significativement améliorés dans les 5 RM ciblées

1 Analyse de la situation

1.1 Contexte

1.1.1 Général

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.

Contexte politique, économique et social

Après l'indépendance, en 1960, le pays a joué un rôle très visible sur le plan international et a su préserver un environnement politique et social relativement stable. Les élections locales du 22 mars 2009 ont prouvé que le système politique sénégalais continue de faire preuve de maturité démocratique. Les partis d'opposition ont gagné dans plusieurs centres urbains, y compris à Dakar, et les élections ont été qualifiées dans l'ensemble comme justes et transparentes.

Le Sénégal est divisé administrativement en **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 sur les codes des collectivités locales, le pays compte désormais trois ordres de collectivités locales : régions, communes et communautés rurales. A leur tête siègent des conseillers élus, investis de compétences dans neuf domaines dont celui de la santé. Les régions sont subdivisées en départements et ces derniers en arrondissements.

Depuis une dizaine d'années, le processus de décentralisation a été renforcé pour conférer davantage de responsabilités aux collectivités locales et renforcer leurs capacités d'intervention en vue d'assurer le développement économique et social de leurs populations.

A l'intérieur de ce cadre structurel contraignant, le pays doit faire face à des **défis socio-économiques multiples** dont les plus importants sont d'ordre démographique et économique. D'une part il y a une forte croissance démographique qui se traduit par le poids important d'une jeunesse en âge scolaire, la surcharge des établissements scolaires, l'inadéquation notable de la formation et de l'emploi, le développement du chômage des jeunes urbanisés et le sous-emploi rural. D'autre part, on peut relever après l'Indépendance une hypertrophie du rôle de l'Etat -à laquelle les autorités tentent de remédier depuis l'adoption des lois de 1996 sur la décentralisation et le transfert des compétences-, une faible compétitivité des entreprises, une dégradation du système bancaire, un endettement public et la fuite des capitaux, …

Cependant **il existe des atouts** dont la **présence d'un secteur informel et commercial entreprenant** qui constitue un avantage certain. La **faiblesse du**

taux d'inflation et la stabilité de la monnaie représentent également des facteurs favorisant la stabilité de l'environnement économique. Il faut citer également quelques autres atouts, tels qu'un artisanat dynamique, un tissu industriel relativement important, une administration bien structurée, des équipements collectifs relativement satisfaisants et une industrie de services diversifiée. Par ailleurs, le Sénégal joue un **rôle intellectuel, culturel et diplomatique** sans correspondance avec son importance économique ou démographique. L'ambiance favorable créée par un régime multi-partisan, qui a permis une alternance démocratique, représente un atout fondamental.

L'économie du Sénégal est dominée par quelques secteurs stratégiques : comme les arachides, l'industrie chimique, le tourisme, la pêche et les services. Depuis la moitié des années 90 jusqu'en 2005, le Sénégal a connu une des meilleures performances économiques de l'Afrique subsaharienne. Bien que certaines périodes aient été caractérisées par une faible croissance, le PIB réel a augmenté en moyenne de 5 % par an, ce qui représente la première croissance soutenue (en moyenne) par habitant depuis l'indépendance en 1960. Les accords monétaires régionaux ont favorisé la stabilité monétaire et le contrôle de l'inflation. L'atteinte du point d'achèvement de l'Initiative PPTE en 2004 et de l'Initiative d'allégement de la dette multilatérale (MDRI en 2005, ainsi que le recours à l'emprunt externe à des taux de faveur, ont permis une forte réduction de l'encours total de la dette.

Cependant, en 2006-2007, une série de chocs a secoué l'économie sénégalaise. La forte augmentation du prix du pétrole et, au début de 2007, la flambée des prix des denrées alimentaires, ont pesé sur l'économie et ont conduit à une période inflationniste, cette dernière passant de 4 % en 2005 à 6 % en 2006 alors qu'elle avait progressé de 0,5 % au cours des trois années précédentes. L'augmentation du prix du pétrole et des denrées alimentaires a également pesé sur le déficit des comptes courants extérieurs, le Sénégal important la totalité du pétrole qu'il consomme et 80 à 100 % du riz et du blé dont il a besoin.

Les autres chocs internes sont: en raison de la faiblesse des pluies, une production agricole en chute d'environ 15 % entre 2006 et 2007. Bien que le secteur ne représente qu'une faible part du PIB (environ 7 % en 2006), la chute de la production agricole a entraîné la baisse d'au moins 1 % de la croissance du PIB au cours entre 2006 et 2007 et a exacerbé l'impact sur la population de l'inflation liée à l'augmentation des prix des denrées alimentaires.

La croissance réelle du PIB est aujourd'hui estimée à 2,5 %, l'inflation restant à des niveaux élevés (voir plus haut). Les fortes pluies ont favorisé la production agricole, mais la production industrielle a souffert d'une légère baisse.

Le Sénégal reste un pays pauvre, avec un RNB par habitant de 840 dollars en 2006. Malgré un déclin de la pauvreté, qui est passée de 68 % en 1994 (61,4 % des ménages) à 51 % en 2005, la pauvreté reste élevée en particulier dans les zones rurales.

Les axes stratégiques du DSRP II (2006-2010)

Des nouvelles stratégies de formulation du DSRP II ont été définies : le processus a tiré profit de la réactualisation des programmes sectoriels et de la formulation de nouvelles politiques sectorielles dans presque tous les secteurs avec une meilleure articulation avec le DSRP. Un consensus s'est dégagé pour une vision à long terme (2015), articulée entre autre, autour des OMD.

En ce qui concerne ces axes stratégiques proprement dit:

- ***Création de richesses et croissance pro pauvre***: (i) tous les secteurs prioritaires précédemment identifiés dans le DSRP1 sont maintenus mais à cela s'ajoute la Stratégie de Croissance Accélérée (SCA) qui occupera une place centrale, (ii) les nouvelles priorités relatives aux infrastructures de transport et à l'énergie comme politiques mutlisectorielles pour booster la croissance occupent une place plus visible.
- ***Accélération de la promotion de l'accès aux services sociaux de base***: cet axe est maintenu avec les mêmes secteurs et priorités mais avec un accent particulier sur les besoins d'accélérer les résultats pour avoir les impacts recherchés en vue d'atteindre les OMD[1] dans les secteurs sociaux.
- ***Protection sociale, prévention et gestion des risques et catastrophes***: remplace l'axe «amélioration des conditions de vie des groupes vulnérables» qu'il intègre dans une perspective plus globale. L'axe prend en compte les nouvelles priorités de l'Etat mais aussi des populations en matière de gestion des risques et catastrophes auxquels elles ont été confrontées ces dernières années (naufrage du bateau «le Joola», inondations, invasions acridiennes, pluies hors saisons etc.).
- ***Bonne gouvernance et développement décentralisé et participatif*** **:** ce 4ème axe prend en compte les évolutions notées depuis 2002, avec la mise en place du PNBG, le plan d'action CFAA /CPAR[2], entre autres.

1.1.2 Contexte Sectoriel[3]

Le secteur de la santé occupe une place de choix dans le DSRP II, du fait de son rôle de premier plan dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Le PNDS 2009-2018

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) consacre une rupture dans la façon d'aborder le développement sanitaire. Plus que par le passé, la priorité est accordée à la répartition équitable de l'offre de services et au financement de la demande en santé. Il repose, en effet, sur une vision d'un

1 Voir « Progrès réalisés et perspectives pour 2015 - juillet 2010 », en vue de la prochaine Assemblée des NU

2 Evaluation des systèmes de gestion des finances publiques (CFAA) et de passation des marchés publics (CPAR) en 2003 – Voir Atelier de capitalisation sur la réforme de la programmation budgétaire et atteinte des OMD en Afrique de l'Ouest et du Centre 18-20 novembre 2009 à Dakar

3 Synthèse de l'introduction du PNDS 2009-2015

Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité, sans aucune forme d'exclusion.

L'attention portée à la démocratisation des soins dans le cadre du PNDS 2009-2018 n'occulte pas cependant la priorité accordée à la prévention, option politique majeure qui trouve son fondement dans l'ancrage de la politique de santé du Sénégal aux Soins de Santé Primaires.

Ce plan met un accent particulier sur l'amélioration de la gestion du secteur dans un cadre mutlisectoriel afin de mieux prendre en charge les déterminants de la santé et de réduire les inégalités. Les objectifs du PNDS 2009-2018 sont au nombre de quatre:

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

La réalisation des objectifs liés à la santé de la mère et de l'enfant se fera à travers la consolidation des acquis en matière de lutte contre les mortalités maternelles et infantiles. Elle sera fondée plus précisément sur l'accélération de la mise en oeuvre de la feuille de route, de repositionner la planification familiale et d'assurer une meilleure prise en charge des nouveau-nés au cours de la période néonatale. Les objectifs en matière de lutte contre la maladie sont, à priori, plus accessibles au regard des progrès enregistrés ces dernières années dans le contrôle du Sida, du paludisme et de la tuberculose. En même temps qu'un effort sera mis dans l'intégration des interventions dite 'verticales', une approche plus ciblée sera développée pour la prise en charge du Sida. Il s'agira d'apporter la meilleure réponse au caractère concentré de cette épidémie, à sa féminisation et au cas particulier des régions de Kolda et Ziguinchor où la prévalence est de trois fois supérieure à la moyenne nationale.

Les orientations stratégiques du PNDS 2009-2018 sont au nombre de 11

(i) Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto-juvéniles ;

(ii) Amélioration de la promotion de la santé ;

(iii) Renforcement de la prise en charge curative;

(iv) Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte ;

(v) Développement des ressources humaines ;

(vi) Renforcement des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance ;

(vii) Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médico-chirurgicaux ;

(viii) Renforcement du système d'information et de la recherche ;

(ix) Promotion de la gestion axée sur les résultats ;

(x) Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière ;

(xi) Renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

Le suivi de la mise en oeuvre se fera de façon conjointe à travers le Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Termes (CDSMT) et dans le cadre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, dans le respect de la loi sur la décentralisation.

Les infrastructures

Le nouveau siège du Ministère de la Santé et de la Prévention (construit en 2004) a permis de regrouper l'essentiel des Directions et Services. Une extension est déjà prévue pour accueillir les autres services externes. D'autre part, il faut signaler qu'un magasin construit sur la concession serait disponible pour les «archives». De toutes les façons, un terrain serait disponible pour un bâtiment de deux étages de 350 à 400 m².

Le Sénégal compte vingt (20) hôpitaux. La construction des hôpitaux de Fatick et de Ziguinchor est bloquée depuis 2005.

Le nombre de centres de santé est de soixante dix (78) dont 18 de référence (avec bloc opératoire), répartis dans 65 districts sanitaires, eux-mêmes répartis dans 14 Régions Médicales. Les nouveaux districts sanitaires estimés au nombre de douze ne disposent pas encore de centre de santé fonctionnel.

Au niveau communautaire, les cases de santé constituent le premier recours de soins essentiellement en zone rurale et mènent principalement des activités promotionnelles et de prévention. Le nombre total de Postes de Santé fonctionnels en 2008 est de 946 dont 777 complets (avec maternités) et 1.516 Cases de Santé fonctionnelles.

Au niveau des régions, des locaux ont été construits ou réhabilités pour abriter **10 régions médicales sur 14**. C'est le cas des trois nouvelles régions qui ont été créées en 2008 à savoir Kédougou, Sédhiou et **Kaffrine**. Les Brigades régionales d'Hygiène, à l'exception de celles de Matam, Kolda et Saint-Louis, ne disposent pas de locaux fonctionnels et adaptés à leur mission. Elles sont toutes logées dans des bâtiments vétustes et étroits. Il en est de même pour les sous-brigades d'Hygiène. En outre, sept (07) centres régionaux de formation en santé (CRFS) ont été ouverts. Il s'agit des centres de Ziguinchor, Kolda, **Thiès**, Saint-

Louis, **Kaolack**, Tambacounda et Matam. A terme, il est prévu d'en ouvrir un dans chaque région.

Tableau sur les 5 RM ciblées dans l'intervention (d'après l'annuaire statistique 2008)

Région	Population	District	Hôpitaux	CS	PS
Diourbel	1 319 308	4	2	7	72
Fatick	627 804	7	0	9	76
Kaffrine	492 685	4	0	2	40
Kaolack	757 743	4	1	4	64
Thiès	1 471 754	9	2	12	126
TOTAL	**4 669 294**	**28**	**5**	**34**	**378**

Le secteur privé compte 1 hôpital privé confessionnel (à Thiès), 57 cliniques, 28 maternités, 148 cabinets médicaux et 144 postes privés de santé, 843 officines de Pharmacie, 4 Grossistes répartiteurs, 3 Industries pharmaceutiques et l'Institut Pasteur de Dakar devenu Fondation de droit sénégalais en décembre 2008 et qui fabrique le vaccin anti-amaril. A cela s'ajoute l'offre de santé des ONG et des Associations. Il convient de signaler l'existence d'une offre privée en matière d'aide au diagnostic avec 12 laboratoires privés d'analyses médicales dont 10 à Dakar et une dizaine de services d'imagerie à Dakar.

A propos de l'organigramme du MSP et les relations institutionnelles entre les différents acteurs[4]

1. **Au niveau central**, les rôles et responsabilités des différents acteurs sont définis dans les textes régissant le MSP: il s'agit essentiellement de définir la politique nationale à l'intention des agents de santé et des PTF's, de coordonner l'ensemble des activités effectuées sur toute l'étendue du territoire, de fournir les ressources matérielles, financières et humaines nécessaires à l'atteinte des **objectifs de santé** fixés au plan national et international. Les principaux acteurs sont le cabinet du Ministre avec le Secrétaire Général, son directeur de cabinet, les principales directions techniques et administratives et 8 Services «rattachés» dont l'Inspection de la Santé. Cependant, il a été souvent évoqué des difficultés de coordination liées à l'organigramme actuel (voir ci dessous page 14). D'autre part, l'étude institutionnelle qui a été menée dans le cadre de la formulation de cette intervention, on déplore à ce niveau que les médecins chefs de Région à qui le cabinet a délégué ses principaux pouvoirs, ne prennent pas suffisamment leurs responsabilités.

2. **Au niveau régional**, les médecins chefs de Régions Médicales (RM) connaissent les pouvoirs qui leur sont officiellement délégués mais regrettent cependant leurs difficultés à les assumer entre autre en

[4] Voir analyse institutionnelle menée par le Dr NDIAYE J-M, recruté en tant qu'expert national dans la présente formulation

matière de décisions. Cela semble découler des responsabilités au niveau central peu claires et peu coordonnées. Une gestion trop centralisée des RH est soulignée dans le cadre de cette étude citée plus haut. Leur lien hiérarchique est officiellement avec le cabinet mais ils doivent faire face aux nombreux interlocuteurs du niveau central. D'autre part, ils subissent l'activisme des programmes nationaux qui perturbent souvent leurs propres programmations. La gestion des ressources humaines leur échappe. Avec leurs collègues de district, les liens hiérarchiques sur le plan technique sont clairs et souffrent rarement de dysfonctionnement. L'autonomie de gestion accordée aux hôpitaux régionaux crée aussi quelques difficultés de coordination car les textes actuels créent quelque peu de la confusion. Avec les gouverneurs de région, les médecins chefs de RM sont plutôt en bonne relation : il s'agit essentiellement de relations administratives qui ne posent pas trop de problèmes. Certains signalent quand même du point de vue administratif, la possibilité pour un médecin exerçant dans un district d'obtenir un congé signé de son préfet sans tenir compte des priorités et programmations régionales… Avec les élus régionaux, avec qui ils entretiennent des relations de conseil (en vue de faire bénéficier aux structures sanitaires régionales l'appui des conseils régionaux), la concertation est de mise. Les médecins chefs de Région interviewés lors de la présente formulation déplorent une faiblesse des ressources allouées par le MSP eu égard aux missions qui leur sont assignées. Ils souhaitent vivement que la réforme en vue leur apporte un appui conséquent leur permettant d'assurer plus efficacement leur mission.

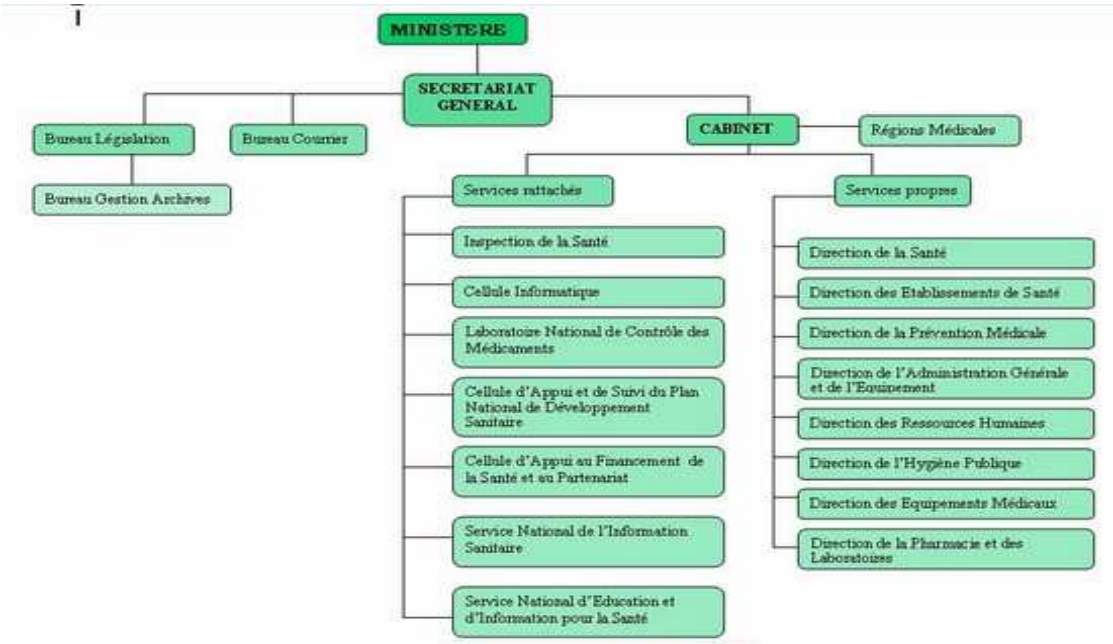
Ce qui a également été noté, lors de cette même étude, à propos des liens entre le médecin chef de Région et le directeur de l'hôpital, c'est qu'ils sont empreints de conflits de compétence. La défaillance en matière de coordination au niveau supérieur (évoquée plus haut) pourrait être pourrait, en plus des aspects statutaires, entretenir un manque de clarté.

3. **Au niveau district,** les liens sont plus simples entre les responsables de Région, les Infirmiers Chefs de Poste et les élus locaux. Ils disposent d'une certaine autonomie et peuvent dérouler plus facilement leurs programmes. Les relations techniques et/ou administratives avec les préfets sont généralement sans problème. Il existe pourtant des difficultés pour l'obtention des financements de services de santé liées aux budgets décentralisés. Cela est lié, selon les responsables des districts, à la complexité des textes autant qu'à leur non maîtrise par la plupart des élus locaux. Une difficulté à mettre en œuvre leur Plan de Travail Annuel (PTA) a été également évoquée, sous la pression des programmes nationaux. Les membres des «équipes cadre de districts» contactés dans le cadre de la présente formulation ne signalent aucun problème de gouvernance à leur niveau et se félicitent de l'esprit d'équipe dans leur district. Ceci démontre un peu un manque de vision sur l'organisation future des districts sanitaires.

4. **Au niveau des partenaires techniques et financiers :** si leurs liens formels sont apparemment clairs, ils ne sont en réalité pas suffisamment efficaces: conflits de compétence, influence des PTFs à travers la multitude des programmes verticaux, faible visibilité de la direction de la santé et problématique de la coordination dans le MSP (évoquée plus haut).

En conclusion, les mandats des uns et des autres sont décrits comme fonctionnels ainsi que leurs liens techniques. L'essentiel des difficultés soulignées dans l'étude institutionnelle, tient au niveau central d'un grand nombre de centres de décisions qui ont reçu délégation du cabinet et qui se coordonnent assez difficilement. La gestion centralisée des RH favorise quelques frustrations pour les responsables périphériques (manque d'autorité).

Ci-dessous l'**organigramme actuel** (Décret n°2004-1404, du 14 novembre 2004) **:**



Les arrêtés d'application de la réforme du MSP sont en chantier et le nouvel organigramme serait édicté dans le courant du premier trimestre 2011.

L'Inspection de la santé actuelle est peu structurée et ne dispose pas de moyens corrélés avec ses missions. Ci dessous **les missions** de l'Inspecteur Technique[5]:

- La participation à la conception et à l'évaluation de la politique de santé ;
- L'intervention dans le contrôle de la mise en oeuvre de cette politique, notamment par le biais de son pouvoir d'inspection ;

[5] Note de service n°006416/MSP/CAB/ITS-ml du 14 jui n 2010

- La contribution à l'organisation du système sanitaire et à la promotion de la santé ;
- La possibilité d'être associé à l'enseignement, la formation et la recherche en santé publique ;
- Dans l'exercice de ses fonctions, la veille sur le respect du secret médical et des règles professionnelles.

Ses **tâches principales** sont décrites ci-dessous :

- Contribuer à la définition des normes et standards de qualité des services en matière de santé ;
- Apporter un appui-conseil pour l'organisation et la mise en œuvre des programmes d'activités des services, projets et programmes ;
- Veiller à l'application de la réglementation nationale en vigueur en matière de santé ;
- Contrôler la qualité des prestations dans les formations sanitaires publiques comme privées ;
- Contrôler la gestion technique des services, projets et programmes;
- Contrôler l'application des textes législatifs, réglementaires régissant le fonctionnement technique des structures nationales, des structures rattachées, des structures déconcentrées et des structures de mission ;
- Contrôler l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs au sous-secteur sanitaire privé ;
- Etudier les réclamations des administrés et des usagers des services, projets et programmes ;
- Assister le Ministre dans le dénouement des litiges et situations conflictuelles dénoncées par les usagers ou le personnel, ou relevés dans le fonctionnement régulier des services.

Toutes ces tâches affectent l'ensemble du programme en ses deux interventions (PAGOSAN-PAODES), c'est pourquoi elles sont spécifiées ici. Des mesures d'accompagnement de ces tâches sont opportunes.

Au niveau de la **gestion des ressources humaines**, un Plan National de Développement de RH (PNDRH) est en cours de validation et sera disponible très prochainement.

Au niveau **de la gestion des ressources financières**, en plus des éléments spécifiés dans l'analyse SWOT, un rapport de performances pour 2008 du CDSMT-Santé est disponible. Il y ressort que les allocations budgétaires globales pour 2008 (dans les rubriques du fonctionnement de l'investissement et en personnel) sont réparties comme suit :

- 55% pour l'Etat (dont 5,2% pour les FDD)
- 22,5% pour les PTF's
- 19,2% pour les populations
- 2,7% pour les Collectivités Locales.

D'autre part, la CAFSP dispose d'un document stratégique «d'analyse de la situation et la réforme de l'allocation des ressources dans le secteur de la santé». Dans ce document, sont présentées les perspectives de réformes des critères

d'allocation des ressources (géographiques et socio-démographiques -dont la pauvreté et les inégalités-).

Les performances du système de santé

Les objectifs déclinés dans le PNDS 1998-2007 étaient au nombre de trois :

i. Réduire la mortalité maternelle,
ii. Réduire la mortalité infanto-juvénile
iii. Maîtriser la fécondité.

Au terme de sa mise en oeuvre, les résultats suivants ont été enregistrés :

- Le taux de mortalité maternelle est passé de 510/100 000 naissances vivantes en 1992 à 401/100 000 naissances vivantes en 2005 ;
- Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 150‰ en 1997 à 121‰ en 2005 ;
- Le taux de mortalité infantile de 70,1‰ en 1997 à 61‰ en 2005.
- L'indice synthétique de fécondité est passé de 6,0 en 1992 à 5,3 en 2005.

Pour atteindre ces résultats, onze stratégies ont été identifiées et mises en oeuvre dont l'accroissement des performances des programmes de santé de la reproduction et le renforcement du contrôle des maladies endémiques et de la surveillance épidémiologique.

En ce qui concerne la santé de la reproduction, l'accent a été mis sur la surveillance de la grossesse, l'assistance par du personnel qualifié pendant l'accouchement et la prise en charge des complications obstétricales et néonatales. C'est ainsi que, selon l'EDS IV, la proportion de femmes enceintes ayant effectué au moins une consultation prénatale auprès de personnel de santé qualifié est passé de 82% en 1997 à 87% en 2005 avec un taux d'achèvement (4 CPN) de 40%. Au cours de la même période, la proportion de femmes dont l'accouchement s'est déroulé en structure sanitaire est passée de 48% à 62% avec 52% d'accouchements assistés par du personnel qualifié. Le taux de césarienne est de 3% inférieur au seuil de 5% recommandé dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle. Cette situation s'explique par l'insuffisance de blocs opératoires fonctionnels dans les centres de santé qui rendent encore inaccessibles les Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence Complets (SONUC). La planification familiale connaît une progression lente, passant de 8,1% en 1997 à 10,3% en 2005 (EDS IV) alors que l'objectif était de 16%. L'absence de maîtrise de la fécondité fait partie des contraintes majeures pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. En outre la malnutrition contribue pour près de 50% des décès chez les enfants de moins de cinq ans (Lancet, 2005).

Une enquête PCIME de 2006 confirme que les maladies les plus courantes sont le Paludisme (72%), les IRA (47%) et la Diarrhée (23%) sur fond de malnutrition. Les résultats montrent une prise en charge correcte du paludisme (95%), des IRA (35%) et de la diarrhée (56%), un index de disponibilité des huit médicaments oraux de 0,63 (l'optimum étant de 1).

En ce qui concerne la lutte contre la maladie, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) enregistre, depuis 2001 une performance qui se consolide

d'année en année. Ainsi, la couverture au DTC3 est passée de 45,3% en 2001 à 93% en 2007 au niveau national.

Quant au VIH/Sida, le Sénégal est cité comme un pays de référence en Afrique dans la lutte contre le SIDA. En effet, la séro-prévalence au sein de la population générale est estimée à 0,7% par l'EDS IV (2005).

Par rapport au paludisme, la tendance observée à partir de 2001 est plutôt favorable, avec un taux de morbidité qui est passé de 33,6 % en 2001 à 22,25 % en 2007. Quant à la létalité hospitalière, elle est passée de 6,20% en 2006 à 3,36 % en 2007. L'évaluation finale du Plan stratégique 2001-2005, réalisée en 2005, montre une amélioration des taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées entre 2000 et 2005. Ainsi, le taux d'utilisation chez les enfants de moins de 5 ans passe de 1,2% à 18%, et chez les femmes enceintes de 1,7% à 39%. Le taux d'utilisation du traitement préventif intermittent (TPI) à la SP (Sulfadoxine Pyrimétamine) chez la femme est de 47%. En 2006, une enquête de couverture réalisée par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) révèle des taux d'utilisation des moustiquaires de 32,6 % chez les femmes enceintes et de 45,6 % chez les enfants de moins de 5ans

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

En ce qui concerne les Maladies Tropicales Négligées (MTN), il convient de souligner que l'Onchocercose n'est plus un problème de santé publique au Sénégal. Toutefois, la prévalence encore élevée dans certains pays de la sous région constitue une menace d'une ré-infestation. Pour le ver de Guinée, la certification de l'interruption de la transmission par l'OMS a été faite depuis mars 2004.

Les maladies à potentiel épidémique, en particulier le choléra, connaissent depuis 2004 une recrudescence avec une tendance endémique. Les principaux déterminants dans les zones d'apparition du choléra sont liés aux problèmes d'assainissement, aux difficultés d'accès à l'eau potable et les comportements individuels et collectifs. La multiplicité des déterminants requiert la mise en oeuvre d'une approche multisectorielle pour asseoir une stratégie de lutte efficace et durable. Celle-ci devrait davantage s'articuler autour de la promotion de la santé dont le caractère transversal est mieux pris en compte face au défi de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.

Au cours des trois dernières années du PNDS 1998-2007, une attention particulière a été accordée aux maladies non transmissibles. A cet effet, un accent particulier a été mis sur celles qui posent des problèmes de prise en charge en termes de coûts, même si les interventions restent encore timides. C'est ainsi qu'est née la notion de maladie chronique à soins coûteux. Sont rangés sous cette rubrique, le cancer, l'insuffisance rénale et le diabète. Ces maladies de plus en plus fréquentes dans toutes les couches de la population constituent des causes de basculement des ménages dans la pauvreté. L'enquête sur la prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles avec l'OMS (enquête «STEPS») devrait permettre d'orienter les

stratégies dans le sens de la prévention de ces maladies dont les soins sont onéreux.

Tous ces indicateurs connaissent des disparités régionales et selon le milieu de résidence, ce qui témoigne de l'inégal accès aux soins. La mortalité maternelle est de 309 pour 100.000 Naissances Vivantes en milieu urbain contre 472 en milieu rural (EDS IV). La mortalité infanto-juvénile est de 91 pour mille en zone urbaine et 160 pour mille en zone rurale.

Ci dessous une fiche récapitulative sommaire sur quelques données de base

Population (2008)	11,6 millions
Population moins de 20 ans	55,6%
Population moins de 25 ans	64%
Population de femmes	52%
Taux de mortalité maternelle (EDS4, 2005)	401/100,000 Naissances Vivantes
Taux de mortalité infanto-juvénile (EDS4, 2005)	121‰
Taux de mortalité infantile (EDS4, 2005)	61‰
L'indice synthétique de fécondité (EDS4, 2005)	5,3

Sur le plan du Genre

L'intégration de la dimension « genre » dans le système de gouvernance de la santé est avant tout un principe qui traduit un souci d'égalité de droit et d'équité sociale. S'il est vrai que, comme toute bonne gouvernance, elle doit être démocratique, inclusive, transparente et efficace, la gouvernance sanitaire ne saurait ignorer le problème de la diversité et de l'équité des sexes dans le fonctionnement du système et dans l'offre des services sanitaires.

Un tel modèle de gouvernance est donc basé sur l'acceptation des principes de participation et de contrôle des activités comme des processus par les acteurs (hommes et femmes) à l'intérieur et à l'extérieur du système.

Conscient de ce défi comme la plupart de ses pairs, le gouvernement du Sénégal, appuyé dans cela par les partenaires au développement a essayé de prendre en compte le genre dans son document de Stratégie Nationale pour l'Équité et l'Égalité de Genre et dans son DSRP II.

Aussi, le Sénégal a renouvelé ses engagements pour le «gender mainstreaming »[6] en 2004, afin d'intégrer la dimension du genre dans les programmes de développement. L'autonomisation des femmes et l'équité entre genres sont devenues une des priorités du gouvernement. Cet engagement est opérationnel premièrement au niveau législatif à travers un système légal adéquat et, deuxièmement au niveau opérationnel, par des moyens et des

[6] National Report, Senegal Report on the Implementation of the Solemn Declaration of the Heads of State and Government on Gender Equality in Africa, 2006, Ministère de la Femme, de la Famille et du Développement Social

initiatives du ‘Gender machinery’, piloté par le Ministère chargé des femmes et des familles.

La Stratégie Nationale pour l’Egalité et l’Equité de Genre (SNEEG-2015) veut faire du Sénégal un pays émergent, sans discrimination, où les femmes et les hommes auront les mêmes chances de participer à son développement et de jouir des bénéfices de sa croissance7. Cette stratégie vise la réduction de la vulnérabilité des femmes et des adolescentes au niveau de la santé de la reproduction.

Il lui reste à rendre effectivement transversale cette politique de ‘genre’ pour aider l’ensemble des départements ministériels à intégrer cette dimension dans leur démarche et dans leurs objectifs. La leçon principale tirée des échanges8 est que le concept de ‘genre’ reste flou et que chacun y met le contenu qui lui convient. C’est pourquoi la clarification par les acteurs de la santé du concept de même que l’élaboration consensuelle d’une méthode d’approche du ‘genre’ stratégique et opérationnelle, sont essentielles.

Un tel exercice aiderait les acteurs de la santé à éviter les discours stéréotypés ou «prêt à appliquer» qui font peur. Le ‘genre’ n’est pas un ordre féminin, mais une approche homme/femme qui dépasse la distinction naturelle entre sexes. La plupart des définitions conçoivent le genre comme étant le produit des représentations sociales sur les sexes, une construction sociale, culturelle et historique. Ainsi, une équité basée sur la méthode de genre passe par l’examen de cette construction sociale qui charrie avec elle beaucoup de stéréotypes.

Comme il est si bien clair dans le document de politique en ‘genre’ de la CTB, «Le genre renvoie tout simplement à une égalité de droits, des chances, des opportunités dans tous les domaines, en vue d’un développement économique et social durable»[9.]

Au cours des échanges menés dans le cadre de cette étude, les acteurs de la santé ont réitéré la primauté de la compétence sur toutes les autres considérations. Ils ont toutes les raisons et le droit de réaffirmer ce principe, Il reste à adopter une démarche et une méthode clairement définie aidant à une réelle sélection des compétences sur la base de l’égalité des chances entre hommes et femmes et aussi à surveiller et à réajuster ce processus pour garantir l’égalité des chances. L’analyse de situation effectuée dans le cadre de cette étude est présentée ci-dessous.

[7] S.N.E.E.G. Ministère de la Famille et de l’Entreprenariat Féminin, République du Sénégal, Stratégie Nationale pour l’Egalité et l’Equité de Genre, 2015

[8] Voir étude menée dans le cadre de la formulation de cette intervention : « La prise en compte de l’analyse de genre dans le système de gouvernance sanitaire. Dr Fatou NDIAYE juin 2010

[9] Gender Mainstreaming in BTC, p 7.

Au niveau central

FORCES (ou potentialités à renforcer):

- Existence d'une volonté politique et d'une stratégie nationale sur le genre qui constituent toutes deux un contexte favorable
- Existence d'un point focal genre dans le MSP
- Il existe un présupposé positif sur les relations professionnelles qui soutient que le primat donné aux compétences est un gage d'égalité, ceux qui ont les mêmes compétences peuvent avoir les mêmes chances.

FAIBLESSES (ou défis à relever)

- L'approche du MSP basée sur la neutralité de genre explique l'absence systématique de données sur les ressources humaines selon le genre
- La sous représentativité des femmes dans le cabinet, les directions techniques et les services rattachés au cabinet sont interprétées par certains comme un manque de volonté politique.
- Une reproduction du modèle social de représentation des relations hommes/femmes dans les relations professionnelles.

Au niveau périphérique

FORCES (ou potentialités à renforcer)

- Existence de structures, de processus de fonctionnement et de gestion pouvant être des espaces d'inclusion de toutes les catégories sociales en tenant compte de l'équité du genre
- Existence de réseaux d'associations communautaires de base dans lesquelles les femmes jouent un rôle potentiellement important
- La participation des femmes et des jeunes dans les processus d'établissement des POCL, dans les activités de mises en œuvre et la contractualisation avec les projets de santé en présence.

FAIBLESSES (ou défis à relever)

- Un déficit de couverture médicale qui serait en partie lié à une disparité dans la répartition du personnel médical féminin au détriment des zones reculées
- Une forte disparité entre hommes et femmes dans les corps à haute qualification
- Une massification des femmes dans le personnel d'aide et de soutien avec une certaine vulnérabilité liée à la motivation et aux conditions de travail (ceci a été moins développé dans les réflexions).

1.1.3 Contexte de la coopération belgo-sénégalaise

La 11ème Commission Mixte belgo-sénégalaise s'est tenue le 7 décembre 2009 à Dakar. Deux secteurs prioritaires y ont été définis:

- L'un social : la santé sous ses aspects d'offre et de demande, avec le volet de transversalité ;
- L'autre plus productif par la gestion de l'eau productive (pour le développement agraire) et l'eau potable.

Les deux Etats ont convenu à cette occasion un nouveau Programme Indicatif de Coopération (PIC) pour la période 2010-2013. Un montant de 52,5 millions d'euros a été mis à disposition du Sénégal pour de nouveaux engagements durant les quatre années couvertes par le PIC. Les projets se concentreront dans **2 secteurs prioritaires**: d'une part les ***infrastructures de base*** et d'autre part ***la santé de base***.

Ayant un programme de coopération relativement cohérent, tant sur le plan géographique que sectoriel, la coopération belgo-sénégalaise développe une approche globale favorable à la mise en œuvre appropriée d'harmonisation et d'alignement. Dans le domaine de la santé, cette coopération participe à de nombreuses commissions du MSP et ses projets sont considérés comme 'pilote', contribuant ainsi à passer à l'échelle et à appliquer ces stratégies expérimentées au niveau national.

Les interventions précédentes et actuelles

Dans le secteur de la santé les projets ci-dessous ont été menés depuis 2006:

- le Projet d'Appui à la Région Médicale de Diourbel (ARMD II), 2003-2006, pour **8,4 Mio EUR**
- le Projet d'Appui aux Systèmes de Santé des Régions Médicales de Kaolack et de Fatick (et Kaffrine), (ASSRMKF), 2006-2010, pour **9,3 Mio EUR**
- le Projet d'Appui à la Micro-Assurance Santé PAMAS, 2009-2012, pour **2,5 Mio EUR**
- le Projet d'Appui à la Micro-Assurance Santé PAMAS 2, 2009-2012, pour **1,5 Mio EUR**

A propos de l'intervention « ASSRMKF »

En cette année de fin de cette intervention, on peut dire, et le rapport de MTR le confirme amplement, qu'elle a atteint un succès indéniable, même si certains points peuvent toujours être améliorés. D'autre part, l'évaluation finale menée cette année a mis les derniers points en évidence en terme de recommandations et sa poursuite (en partie) dans le futur programme «PAODES» adopté en CSP en mai 2010. On peut espérer le démarrage de ce programme en 2011 dans le courant du premier semestre. Le démarrage de la présente intervention sera également un plus pour un renforcement du système de santé dans les RM autant qu'au niveau central.

A propos des interventions «PAMAS»

PAMAS 1

Cette intervention a comme objectif global d'«Améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé et la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine». Il est ancré à la CAFSP et lui apporte un appui institutionnel.

Ses activités sont structurées autour de quatre grands axes (principaux résultats à atteindre):

- Résultat 1: la CAFSP a la capacité d'assurer ses fonctions relatives à la promotion, au suivi et à l'encadrement des MAS, ainsi que l'ensemble de ses fonctions régaliennes à l'échelle du pays ;
- Résultat 2: les régions médicales et les Equipes cadre de district participent activement au dialogue offre-demande ;
- Résultat 3: les institutions mutualistes existantes et émergentes sont renforcées ;
- Résultat 4: le développement des initiatives innovantes a permis aux systèmes de microassurance santé d'améliorer l'efficacité et l'efficience de leur gestion.

Ce projet a démarré officiellement le 1er janvier 2009. Cependant sa mise en œuvre a réellement démarré au courant du deuxième trimestre.

PAMAS 2

Ce projet est intitulé «Projet d'appui au développement de la Micro-Assurance Santé (MAS), financement de mécanismes de garantie favorisant l'accès aux soins des populations vulnérables dans les Régions de Diourbel, Fatick, Kaolack, et Kaffrine».

Ce projet a démarré au début 2010. Il est piloté par la même SMCL que le PAMAS1.

L'objet essentiel est doter le développement de la MAS d'un outil financier de sécurité (par les mécanismes de co-assurance, de ré-assurance, de développement de l'équité/solidarité et d'assistance financière).

Un nouveau Programme Indicatif de Coopération (PIC) 2010-2013

Il a été mis à disposition du Sénégal pour un montant de **52,5 Mio d'EUR** pour les quatre prochaines années.

Les interventions se concentreront dans les Départements de Kaolack, Fatick, Kaffrine, Diourbel et Thiès, où la coopération bilatérale belgo-sénégalaise est déjà présente, et dans deux secteurs prioritaires :

- d'une part les infrastructures de base, plus précisément l'hydraulique et l'assainissement en milieu rural, en élargissant à l'appui à l'eau productive, pour un montant de **19 Mio EUR**, en appui au programme d'eau potable et assainissement pour le Millénaire (PEPAM 2005-2015) ;
- d'autre part la santé de base, plus précisément en matière d'offre de soins couplée à la demande de soins et de gouvernance sanitaire pour **21 Mio EUR**, en appui au plan national de développement sanitaire (PNDS 2009-2018).

Le choix de ces options de concentration tant géographique que thématique/ sectorielle a été guidé par le souci de se profiler dans la continuité, la complémentarité et en cohérence tant avec nos actions passées et actuelles au Sénégal qu'avec celles des autres acteurs belges présents dans le pays, ainsi que de rester dans les secteurs où la coopération belgo-sénégalaise apporte une réelle valeur ajoutée.

Le PIC fixe des objectifs de coopération qui s'inscrivent à la fois dans les priorités belges et dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2006-2010 (DSRP phase II) dont le Sénégal s'est doté en 2005. Ce DSRP est le cadre unique des politiques et stratégies à moyen terme du Sénégal et le principal document de négociation avec l'ensemble des Partenaires techniques et Financiers.

En plus de ces 2 secteurs prioritaires, **2,5 Mio EUR** a été prévu pour une **coopération déléguée** dans deux domaines :

- Dans le secteur de l'enseignement technique et de la formation professionnelle, plus précisément pour la consolidation de l'appui à la formation professionnelle féminine, avec pour partenaire délégué, le Grand-Duché du Luxembourg ;
- Dans le secteur de l'environnement et de la lutte contre les effets du changement climatique, plus précisément pour un développement local moins émetteur de gaz à effet de serre et plus précisément aux changements climatiques dans la région de Fatick, avec pour partenaire délégué, le PNUD.

Une réserve budgétaire de **2 Mio EUR** est prévue pour financer **la stratégie de retrait du secteur de la micro-finance,** plus précisément pour la consolidation de l'appui aux réseaux méso et micro dans le bassin arachidier. Et, enfin, **4 Mio EUR** a été affecté aux programmes des bourses hors projet et **1 Mio EUR** à des microprojets.

1.1.4 Les autres Partenaires au Développement

A l'instar des interventions actuelles «ASSRMKF» et «PAMAS», la présente intervention complète bien celles d'autres acteurs présents dans le secteur de la santé dans le domaine de l'appui à la gouvernance sanitaire, notamment les agences de coopération bi- et multilatérales suivantes: l'OMS, l'UNICEF, l'USAID, l'UNFPA, la Banque Mondiale, la Coopération Luxembourgeoise, la BAD, la JICA et la GTZ (coopération allemande)[10].

Ces structures interviennent essentiellement en appui technique et financier.

Des réunions régulières entre les différents bailleurs et le MSP devraient être tenues trimestriellement. C'est l'OMS qui en assure la coordination et le Secrétaire Général du MSP le préside. Elles permettent un échange d'informations entre les différents intervenants dans le secteur santé et favorisent une meilleure coordination des interventions. Dans ce cadre il importe de souligner la création récente d'un sous groupe thématique sous la présidence de l'OMS qui met le focus sur la «demande». Cet élément faisait défaut dans les coordinations antérieures et sera également pris en compte dans la présente intervention, même si ce n'est bien plus 'indirect' que pour l'intervention succédant, le «PAODES».

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

L'initiative catalytique "HHA"[11] est également active au Sénégal en matière d'harmonisation des PTF's contribuant au développement de l'approche sectorielle.

La Belgique, également signataire de l'ihp+, s'engage de facto à respecter la charte de cette initiative au niveau des pays qui y ont adhérés.

Le tableau ci-dessous présente les principaux PTF's s'impliquant dans le renforcement du MSP et la gouvernance sanitaire.

PTF	Objets de leurs appuis en relation avec l'intervention
OMS	Renforcement du système de santé (organisation du système, financement de la santé, santé communautaire) Renforcement de la gestion de RH

[10] Voir annexe … sur le classement par domaine d'activités (2007-2011) et par zones (2010-2011)

[11] The 'Harmonization for Health in Africa' initiative (HHA), conceived in response to the recommendations of the Paris declaration, is a regional mechanism through which collaborating partners (African Development Bank, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, WHO, World Bank) provide technical support and capacity building assistance to African countries on a demand-driven basis.

	Santé et décentralisation HHA
USAID (ABT project)	Gouvernance locale en santé et planification locale HHA
Lux Development	Appui en santé de base, en particulier dans la SR, dans le nord
BM	Améliorer l'efficience des dépenses en santé Améliorer l'accessibilité financière aux services et aux produits de santé HHA
L'UNFPA	Appui en santé communautaire Appui en génie civil et équipement Appui en santé et décentralisation HHA
L'UNICEF	Appui en planification Appui sur le financement (meilleures en CDSMT) Appui à le mise œuvre du DSRP Appui à l'élaboration des Comptes Nationaux HHA
JICA	Appui en Santé communautaire en génie civil et équipements Organisation des services de santé et gestion des RH HHA

1.2 Analyse de situation menée dans le cadre de la présente intervention

1.2.1 Analyse SWOT

Les éléments captés au niveau des 5 RM ciblées lors d'ateliers participatifs et par des travaux de groupes[12] ont permis de présenter une synthèse de toutes les contributions suite à une analyse SWOT structurée, sans épuiser l'exhaustivité des points forts et faibles et des opportunités et menaces. Nous avons reproduit ci-dessous ce qui a été exprimé pour l'essentiel par les participants et ne constitue ainsi que des appréciations, parfois trop précises et casuelles à prendre en compte.

[12] Un regroupant les élus, un autre les techniciens de la santé et un troisième de membres de la société civile, des religieux et du secteur privé

Les éléments captés lors des interviews d'autorités aux niveaux central et régional et partenaires ainsi par une analyse documentaire approfondie (rapports etc…) ont été insérés dans les rubriques ci-dessous. Les aspects spécifiques 'genre' ont été présentés plus haut.

Points Forts

Au niveau central

- Volonté affichée d'impulser les réformes nécessaires avec la révision de l'organigramme du MSP en cours
- Existence d'un PNDS 2009-2018 aligné sur le DSRP II et de son plan de suivi-évaluation
- Disponibilité de partenaires déjà engagés dans cette voie du renforcement de la gouvernance (coopération luxembourgeoise et l'USAID)
- Existence d'une CAS/PNDS comme organe de pilotage du PNDS avec, à ses côtés, la CAFSP
- Une DRH au niveau central est fonctionnelle et prend en compte les réflexions et problèmes exprimés par les agents de santé à tous les niveaux
- Une évaluation d'un système d'archivage et de gestion documentaire du MSP est disponible (datant de décembre 2007).

Au niveau régional

- Un contexte de décentralisation avec les textes et organes pour l'exercice
- Existence de cadres de concertation et de participation pour un partenariat durable
- Existence d'une tutelle administrative chargée aussi du contrôle de légalité
- Organisation pyramidale du système de santé qui élargit le niveau de participation jusqu'au niveau de la case de santé
- Existence de RH de qualité, engagées et financièrement motivées
- Processus de planification POCL→CDSMT qui constituent des espaces de partage et d'appropriation des problèmes et des stratégies opérationnelles en matière de santé
- Engagement du niveau régional pour une meilleure gouvernance (pooling: CRFS, …)
- Erection des hôpitaux en EPS avec plus de responsabilités
- Développement croissant de la mutualisation
- Bonne application de la politique de santé par les communautés
- La mise en place d'un système d'évaluation participative (monitoring au sein de la communauté)
- Perspective de décentralisation plus soutenue du secteur avec le projet de transformation des RM en Directions Régionales de la Santé, dotées de moyens conséquents et avec des responsabilités renforcées et plus étendues
- Les espaces de gouvernance offerts par les revues périodiques

- La prise en compte de l'aspect maintenance dans le système pour la durabilité des acquis
- Existence d'un comite national d'éthique (voir recherche)
- Disponibilité et harmonisation des outils de collecte des données sanitaires
- La production régulière de l'annuaire statistique annuel au niveau national
- L'implication du mouvement associatif, notamment féminin dans les programmes de santé.

Points Faibles

Au niveau central

- Coordination limitée en interne et entre niveau central et régional
- Besoin de clarifier les leaderships
- Problématique de la responsabilité des Régions Médicales (CT2 du cabinet) et DS (Direction de la Santé/Sous Direction des SSP)
- Données de gestion des RH mal utilisées
- Faiblesse de l'Inspection de la Santé en terme institutionnel et en terme de moyens
- Manque d'un Laboratoire de Santé Publique et faiblesse de réponse institutionnelle en matière de surveillance épidémiologique
- Réforme hospitalière évaluée: tutelle sans pouvoir ni moyens, renforcement des organes de gestion des EPS (formation,…), manque d'encadrement, mauvaise compréhension de la réforme, endettement (charges financières plus lourdes), pas de textes sur le statut des personnels, trop d'autonomie par rapport au système, revenir à une plus grande cohérence entre PCA et PMA, …
- Absence de mémoire institutionnelle dynamique
- Cadre de partenariat entre le MSP et ses PTF à renforcer
- Note sur le CONGAD/RESSIP: les bases de données sont à revoir, le guide de partenariat est à actualiser et une insuffisance en ressources humaines et financières a été dénoncée.

Au niveau régional

- Résistance à la création de Directions Régionales de la Santé avec divisions régionales thématiques et des moyens adéquats (et déconcentrés)
- La RM est plutôt perçue comme un «goulot d'étranglement»
- Les centres de responsabilité sont mal connus, car multiples, (chevauchements entre niveau central et niveau régional)
- Intégration relative des Hôpitaux/Comité de Santé dans la pyramide sanitaire (Région et DS) et faiblesse en capacités institutionnelles
- Bipolarisation des tutelles techniques et administratives
- Sur le thème le plus évoqué, la gestion des RH: à déconcentrer, problème d'un manque de personnel sur le plan de qualifications et du quantitatif, banque de données insuffisantes, pas de plan de carrière, absence d'une véritable politique de motivation fondée sur les

performances, faible maîtrise en matière de formation, excès d'écoles privées non maîtrisées et faiblement arrimées au système formel global, disparité en matière de contractualisation du personnel communautaire, module de gestion de la RM à actualiser, …

- Synergie, communication, information entre acteurs à renforcer
- Absence de culture de redevabilité
- Avis mitigés sur l'harmonie en matière de processus de planification
- La fonctionnalité des COGE à performance variable est à renforcer : meilleur contrôle de la gestion et mise en œuvre insuffisante des plans de résolution de problèmes
- Au niveau des ressources financières: problèmes de disponibilité des FDD, manque de traçabilité, rigidité des nomenclatures budgétaires, gestion déficiente des programmes de gratuité, méconnaissance des mécanismes CDSMT, pas de directives claires sur les contributions des Collectivités Locales
- Maintenance peu performante sans plans d'amortissement, …
- Absence de capitalisation des actions
- Manque de feedback dans la prise de décision à tous les niveaux
- Peu de maîtrise des textes de loi sur la décentralisation
- Les textes sur la réforme des COSA sont encore à finaliser
- Une trop forte centralisation de la recherche
- En S/E, quelques points faibles et suggestions d'amélioration sur la base des constats suivants: manque de rétro-information, pas assez de S/E au niveau communautaire, pas assez de supervisions, outils de monitoring à harmoniser, intégration insuffisante des programmes verticaux dans le SNISS, …
- Les cadres de concertation existants sont peu fonctionnels
- Problème d'accès à l'information pour les acteurs (peu de recours aux radios communautaires, …)
- Faible traçabilité des ressources mobilisées par les organes de gouvernance locale, notamment les comités de santé soupçonnés de gestion opaque.

Opportunités

- Réforme de l'Etat en cours (DREAT)
- Existence d'un PNBG et décentralisation: pour un cadre institutionnel et administratif transparent, efficace et efficient, amélioration des services publics, budgétisation participative, partenariat entre l'Etat et la société civile / le secteur privé, RH performantes et motivées, environnement judiciaire favorable à l'initiative privée, …
- Volonté de réforme du MSP
- Engagement communautaire
- Budgets et dotations des CL
- Dynamisme des OCB et ONG
- Existence d'une Commission Santé
- Coopération décentralisée

- Existence d'Agences d'Exécution Communautaires
- Leçons extraites de l'exécution du projet ASSRMKF
- Nous sommes en début de la mise en œuvre du PNDS.

Menaces

Au niveau national

- Instabilité institutionnelle

Au niveau régional

- Mauvaise compréhension par les acteurs de leurs rôles
- Dans le cadre de la réforme, risque d'une transformation des régions médicales en entité administrative'
- Interférences politiques dans l'exécution des programmes
- La forte syndicalisation du système
- Le non-respect de la carte sanitaire à travers les pouvoirs d'influence
- La non-application des textes de la DC impunie
- La place peu reluisante qu'occupe la santé dans les priorités des populations (la santé vient en troisième position dans les cadres de planification locale (PLD, PIC, PRDI etc.)
- Le manque de mécanismes à priori de la pérennisation des projets
- L'état des infrastructures dans certaines régions
- L'insuffisance des ressources pour la maintenance
- La menace des maladies émergentes et ré-émergentes (contrôle des frontières…)
- Communication discordante avec certains secteurs et programmes
- Abus de pouvoir de certains élus avec violations des lois
- L'état des routes / transfert des cas sérieux
- Léthargie des Comités de gestion sans réaction de la tutelle
- La prolifération des écoles privées de formation bien trop loin des standards de qualité (mais déjà pris en compte par une sanction nationale)
- Le secteur privé et les ONG qui se développent sans accompagnement suffisant.

1.2.2 Défis essentiels à prendre en compte dans la présente intervention

En matière 'institutionnelle':

- Accompagner la réforme au niveau central et périphérique dans le cadre de la décentralisation – mutlisectorialité: principalement sur la conduite de la planification, le suivi/évaluation, les études et recherches et les aspects institutionnels et organisationnels (une analyse effectuée dans le cadre de la formulation de la présente intervention met l'accent sur les comportements des acteurs)
- Accompagner la mise en place d'une unité de mémoire institutionnelle
- Accompagner le renforcement de compétences à tous les niveaux (central et régional)

- Contribuer à rendre la pyramide plus cohérente et performante (sur la base de GAR) en marche vers le SWAP
- Appuyer l'élaboration d'une stratégie genre au sein du MSP (définir de façon consensuelle l'intégration du genre dans les bases de données, les formations, …)

Pour une intégration de l'analyse du genre dans la gouvernance sanitaire au niveau local (voir étude menée)

- Pour une meilleure participation des sages-femmes à la couverture sanitaire au niveau périphérique, une recommandation est que l'État doit recruter et, par des mesures incitatives, s'engager à les maintenir dans les zones reculées
- Par des contrats limités, l'État peut amener les spécialistes femmes à faire des séjours rotatifs dans les districts des régions surtout pour améliorer les services en santé maternelle
- Renforcer le rôle des femmes dans les comités de santé et le contrôle de l'action de ces derniers
- Renforcer le rôle des femmes dans l'élaboration de POCL participatifs et faire de sorte que ces processus donnent aux populations l'occasion de définir les priorités de s'approprier et de s'engager à leur mise en œuvre.
- Former les leaders dans les OCB intervenant dans le domaine de la santé à l'élaboration des POCL en tenant compte du genre.
- Renforcer le rôle des femmes dans les comités de santé et le contrôle de l'action de ces derniers.
- Former les leaders des OCB intervenant dans le domaine de la santé à élaborer des POCL tenant compte du genre et faire des plaidoyers.

En matière de planification:

- Contribuer à renforcer une planification ascendante et participative
- Inclure tous les acteurs du secteur public, privé, de la société civile et des tradi-praticiens dans la planification et le suivi du système de santé
- Création d'un outil informatique à actualiser de cartographie des interventions
- En matière de S/E: améliorer la fonctionnalité du SNIS, renforcer les mécanismes de rétro-information et de supervision et suivi de la qualité et fiabilité des données, …

En matière de gestion:

- *Des ressources humaines*: déconcentration, formation initiale et continue et leur suivi, plan de carrière, motivation plus équitable et fondée sur la performance, critères d'affectation ou de nomination,
- *Des ressources financières*: Budgétisation participative, suivi budgétaire, … (en cohérence avec les défis en matière de planification), études sur FDD, formations, (document de plaidoyer)
- *Des ressources matérielles*: maintenance, plan d'amortissement, plateau technique à mettre en adéquation avec les PMA et PCA et les

normes de bonne gestion, marché public, expérience en matière d'investissement en infrastructure (voir ASSRMKF)

- *Des ressources techniques*: recyclage, formation continue, documentation et bibliothèques (revues scientifiques?), 'Meilleures pratiques' et recherche action opérationnelle (en relation avec l'unité de mémoire institutionnelle du niveau central et régional, …).

2 Orientations stratégiques

2.1 Vers un programme global d'appui au secteur santé

2.1.1 Vision à long-terme

La Belgique et le Sénégal connaissent une longue histoire de partenariat et de coopération dans le secteur santé. Cette coopération a évoluée graduellement, suivant les nouveaux concepts d'aide internationale, vers une approche programme. Démarrant par une analyse systémique du secteur, différentes portes d'entrée stratégiques ont été identifiées pour appuyer le secteur. Les expériences des interventions précédentes ont été utilisées pour mieux comprendre les besoins et priorités du secteur.

Le programme a identifié 3 grands axes d'attention dans le système de santé qui sont estimés stratégiques pour le Sénégal. Il s'agit (i) du problème de la gestion (gouvernance) des services à tous les niveaux du système, (ii) de la qualité des soins offerts («l'offre») et (iii) de l'accessibilité et de la qualité des soins telles que perçue par la population (la «demande»). Ces axes trouveront une traduction dans les 2 interventions de la coopération belgo-sénégalaise (PAGOSAN-PAODES).

La coopération belge compte intervenir dans le secteur de la santé durant plusieurs PICs. Ce programme s'inscrit ainsi dans une vision d'ensemble d'au moins 12 ans avec le grand avantage que des aspects du système à améliorer sur un long terme peuvent être adressés sans la crainte d'interrompre les efforts entrepris.

2.1.2 La valeur ajoutée de l'intervention

La valeur ajoutée de la présente intervention (PAGOSAN) se situe dans trois domaines très liés.

Il s'agit :

- du **processus de capitalisation des expériences par le Ministère**,
- du **renforcement du dialogue sectoriel** entre le MSP et les PTFs du secteur,
- la préparation du Ministère à tous les niveaux de la pyramide pour absorber des modalités d'aide diverses et modernes, telle que **l'aide budgétaire sectorielle et une approche SWAp**.

L'objet de l'intervention est d'obtenir des progrès significatifs dans ces trois domaines et de permettre au Sénégal d'être prêt pour bénéficier d'une aide budgétaire sectorielle.

L'approche sectorielle est une méthode de travail entre un gouvernement et ses partenaires, qui travaillent ensemble à la mise en place progressive d'une politique et d'une stratégie sectorielle complète et cohérente, soit une approche commune pour l'ensemble d'un secteur particulier. Il s'agit donc d'un concept

avant tout dynamique. Elle devrait être menée par le gouvernement (notions d'appropriation et de « leadership »), en vue d'augmenter la cohérence entre la politique, les dépenses et les résultats, et de réduire les coûts de transaction.

Plusieurs critères la caractérisent, parmi lesquels les plus fréquemment cités sont les suivants :

- Tous les acteurs concernés, en particulier les PTF's importants, soutiennent une politique et une stratégie communes, étendues à l'ensemble du secteur ;
- Un programme intégré de dépenses à moyen terme (CDMT) soutient cette politique ;
- Le gouvernement dirige le processus, dans un contexte de partenariat durable et dans un esprit de responsabilité mutuelle ;
- Des processus et approches communs sont en place pour mettre en oeuvre et gérer la stratégie sectorielle et le programme de travail ;
- Les partenaires s'engagent à évoluer vers une plus grande utilisation des systèmes de gestion et de rapportage de l'État, pour le décaissement et le suivi de l'ensemble des fonds.

Les domaines clés au cœur d'une approche sectorielle à atteindre à la fin de l'intervention sont usuellement sept (EUOPAID, juillet 2007) :

- Les cinq éléments:
  - la politique et la stratégie sectorielles
  - le budget et ses perspectives à moyen terme
  - la coordination sectorielle entre les bailleurs de fonds
  - le cadre institutionnel et la capacité institutionnelle
  - le suivi des performances
- Deux éléments supplémentaires influencent les performances d'une approche sectorielle:
  - Le cadre macroéconomique
  - Les systèmes de gestion des finances publiques (GFP).

La présente intervention prend en compte les 5 premiers éléments. L'évaluation du développement de cette approche ne peut se faire qu'en collaboration des autres bailleurs de fonds. Les critères absolus pour la mener à bien sont rares, pour ne pas dire inexistants. Les problèmes du système de santé seront analysés globalement. Leurs rubriques sont proposées au chapitre sur les indicateurs.

Cette intervention contribuera à renforcer **le dialogue sectoriel**, afin que l'appui de l'ensemble des PTFs du secteur devienne plus coordonné et efficace.

2.1.3 Un alignement critique par rapport à la politique sectorielle

La coopération belgo-sénégalaise a pour principe de s'inscrire dans la politique nationale afin de rentrer dans une logique d'amélioration continue de sa mise en

œuvre. En effet, il est difficile pour le système de santé de se développer d'un coup, d'un moment à un autre. Il s'agit de passer par étapes, de chercher continuellement les opportunités pour prendre des initiatives propices et ainsi de faire évoluer le système graduellement. La ligne conductrice restera toujours de contribuer à un système toujours plus efficace et équitable en faveur des plus pauvres dans la société. Le programme s'inscrit donc dans la politique exprimée dans le PNDS et appuiera sa mise en œuvre.

Ceci implique que le présent programme, mis en œuvre par deux interventions, le PAGOSAN et le PAODES, fait partie intégrante des plans du partenaire. Le programme négociera, en commun accord avec le partenaire, les activités à l'intérieur du plan national qui pourront être financées / appuyées, peu importe le niveau de la pyramide sanitaire où l'on se trouve. Les plans annuels qui seront proposés à la SMCL ne seront que des extractions des plans nationaux.

En même temps, ce programme s'inscrit dans un dialogue constructif, continu et critique avec le MSP. Les 3 axes ou sous-programmes constitueront des portes d'entrée, non seulement pour planifier des activités d'appui au système, mais aussi pour capitaliser les expériences à travers un système de 'monitoring et évaluation' poussé. Ainsi, bien qu'aligné, le programme se propose de contribuer à un **dialogue sectoriel** critique avec le Ministère sur les enjeux et les faiblesses du système afin de faciliter des décisions stratégiques sur la politique sectorielle.

De par sa flexibilité et son alignement, le programme «Santé» sera, par principe, en mesure de se réorienter selon les évolutions récentes et continues du système de santé national et pourra ainsi répondre de façon dynamique aux besoins changeants.

2.1.4 Harmonisation – division de travail – coordination

La Coopération belgo-sénégalaise n'est pas la seule coopération qui s'implique dans le secteur de la santé. Elle doit clairement s'inscrire dans un ensemble d'interventions coordonnées entre PTF's, guidée par le MSP et sur la base de sa politique.

Ce constat n'est pas contradictoire avec le fait que le programme belgo-sénégalais s'investit dans une coordination interne poussée, mais reconnaît plutôt un besoin supplémentaire d'harmonisation et de coordination inter-bailleurs en faveur de l'ensemble des interventions dans le secteur de la santé. Dans l'analyse de situation du secteur santé présenté dans ce DTF, une description des interventions menées par les autres partenaires de développement du secteur permet de bien les prendre en compte (à travers les résultats et activités identifiés).

2.1.5 Collaboration avec le programme 'bourses' de la coopération belgo-sénégalaise

La réorganisation du programme des bourses de la coopération belge permettra à la présente intervention de chercher activement une complémentarité dans le renforcement des capacités. Des institutions nationales publiques et/ou privées seront identifiées, dans ce cadre. La présente intervention proposera des candidats et des domaines de bourses à considérer par la coopération belgo-sénégalaise, conformément aux nouvelles modalités en matière de leur attribution.

2.1.6 Axes stratégiques de l'actuelle intervention dans l'ensemble du programme

Comme l'indique la fiche d'identification du projet et en conformité avec le principe d'alignement, la présente intervention s'inscrit dans le cadre institutionnel, programmatique et de mise en œuvre du PNDS 2009-2018. Elle cherche non seulement à consolider et à compléter les acquis des interventions antérieures ou en cours de la coopération belgo-sénégalaise, mais aussi en développant un dialogue structuré dans la perspective d'une approche sectorielle. Dans un passé récent, le secteur de la santé au Sénégal a été appuyé par la coopération belgo-sénégalaise à travers un projet d'appui aux provinces de Kaolack, Fatick, Diourbel et Kaffrine, ciblée essentiellement sur l'offre de soins et la qualité des services de santé, d'une part et, à travers un projet d'appui aux micro-assurances santé (le côté demande) à travers le projet PAMAS d'autre part.

La présente intervention est donc une suite logique à ces interventions et fait partie d'un ensemble de 2 programmes qui devraient démarrer presque simultanément :

- Le programme «PAGOSAN», comme indiqué dans son objectif spécifique, vise à contribuer à l'amélioration de la gouvernance sanitaire, 4ème objectif du PNDS 2009-2018. Il s'inscrit ainsi intégralement dans la politique sanitaire et les plans nationaux qui la déclinent;
- Le programme «PAODES», a pour objectif spécifique le suivant : «L'accès équitable de la population à des soins de santé de qualité est durablement amélioré » fera objet d'une analyse et formulation indépendante de celle du programme PAGOSAN. Il est conçu comme complémentaire avec une attention particulière accordée, d'un côté, à l'offre des soins, c'est à dire à la qualité des prestations médicales et, d'un autre côté, à la demande des soins, c'est-à-dire au système de financement de ces prestations par les usagers (par un mécanisme de mutualisation et de participation dans l'organisation des soins).

Les deux interventions, bien qu'identifiées et formulées comme des entités séparées, travailleront de pair pour leur planification, leur budgétisation des activités, ainsi que pour réfléchir sur les normes ou stratégies de mise en œuvre des initiatives. Pour plus de cohérence, elles travailleront avec une seule SMCL. Ainsi, il est envisageable qu'un transfert ou échange d'activité(s) entre elles

puisse être décidé en cours d'exécution[13]. Cette vue d'ensemble est bien illustrée par le fait que les deux interventions partagent le même objectif général[14] et que les fiches d'identification parlent de 'composantes' quand elles se réfèrent aux interventions spécifiques. Nous utilisons dans ce DTF le terme d'intervention lorsque nous évoquons le PAGOSAN et le PAODES.

2.1.7 Indicateurs du programme (PAGOSAN-PAODES)

Etant donné que le programme s'inscrit intégralement dans la politique et les stratégies nationales, il suivra les indicateurs nationaux retenus afin de mesurer le progrès global au sein du système de santé national. Les résultats nationaux seront comparés avec ceux obtenus au niveau des régions appuyées. Les indicateurs de la présente intervention seront harmonisés avec ceux du PAODES.

Les indicateurs nationaux seront complétés avec des indicateurs de processus, proposés dans le cadre logique de cette intervention afin de permettre de suivre spécifiquement les activités réalisées et surtout les résultats atteints.

L'importance du monitorage était évoquée déjà par rapport à la capitalisation des expériences basée sur l'évidence plutôt que sur l'intuition. Pour chaque initiative importante menée dans le cadre de l'intervention, la direction devra revoir les indicateurs proposés par le DTF et les compléter avec d'autres indicateurs s'y référant.

2.2 Stratégie globale d'intervention

2.2.1 Objectif général et objectif spécifique

L'objectif général du programme est «d'améliorer la santé des populations rurales du bassin arachidier (5 RM ciblées) par un renforcement durable du système de santé», qui est un des 4 objectifs sectoriels du PNDS 2009-2018'. La formulation ne propose aucun changement à ce niveau.

L'objectif spécifique est de 'contribuer à l'amélioration de la gouvernance du secteur de la santé, 4ème objectif sectoriel du PNDS 2009-2018'.

La formulation ne propose aucun changement à ce niveau. En étudiant les 4 axes de renforcement du système de santé, telles que proposées dans la fiche d'identification (au point 4), l'objectif spécifique peut être traduit comme un appui institutionnel

- à l'ensemble de la pyramide sanitaire dans les domaines de gestion, planification et M&E du système de santé en terme de régulation et d'établissement de normes et standards ainsi que dans ceux du renforcement de ses propres capacités en matière de développement

[13] Voir modalités d'exécution

[14] La fiche analytique de l'intervention PAODES parle de populations défavorisées et celle du PAGOSAN, de populations rurales, mais il s'agit bien sûr d'une même cible dans les 5 RM

d'une approche SWAP à laquelle tous les partenaires adhèrent et s'alignent à tous les niveaux ;

- spécifiquement dans une approche systémique aux 5 RM sur les 14 (40% de la population totale du pays) en :
    - Appuyant au niveau périphérique les stratégies nationales en ces domaines ;
    - Autant qu'en fournissant des précieux 'feedback' au niveau central et à tous les PTF's actifs dans le renforcement en ces domaines, dans la mise au point de ces normes et standards, leur applicabilité et leur opérationnalité.

La Figure 1 ci-dessous, montre la complémentarité entre les 2 'composantes' d'un même programme. Le PAGOSAN s'occupera essentiellement de la problématique de la gestion des services, tandis que le PAODES se concentrera sur leur qualité, avec 2 logiques complémentaires, celle de l'offre et celle de la demande de soins.

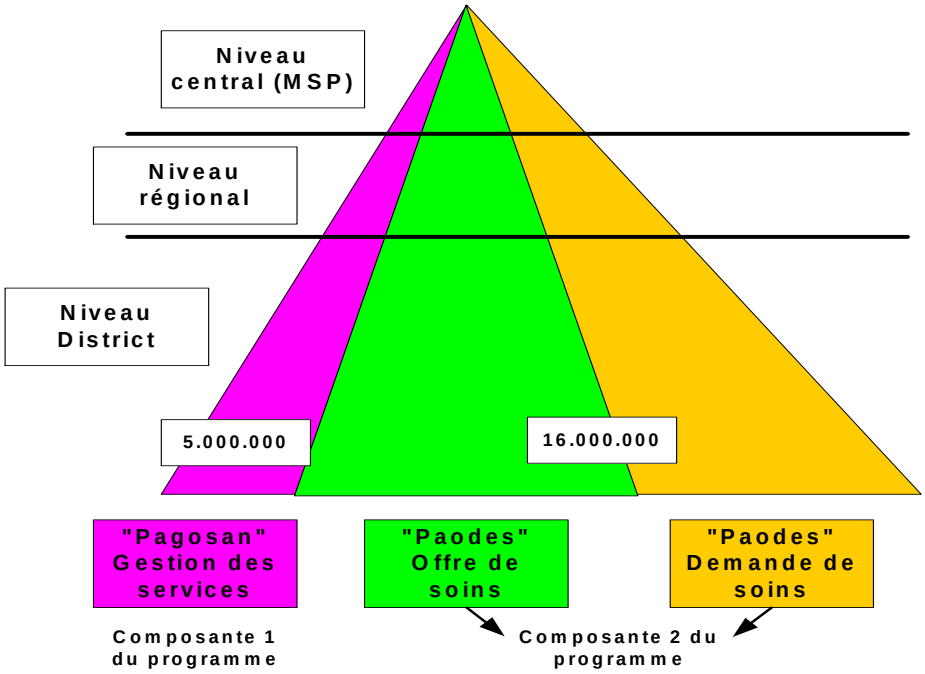


Figure 1 : Schéma du programme santé futur au Sénégal

2.2.2 Coordination des 'programmes' pour cohérence interne et le renforcement du dialogue sectoriel

De telles interventions complémentaires nécessitent une concertation structurée entre elles. C'est ainsi que des réunions de coordination sont proposées, une planification initiale commune et une seule SMCL pour l'ensemble du programme. Bien que chaque sous-programme ait sa logique de planification interne et son indépendance financière (directions d'intervention séparées), leurs composantes se concerteront formellement et intensivement pour identifier les

axes d'intervention communs et les synergies à effectuer, avant de rentrer dans les détails d'une planification annuelle individuelle.

L'Assistant technique international proposé dans le cadre de cette intervention travaillera ainsi dans une équipe avec les autres AT internationaux et nationaux (à voir dans PAODES). Leurs compétences seront complémentaires et peuvent être sollicitées par le programme global à chaque moment. Les AT ne seront ainsi pas strictement confiés à 'leur volet' spécifique.

Un des ATI deviendra le coordinateur du programme global et sera non seulement le porte-parole principal dans les SMCL mais sera aussi un interlocuteur important pour les attachés de l'ambassade de Belgique pour les tenir au courant continuellement du progrès du programme et de la performance du secteur pour ainsi nourrir et renforcer le dialogue sectoriel. Cette coordination contribuera à la création des structures fonctionnelles nécessaires pour une future aide sectorielle.

L'intégration du projet PAMAS existant (dont la fin d'intervention est prévue pour 2012), fera l'objet d'une étude pendant la formulation du PAODES (en ses aspects «demande») en vue de proposer une stratégie d'intégration à terme.

2.2.3 La durée

La durée de l'intervention est de 4 ans, comme proposée dans la fiche d'identification. Par contre, il est clair que les ambitions et l'approche programmatique préconisée exigeront une continuation de l'appui au secteur de la santé du Sénégal au-delà de ces 4 ans.

2.2.4 Le renforcement des capacités en gestion des services

Les activités proposées dans le cadre de l'intervention, qui d'ailleurs appartiendront toutes aux plans d'actions nationaux, visent un accompagnement des acteurs nationaux dans le système de santé au niveau national et régional et s'inscrivent ainsi dans un renforcement des capacités, tant individuelles qu'institutionnelles. Elles doivent soutenir le socle de gouvernance sur lequel PAODES pourra s'édifier.

La qualité des soins et services dans un système de santé dépend largement de la façon dont fonctionnent les services, c'est-à-dire de la façon dont les services sont gérés. Leur bonne gestion englobe plusieurs aspects qui recevront tous une attention particulière dans l'intervention :

- Des services de gestion financière, de gestion des ressources humaines et de gestion des infrastructures et matériels performants.
- Une planification en adéquation avec les ressources financières, matérielles et humaines disponibles ;
- Une planification qui lie les investissements avec les besoins en coûts récurrents ;
- Une planification ascendante avec un feedback conséquent par les instances supérieures ;

- Une planification basée sur des résultats et avec un système de monitorage performant (M&E) ;
- Une description des mandats des unités opérationnelles, ainsi que celle des fonctions et tâches pour la rationalisation de l'organisation institutionnelle interne.

Mais aussi :

- Des évaluations périodiques de la performance du système ;
- Une gestion journalière des décisions et des ajustements continuels des plans d'action selon les évolutions et les opportunités qui se présentent ;
- Une organisation de la communication interne et externe des institutions concernées qui permet une large participation de tous les acteurs ;
- Une réforme du secteur (en cours) qui cherche à équilibrer les pouvoirs et contre-pouvoirs dans son organisation. Ainsi, le programme appuiera la mise en place et le fonctionnement d'un véritable service d'inspection et contribuera à la création d'une culture de 'redevabilité' interne au système
- La mise en place d'un processus de capitalisation des expériences qui permet au système d'apprendre de ces expériences, de les institutionnaliser dans une politique nationale et de les disséminer dans d'autres structures non impliquées initialement dans l'expérience. C'est ainsi que les 5 Régions couvertes par l'intervention créeront des synergies entre elles et avec les autres ;
- Un travail normatif continu par le niveau central basé sur ce processus de capitalisation. Une politique sectorielle n'est pas statique mais doit être dynamique et évolutive. Des ajustements continus à travers des analyses de situation et des expériences de pratiques opérationnelles devront être faits. La capitalisation de ces expériences et leur traduction en politique sectorielle est l'ultime force de tout Ministère performant. Le programme devra se concentrer sur ces processus dans le cadre d'un renforcement des capacités individuelles et institutionnelles.
- Une attention particulière pour la responsabilisation des structures et des postes décentralisés suivie par des moyens et un renforcement des capacités nécessaires pour permettre une autonomie relative à terme de ces structures et services ;
- Un accompagnement de la réforme institutionnelle en cours (rationalisation de l'organigramme du MSP, en alignement au projet DREAT) afin que les structures et services soient le plus possible en adéquation avec les besoins en gestion ;
- Une relation plus intensive et complémentaire entre les services de santé à tous les niveaux et les institutions académiques et de formation (faculté de médecine, écoles paramédicales, société civile, …) ;
- La préparation d'un MSP en marche vers une aide budgétaire sectorielle.

Les résultats et activités proposés couvrent, dans la mesure du possible, l'ensemble de ces aspects de 'gouvernance' des services et institutions de santé. Ainsi l'intervention vise à créer un environnement propice dans lequel les services de soins et les actes médicaux pourront livrer des soins de santé préventive, curative et de réhabilitation de qualité (champ d'attention de PAODES).

3 Planification opérationnelle

Pour rappel, la planification opérationnelle de la présente intervention a pour dénominateurs communs :

- appui aux stratégies nationales en ne recourant qu'aux structures existantes (conformément à un système de santé en cours de réforme)
- accompagnement en matière de décentralisation de la prise en compte du problème santé (démocratisation du système, dialogue communautaire, appui aux CL, …)
- contribution à rendre le MSP prêt pour bénéficier d'une aide budgétaire sectorielle.

Note introductive : les sous-activités sont proposées afin de préciser le contenu de chacune des activités dont le processus sera évalué, mais ne présentent pas un caractère obligé ni exhaustif pour la direction de l'intervention. Les modalités d'exécution sont conçues pour une flexibilité optimale.

3.1 Objectif général

Améliorer la santé des populations rurale des Régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès par le renforcement durable du système de santé

3.2 Objectif spécifique

Contribuer à la gouvernance du secteur de la santé, 4ème objectif du PNDS 2009-2010

3.3 Résultats attendus

La vision du PNDS 2009-2018 repose sur la vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif. Les enjeux et défis de ce plan s'inscrivent dans l'agenda OMD-santé et à l'échéance de 2015.

Les gaps sont encore importants pour la réalisation des OMD-santé, notamment en matière de santé maternelle et infantile. L'accélération de leur réalisation constitue donc l'un des défis majeurs du plan. L'importance des efforts à fournir pour atteindre ce résultat nécessite toutefois un recadrage institutionnel rigoureux, l'opérationnalisation de la carte sanitaire, la mobilisation de ressources adéquates, une bonne politique d'allocation de ressources et la culture de la performance.

Malgré les efforts fournis pour l'amélioration de l'accès, il existe toujours des barrières quant à l'accès des pauvres aux services de santé. Il y a des risques

que l'atteinte des objectifs du PNDS 2009-2018 soit compromise, si cette situation persiste. Il faudra, par conséquent, veiller non seulement au renforcement de l'offre, mais aussi et surtout à la solvabilité de la demande et à l'adoption d'une stratégie volontariste de promotion de la multisectorialité.

Dans cette perspective d'une amélioration significative de la démocratisation des soins de qualité, le relèvement du plateau technique des centres de santé pour les élever au rang d'hôpitaux de district est à l'ordre du jour.

En outre, la carte sanitaire devra, à cet effet, être révisée pour être plus ambitieuse et permettre ainsi une distribution des prestations de manière plus équitable. D'autres défis majeurs du PNDS 2009-2018 sont la persistance du déficit en ressources humaines de qualité et la mauvaise répartition du personnel. L'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan de développement des ressources humaines et la consolidation des acquis en matière de motivation particulièrement des personnels travaillant dans les zones difficiles sont incontournables dans la situation actuelle.

La protection des groupes vulnérables constitue une priorité de la stratégie de réduction de la pauvreté. A ce propos, les initiatives de subvention et de gratuité des prestations prises au cours du précédent PNDS seront, par conséquent, mieux administrées pour garantir leur pérennité. La mise en place d'un système de couverture médicale universelle constitue à cet égard, une priorité.

Les principes qui vont guider la mise en oeuvre du PNDS 2009-2018 sont la participation, la multisectorialité, la transparence, la solidarité, l'équité et le genre.

La mise en oeuvre de ce plan s'inscrit dans l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux du DSRP et des OMD et plus spécifiquement de :

(i) Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto juvénile ;
(ii) Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
(iii) Renforcer durablement le système de santé ;
(iv) Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

La présente intervention s'inscrit dans cette mise en oeuvre. Ainsi conformément à la vision et aux objectifs, les stratégies d'intervention au cours des dix prochaines années seront véritablement tournées vers la réalisation du bien-être des familles sénégalaises par l'amélioration de la qualité de l'offre de services. Cette orientation majeure passe par un système de santé accessible à tous, avec des collectivités locales et des agents de santé responsables qui rendent compte, des populations organisées qui participent et contrôlent, des partenaires techniques et financiers qui s'alignent aux priorités nationales.

Se basant sur les 2 derniers objectifs présentés ci-dessus, l'intervention prend en compte les orientations stratégiques suivantes pour chacun des deux niveaux des résultats :

- *Pour l'atteinte du troisième objectif sectoriel :*
    i. Développement des ressources humaines,
    ii. Renforcement du système d'information et de la recherche en santé.
- *Pour l'atteinte du quatrième objectif sectoriel :*
    i. Promotion de la gestion axée sur les résultats,
    ii. Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière.

Les 6 résultats concourant à l'atteinte des objectifs sont présentés ci-dessous par niveau. La plupart des résultats sont introduits par des extraits du PNDS 2009-2015, afin de rappeler leur conformité avec ce plan.

3.3.1 AU NIVEAU CENTRAL : 3 résultats

Résultat 1 : Le cadre institutionnel et organisationnel du MSP, en cours de réforme, a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès à une aide budgétaire sectorielle future, en terme d'efficacité, d'efficience, de transparence et de capitalisation (5 activités)

Résultat 2 : Le processus de planification ascendante et participatif dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle future, particulièrement en terme de son suivi/évaluation (4 activités)

Résultat 3 : Les processus d'une gestion plus efficiente et transparente des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) dans la mise œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle future (3 activités)

3.3.2 AU NIVEAU REGIONAL : 3 résultats

Résultat 4 : Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées, en cours de réforme, est significativement renforcé en terme d'efficacité, d'efficience, de transparence et de capitalisation, dans le respect du cadre de la politique et des stratégies nationales de décentralisation/mutlisectorialité (4 activités)

Résultat 5 : Le processus de planification ascendante et participative dans la mise en œuvre 'régionale' du PNDS 2009-2018 est significativement amélioré dans les 5 RM ciblées, dans le cadre de la coordination entre partenaires et les acteurs régionaux (3 activités)

Résultat 6 : Les processus d'une gestion plus efficiente et plus transparente des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) sont améliorés dans les 5 RM ciblées (4 activités)

3.4 Activités à mettre en œuvre par niveau et par résultat

3.4.1 Au niveau central

Trois résultats sont proposés à ce niveau.

Résultat 1 : Le cadre institutionnel et organisationnel du MSP, en cours de réforme, a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès à une aide budgétaire sectorielle future en terme d'efficacité, d'efficience, de transparence et de capitalisation

Ce résultat se réfère à la dynamique de réforme du MSP en cours qui se base sur les éléments ci-dessous.

Les orientations tirées de l'analyse de l'organisation du système de santé reposent sur la mise en place d'une structure chargée de la planification, du suivi-évaluation, des études et de la recherche, d'une Direction générale de la santé qui aura en charge la coordination des directions techniques et des Régions Médicales, d'une Direction en charge de la santé de la mère du nouveau-né, de l'enfant et des adolescents et d'une Direction de la lutte contre la maladie.

Par ailleurs, à tous les niveaux de la pyramide, les structures chargées de la mise en oeuvre seront renforcées pour une utilisation optimale des ressources, une synergie et coordination effective des interventions. Il s'agit d'atteindre des objectifs ciblés dans le PNDS et d'instaurer la gestion axée sur les résultats en mettant en place des cadres de coordination et en institutionnalisant l'évaluation périodique. Il s'avère aussi nécessaire de préciser les missions des directions et services en élaborant un arrêté d'application dès que le décret organisant le Ministère sera validé.

Pour réussir la décentralisation et la multisectorialité, il est proposé de mettre en place un cadre de concertation avec les autres secteurs à tous les niveaux. Au niveau de la coordination, le système de planification devrait connaître une évolution majeure avec le présent PNDS, notamment avec la mise en place d'une structure chargée de son animation. Celle-ci devrait disposer de tous les pouvoirs de coordination, de suivi et d'évaluation des projets/programmes. La coordination va au-delà du secteur et doit prendre en compte le caractère multisectoriel des objectifs de santé. Cette démarche renforce la cohérence et l'efficacité de la lutte contre la pauvreté dans le domaine de la santé. En effet, la société civile, le secteur privé de la santé et d'autres départements ministériels mènent des activités qui peuvent être déterminantes pour l'atteinte des objectifs du secteur. Le mécanisme de coordination se présente ainsi au niveau central : des comités de coordination et de pilotage des programmes prioritaires seront fonctionnels.

D'autre part, la coordination sera renforcée à tous les niveaux en améliorant la communication interne. Un effort particulier sera fait pour le suivi des réformes et des initiatives de politique. Le défi à relever à ce niveau est d'assurer l'application des textes en vigueur et la mise en oeuvre des directives, circulaires et mesures

prises pour l'amélioration de la gestion du secteur. Il sera procédé, systématiquement, à l'évaluation des réformes de façon concertée avec toutes les parties prenantes. Les cadres de collaboration formels avec les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), collectivités, les autres départements ministériels, le secteur privé, les organisations de la société civile, les associations de consommateurs, les Universités et les autres institutions de formation feront également l'objet d'évaluations périodiques en vue d'améliorer leur fonctionnement.

L'évaluation des acquis en matière de gouvernance sera surtout basée sur les rapports des enquêtes de satisfaction auprès des usagers et des populations bénéficiaires. Ces enquêtes seront menées de façon périodique en conformité avec le plan de suivi-évaluation du PNDS. Celui-ci sera mis en place pour mesurer les progrès acquis dans ces différents domaines et prendre les mesures correctives idoines.

Ainsi cinq activités contribueront à l'atteinte du résultat.

Activité 1.1 : La réforme institutionnelle au niveau central est accompagnée dans sa mise en place, en complémentarité avec d'autres PTF's

Cette activité est éclatée en 4 sous activités

S/act 1.1.1 : Etablir et valider une **Stratégie Nationale de Renforcement du Système de Santé (SNRSS)** qui vise à créer un cadre référentiel pour l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population, dans lequel seront menées les interventions synergiques de tous les acteurs. Ce cadre constitue autant un instrument d'intégration pour toute intervention de partenaire du MSP qu'une contribution pour rendre la pyramide sanitaire plus cohérente et performante (sur la base de GAR) en marche vers le SWAp (Sector Wide Approach, c'est à dire une approche sectorielle). Il sera établi en recourant à une expertise internationale d'une durée de 2 H/Mois étalés sur un an. Le montant de cette activité inclus plusieurs ateliers de partage et de validation avec tous les acteurs centraux et régionaux ainsi que les principaux PTF's.

Au niveau du contenu, ce SNRSS définira le cadre systémique du MSP à tous les niveaux. Y seront inclus à titre d'exemple : les référentiels en terme de performances attendues de chaque élément du système, les performances des hôpitaux, en particulier au niveau de l'hôpital de District (par exemple le développement de prestations en chirurgie et obstétrique de base et leur plateau technique adéquat, etc.) et au niveau des hôpitaux de référence régionaux, le mandat des Equipes Cadre de DS ainsi que le cahier des charges des formations à mener.

S/act 1.1.2: Accompagner le renforcement des mécanismes de coordination fonctionnelle en interne au niveau central ainsi que la mise en place des nouvelles structures qui vont être adoptées dans le cadre du DREAT, en particulier celles de :

- la future unité responsable de la planification et du suivi des plans déclinant le PNDS 2009-2018
- la gestion des RH
- la coordination nationale des RM, en concertation avec le cabinet du MSP
- la cellule de l'inspection générale

S/act 1.1.3 : Renforcer le cadre de partenariat avec les PTF's alignés sur la SNRSS ainsi que le dialogue sectoriel.

S/act 1.1.4: Assurer des bureaux adéquats de travail pour le CAS/PNDS, le service d'inspection et le Centre National de Documentation (archives de la mémoire institutionnelle : voir ci-dessous), leurs équipements et logistique (véhicules).

Activité 1.2 : Accompagner la mise en place d'une unité de mémoire institutionnelle au niveau central en lien avec des unités régionales

Cette activité est éclatée en 3 sous activités

S/act 1.2.1 : Créer un Centre National de Documentation au sein du MSP, en recourant à une expertise nationale ponctuelle couvrant les niveaux central et régional et sur la base d'une étude menée par le Secrétariat Général en 2007.

S/act 1.2.2 : Définir les outils d'archivage physique et électronique et de diffusion et les mettre en place.

S/act 1.2.3 : Editer un bulletin national et semestriel d'information sur les actions menées au sein du MSP par tous les acteurs et bénéficiaires et sur les «Meilleures Pratiques» identifiées et rédigées.

Activité 1.3 : Accompagner le renforcement de compétences au niveau central (stages, formations courtes durée, bourses, …)

Cette activité est éclatée en 2 sous activités

S/act 1.3.1 : Identification des besoins en formations en vue d'établir et valider un plan annuel de formations continues

S/act 1.3.2 : Organiser des formations ponctuelles qui ne seraient pas incluses dans le dossier 'Bourses'[15] de la coopération belgo-sénégalaise en gageant sur l'engagement des formés pour une période à déterminer.

Activité 1.4 : Organiser des ateliers / séminaires nationaux de capitalisation (une par an et d'une durée de trois jours) sur les expériences qui pourraient être 'meilleure pratique' au sein de l'ensemble du système de santé.

[15] Conformément à la stratégie actuelle des bourses de la coopération belge

Activité 1.5 : Appuyer le développement et la mise en place d'une stratégie 'genre' au sein du MSP

Cette activité prend en compte les recommandations de l'étude présentée au chapitre 2, est éclatée en 3 axes et 4 sous activités.

Le premier axe : appuyer les acteurs au niveau central pour la prise en compte du genre dans la formation des politiques de santé et la gestion des ressources humaines.

> **S/act 1.4.1 :** Organiser des ateliers de formation au niveau central sur 'genre et santé' (concepts, théories et méthodes d'une approche genre, genre, étude de base, base de données, genre et planification, monitoring et évaluation, …)
>
> **S/act 1.4.2 :** Organiser des ateliers de la formulation d'une conception partagée sur le genre et l'adoption d'une démarche d'opérationnalisation (en recourant entre autre à l'utilisation d'un logiciel ad hoc)

Le deuxième axe : déclencher un processus de réflexion sur la couverture des zones défavorisées et l'utilisation optimale du personnel 'homme et femme'

> **S/act 1.4.3 :** organiser des ateliers de réflexion au niveau central sur la qualité, la quantité du personnel, le genre, la couverture, les implications socioculturelles, les solutions proposées, …

Le troisième axe : renforcer la production des connaissances en santé genre et gouvernance (gestion des ressources)

> **S/act 1.4.4 :** mener des recherches sur le sujet 'Genre'. Pour mémoire : un octroi de bourses sur «genre et santé» (de 10 à 12 mois) à un jeune médecin, doctorant en sociologie, conformément à la stratégie actuelle de la coopération belgo-sénégalaise.

Résultat 2 : Le processus de planification ascendante et participative dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau optimal par rapport à l'accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle future, particulièrement en terme de son suivi/évaluation

Le système de planification du secteur de la santé comprend 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 défi essentiel pour cette intervention est d'appliquer effectivement cette mécanique. Elle sera effective Les plans annuels de chacun des niveaux ne seront finalisés que si ceux des niveaux inférieurs du système sont validés, dans le respect des stratégies définies dans le PNDS.

Chaque année, les acteurs des différents niveaux élaborent leur plan de travail qu'ils communiquent au niveau supérieur (région pour les districts, direction en charge de la planification pour les régions et le niveau central).

La promotion de la gestion axée sur les résultats fait partie intégrante du processus: le but visé par cette stratégie est d'asseoir, de façon durable, une gestion efficace et coordonnée du secteur basée sur la transparence. Il s'agit de créer les conditions favorables à une participation effective des acteurs concernés. Cela passe par un partage équitable des ressources et des informations, une distribution des services sans discrimination. C'est dans ce cadre que la planification à la base sera renforcée et le système d'allocation de ressources rendu plus équitable. La répartition des ressources et leur utilisation constituent, en effet, les domaines critiques pour l'implantation du CDSMT. C'est pourquoi un effort particulier sera fait pour la formulation de critères partagés d'allocation des ressources, la systématisation des contrats de performance et du contrôle. Les services de l'inspection du ministère seront renforcés en logistique et moyens humains pour les besoins d'inspection et de vérification.

C'est sur cette base que quatre activités contribueront à l'atteinte du résultat.

Activité 2.1 : Contribuer au développement d'outils liés à la planification intégrée ascendante et participative

Cette activité est éclatée en 3 sous activités

> **S/act 2.1.1 :** Revoir les guides nationaux de planification pour tous les niveaux y inclus les outils d'évaluation en matière de gouvernance.
>
> **S/act 2.1.2 :** Etablir une stratégie de recyclage des responsables impliqués dans les processus de planification pour tous les acteurs au niveau national et organiser les formations prescrites
>
> **S/act 2.1.3 :** Contribuer à l'établissement des plans de réalisation et de réhabilitation de la Carte Sanitaire.

Activité 2.2 : Renforcer le sous système de suivi/évaluation du PNDS et améliorer la fonctionnalité du SNIS

Le niveau central est chargé de la politique d'orientation, de la coordination, du pilotage, du suivi de la mise en oeuvre et de l'évaluation du plan national de développement sanitaire. A cette fonction stratégique s'ajoute celle de régulation et de formulation des directives pour la tenue des instances de coordination que sont la revue annuelle conjointe, le comité interne de suivi et la mission conjointe de supervision.

Les centres de responsabilité du niveau central, à l'instar des niveaux périphériques et intermédiaires, sont astreints à produire des résultats dans le cadre de la mise en oeuvre des plans de travail annuels, en conformité avec l'esprit du CDSMT. Les réunions hebdomadaires du cabinet serviront de prétexte

pour réfléchir et discuter sur les questions majeures d'actualité, sur la réorientation ou l'affinement des stratégies.

Chaque plan doit disposer d'un cadre de suivi et évaluation fondé sur les étapes suivantes :

(1) Définir l'objectif et le champ d'investigation avec les parties prenantes;
(2) Identifier l'information et les indicateurs nécessaires établis à partir des objectifs spécifiques dont ils constituent le moyen de contrôle et les méthodes de calcul et de renseignement (y compris les sources de vérification) ;
(3) Planifier la collecte et l'organisation des informations ;
(4) Planifier le processus de réflexion et de moments critiques ;
(5) Etablir la qualité de la communication et des documents.

Il s'avère nécessaire que le service national d'information sanitaire développe des outils et méthodes nécessaires à la mise en oeuvre du cadre de suivi et d'analyses, en collaboration avec les directions, services et programmes. L'objectif visé est d'obtenir des données fiables, d'élaborer des bases de données, les mettre à jour et les diffuser.

Un bon système de suivi et évaluation est tributaire d'une planification bien établie avec des objectifs bien fixés et des indicateurs clairement énoncés. Pour être performant et crédible, ce système doit ratisser large et dépasser le champ d'action sanitaire et s'intéresser aux systèmes de production des données sur le secteur des autres départements ministériels, institutions publiques et parapubliques, les ONG et le secteur privé. Un renforcement institutionnel sera apporté au service national de l'information sanitaire pour lui permettre d'exercer un leadership efficace, d'être une institution spécialisée du ministère de la santé qui garantit la fourniture de l'information sanitaire.

Le système de suivi/évaluation sera formalisé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

C'est sur cette base que cette activité est éclatée en 3 sous activités

S/act 2.2.1 : Renforcer les mécanismes de rétro-information par la création d'un bulletin semestriel

S/act 2.2.2 : Renforcer les mécanismes de supervision et le suivi de la qualité et fiabilité des données, en recourant par exemple à des enquêtes de satisfaction ciblées

S/act 2.2.3 : Créer un lien formel entre le SNIS et l'organe de la planification du PNDS

Activité 2.3 : Créer et mettre en place un outil informatique (à actualiser) en matière de cartographie des interventions

Cette activité est éclatée en 2 sous activités.

> **S/act 2.3.1:** Recourir à une expertise nationale ponctuelle et identifier un logiciel (GSIS)
>
> **S/act 2.3.2:** Former les responsables des RM en actualisation des cartes régionales d'interventions.

Activité 2.4 : Soutenir une ONG faîtière dans son rôle de facilitation et d'appui des ONG nationales impliquées dans le secteur de la santé

A titre d'exemple, le consortium RESSIP/CONGAD, créé en 1982, assume un rôle faîtier pour des ONG, d'OCB et d'associations. Il est le principal interlocuteur du Gouvernement et des partenaires au développement. Il fédère plus de 178 ONGs nationales et internationales. Sa vocation est de développer la concertation et les échanges entre les ONGs, de promouvoir la solidarité inter-ONGs dans l'appui aux communautés de base, de défendre les intérêts des ONGs et de les mobiliser autour des préoccupations et besoins des ONGs et de manière plus large, de la Société Civile. Il se compose de 4 organes statutaires: un Conseil d'Administration, des organes techniques, des organes d'appui stratégique et des organes de régulation et de dialogue.

Ce consortium est appuyé par la Coopération canadienne, OSIWA («Open Society Initiative for West Africa» dont l'objet est la promotion de la bonne gouvernance) et le Fonds des Nations Unies pour la Démocratie.

Cette activité se réfère à l'analyse de situation (Points faibles: « bases de données à revoir, guide de partenariat à actualiser et insuffisance en ressources humaines et financières »). En effet la professionnalisation d'un tel organisme faîtier est un facteur déterminant de partenariat surtout aux niveaux décentralisés. Au démarrage de l'intervention, la Direction soumettra à la SMCL l'identité de cette ONG faîtière.

Cette activité est éclatée en 3 sous activités.

> **S/act 2.4.1 :** Appuyer cette ONG faîtière à actualiser sa base de données
>
> **S/act 2.4.2 :** Appuyer l'actualisation du guide national de partenariat public/privé/Société Civile
> **S/act 2.4.3 :** Renforcer les capacités de responsables en vue de créer une dynamique de leur professionnalisation[16] optimale en recourant régulièrement à des expertises.

---

16 Il s'agit de concourir à la réalisation d'un service de qualité qui puisse satisfaire les besoins des usagers et des clients concernés des ONG. Plus le service rendu sera professionnel, plus son caractère indispensable deviendra évident, augmentant ainsi ses chances de pérennisation (en situant les responsables dans une

<u>Résultat 3</u> : Les processus d'une gestion plus efficiente et transparente des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle future.

La structure chargée de la gestion des Ressources Humaines (RH) du MSP veillera au respect des normes en matière de disponibilité du personnel sanitaire à tous les niveaux de la pyramide. Pour cela, elle mettra en place un système de gestion prévisionnelle du personnel et assurera la mise à jour régulière des effectifs par structure et service.

Le développement des RH vise principalement à assurer, aux différents niveaux, la disponibilité en ressources humaines en quantité et en qualité suffisante pour assurer le bon fonctionnement des divers services de santé. Un accent particulier sera mis sur les zones périphériques et difficiles avec des mesures incitatives pour fixer le personnel. Pour ce faire, le ministère doit d'abord disposer d'un plan de développement des ressources humaines intégrant le plan de carrière et de mobilité du personnel. Ce plan prendra en compte toutes les catégories socioprofessionnelles, notamment les planificateurs, les gestionnaires, les statisticiens, le personnel d'hygiène, les travailleurs sociaux et les agents de maintenance.

L'amélioration de la gestion des RH (GRH) se fera à travers la décentralisation, l'informatisation et la mise en place d'un Observatoire national des RH. La production de RH en santé sera améliorée par le renforcement des écoles publiques de formation existantes (Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social et sept Centres Régionaux de Formation en Santé) et la collaboration avec les Facultés de Médecine, de l'ISED (Institut de Santé et de Développement) et les écoles privées.

La qualité et le développement de formations initiales adéquates passent par «l'Approche par les Compétences » et la révision régulière des curricula. Chaque région disposera d'un Centre régional de Formation en Santé (CRFS) qui, en plus de la formation initiale, participera à la décentralisation de la formation continue.

D'autre part, dans le cadre de la mise en oeuvre du PNDS, chaque Direction assure la gestion d'un ou des volets relevant directement de ses compétences. Dans le processus d'élaboration des PTA, il sera mis en place une équipe technique composée de membres de la direction en charge de la planification, de celle en charge de la programmation budgétaire, de certains services du Ministère, des partenaires et du Ministère chargé de l'Economie et des Finances (MEF). Cette équipe définira les allocations globales par objectifs et programmes, conformément au cadrage macro-économique du CDSMT. La direction en

---

démarche d'évaluation permanente, de développement d'une stratégie d'adaptation basée sur les résultats et en adaptant la structure de cette organisation faîtière

charge de la planification transmettra aux différents centres de responsabilité les directives pour la planification sous forme de lettre circulaire. Celle-ci indiquera, de manière précise le format, les allocations globales par service et la date limite de transmission des PTA.

L'élaboration du budget étatique du Ministère sera sous la responsabilité d'une structure qui, en relation avec les autres structures du Ministère, prendra en compte les besoins de l'année n+1, exprimés à travers les PTA. Dans ce cadre, la structure responsable de l'élaboration du Budget veillera à une plus grande efficacité dans l'allocation des ressources et à leur alignement aux priorités du PNDS, à travers le CDSMT. L'avant projet de budget élaboré est soumis à l'appréciation du Ministre qui organise au sein du Ministère une instance d'arbitrage interne. Au cours de cet arbitrage, le niveau central apprécie l'opportunité des demandes d'inscription en mesures nouvelles. Cette phase prépare les Conférences budgétaires organisées par le MEF. Sur la base des enveloppes budgétaires communiquées par le MEF lors des Conférences budgétaires ou avant, la structure chargée de l'élaboration du budget organise les travaux du budget programme pour le répartir conformément aux arbitrages du MEF.

La gestion financière suppose aussi le renforcement des capacités des agents. A cet effet, il sera mis en place un programme de formation et de recyclage régulier des différents acteurs impliqués dans la gestion financière. Dans le souci d'une plus grande décentralisation de la gestion financière, il sera installé au niveau des Régions médicales et Districts, des unités de gestion financière. Elles seront dotées de compétences en matière de planification, d'exécution, de suivi budgétaire et de passation de marchés. En matière de budgétisation et suivi budgétaire, l'intervention devra collaborer avec la CAFSP dans ces démarches de renforcement du management et de mettre à disposition des guides opérationnels.

Pour les partenaires intervenant en dehors de l'approche programme et de l'appui budgétaire, la structure chargée de la planification mettra en place un dispositif qui leur permettra d'intégrer les PTA des régions dans lesquelles ils interviennent. De la même façon, un canevas leur sera soumis pour l'élaboration des rapports d'exécution financière et technique permettant de prendre en compte leurs activités menées sur le terrain.

La structure chargée des Equipements Médicaux aura la responsabilité du suivi en matière d'équipements, des infrastructures et de maintenance. Elle intervient dans la préparation des dossiers d'appel d'offres pour veiller au respect des normes en matière de construction et de coût et définir les spécifications techniques pour l'acquisition des équipements.

Ces trois activités contribueront à l'atteinte du résultat.

Activité 3.1 : Accompagner les réformes en cours pour disposer de ressources humaines locales de qualité, en vue de développer une meilleure gouvernance.

Cette activité est éclatée en 3 sous activités.

S/act 3.1.1 : Appuyer la déconcentration de la gestion du personnel de la DRH vers le niveau régional

S/act 3.1.2 : Effectuer une revue des curricula de formation base et continue avec l'appui de l'ISED

S/act 3.1.3 : Elaborer et diffuser un manuel de procédures en matière de RH (Plan de carrière, critères d'affectation, de nomination, de motivation et d'évaluation du personnel dans les RM).

Activité 3.2 : Actualiser les guides de gestion aux niveaux de la Région, des DS et de postes de santé

Cette activité est éclatée en 3 sous activités.

S/act 3.2.1 : Actualiser les guides disponibles actuellement à chacun des niveaux en fonction de la performance en management de chacun des niveaux (voir SNRSS) dans le sens de l'allègement des procédures

S/act 3.2.3 : Diffuser ces guides et développer une stratégie de formation de responsables pour l'ensemble du pays et applicable dans les 5 RM ciblées de la présente intervention

S/act 3.2.4 : Evaluer la performance de ces guides sur le terrain dans les 5 RM ciblées et au niveau national (dans 3 ou 4 autres RM).

Activité 3.3 : Accompagner le niveau central dans les réformes en cours pour une utilisation optimales des Ressources Financières et Matérielles

Cette activité est éclatée en 4 sous activités.

S/act 3.3.1 : Etablir, avec le DEM, une base de données du matériel disponible dans les 5 RM ciblées

S/act 3.3.2: Organiser, en collaboration avec le CAFSP, un atelier annuel avec toutes les RM du pays sur l'élaboration et l'utilisation du CDSMT et développer un mécanisme de contrôle et de suivi en matière d'allocation des ressources financières

S/act 3.3.3: Contribuer, en collaboration avec la CAFSP, à l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé en recourant à une expertise ponctuelle.

S/act 3.3.4: Contribuer au fonctionnement des visites de contrôle par le service d'inspection.

3.4.2 Au niveau régional

A titre de rappel, les missions essentielles dévolues à la Région Médicale sont :
(i) l'application de la politique nationale de santé au niveau des districts (structures publiques et privées), (ii) la planification des activités des programmes de santé et services de santé, (iii) la supervision pour le respect des normes de fonctionnement des structures et des directives des programmes du niveau central du MSP, (iv) la coordination pour le partage d'information entre acteurs de santé, (v) le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de santé, (vi) le monitoring pour assurer la qualité des prestations et de la gestion des services et des ressources, (vii) la formation en vue de renforcer les capacités de gestion et de l'offre de service fournie par les équipes cadres et les prestataires, et enfin, (viii) un rôle de conseil et d'expertise pour les autorités administratives et politiques.

Elle doit être renforcée au plan institutionnel par la mise en place, entre autres, d'une équipe d'experts pluridisciplinaires (statisticiens, planificateurs, épidémiologistes, inspecteurs de la pharmacie et spécialistes de la communication, etc.). Le Médecin chef de région sera chargé de la gestion, de la supervision des activités de planification, de la mise en oeuvre et de la collecte des données et dirigera cette équipe. Il doit procéder à la capitalisation des PTA provenant des districts sanitaires. Le Conseil Régional joue un rôle dans ce processus et, en particulier, celui d'intégrer les préoccupations de(s) l'hôpital(aux) régional(aux).

Ainsi, trois résultats sont fixés à ce niveau.

Résultat 4 : Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées, en cours de réforme, est significativement renforcé en terme d'efficacité, d'efficience, de transparence et de capitalisation, dans le respect de la politique et des stratégies nationales de décentralisation/mutlisectorialité.

Le niveau régional est un cadre privilégié d'échanges, d'orientation, d'arbitrage et de synthèse des plans de travail annuels élaborés au niveau des districts et des services régionaux de santé (voir introduction ci-dessus pour l'ensemble des résultats de ce niveau).

Le nouvel organigramme du MSP spécifiera les RH, les responsabilités et mandats de chaque membre de cette équipe, etc.

Quatre activités contribueront à l'atteinte du résultat.

Activité 4.1 : Accompagner la réforme au niveau régional dans les 5 RM ciblées
Cette activité est éclatée en 4 sous activités.

S/act 4.1.1 : Accompagner la mise en place des 5 nouvelles structures régionales adoptées dans le cadre de DREAT, en particulier au niveau :

- de la future unité régionale responsable de la planification et du suivi des plans régionaux déclinant le PNDS 2009-2018
- de la gestion des RH

S/act 4.1.2 : Renforcer de façon opérationnelle le cadre de partenariat avec tous les acteurs des 5 RM ciblées (de tous les secteurs : publics, privés et de la Société Civile) ainsi que tous les PTF's et organiser régulièrement des sessions de partage avec les secteurs concernés (des Finances, de l'Intérieur, de la Décentralisation, …)

S/act 4.1.3 : Renforcer les capacités des CL à travers les ARD de chacune des 5 RM ciblées, en recourant à une expertise nationale ponctuelle

S/act 4.1.4 : Renforcer au niveau des 5 RM ciblées, les mécanismes de coordination, les stratégies et un plan de communication (voir 4.3.2)

Activité 4.2 : Accompagner le renforcement de compétences au niveau des 5 RM ciblées (stages, formations de courte durée, bourses)

Cette activité est éclatée en 2 sous activités.

S/act 4.2.1 : Identifier les besoins en formation en collaboration avec le Centre Régional de Formation en Santé

S/act 4.2.2 : Organiser des formations ponctuelles qui ne seraient pas incluses dans le dossier 'Bourses'[17] de la coopération belgo-sénégalaise en gageant sur l'engagement des formés pour une période à déterminer

Activité 4.3 : Accompagner la mise en place d'une unité de mémoire institutionnelle dans les 5 RM ciblées, en lien avec l'unité centrale
Cette activité est éclatée en 2 sous activités.

S/act 4.3.1 : Créer un Centre Régional de Documentation en cohérence et en lien avec le Centre National de Documentation (archivage physique et électronique, bibliothèque, médiathèque, etc …)

S/act 4.3.2: Développer dans chacune des 5 RM ciblées des stratégies cohérentes d'inventaire de 'meilleures pratiques' dans leurs zones en se référant au guide méthodologique édité par l'OMS et en recourant à une expertise nationale ponctuelle.

Activité 4.4 : Appuyer le développement et la mise en place d'une stratégie 'genre' au sein des 5 RM

[17] Conformément à la stratégie actuelle des bourses de la coopération belge

Cette activité basée sur les recommandations de l'étude, dont référence a été faîte plus haut, est éclatée en 3 axes et 4 sous activités.
Le premier axe : Déclencher un processus de réflexion sur la couverture des zones défavorisées dans chacune des 5 RM ciblées et d'utilisation optimale du personnel homme et femme

> **S/act 4.4.1 :** Ateliers de réflexion au niveau local sur les incidences sanitaires, les difficultés et les solutions en vue

Le deuxième axe : Renforcer la participation des OBC aux programmes de santé dans leurs localités, pour une meilleure connaissance et une meilleure appropriation des priorités en santé

> **S/act 4.4.2 :** Organiser des ateliers de formation sur la planification et la mise en œuvre des POCL
> **S/act 4.4.3 :** Organiser des ateliers de formation en communication et plaidoyer pour une meilleure prise en compte de la demande en matière de santé

Le troisième axe : Renforcer les capacités des associations à mener un lobbying et plaidoyer efficace pour une égalité réelle des hommes et des femmes ayant les compétences

> **S/act 4.4.4 :** Organiser un atelier de formation en lobbying et plaidoyer auprès des leaders des associations intervenants dans le domaine de la santé

Résultat 5 : Le processus de planification ascendante et participative dans la mise en œuvre 'régionale' du PNDS 2009-2018 est significativement amélioré dans les 5 RM, dans le cadre de la coordination entre partenaires et les acteurs régionaux.

La Région Médicale procède à la synthèse des PTA des districts sanitaires. Au niveau local, les POCL seront élaborés en rapport avec les orientations du PNDL dans les Communautés rurales ou Communes intéressées par ce programme et avec l'appui des autres projets/programmes d'appui à la décentralisation, notamment l'Agence de Développement Municipal (ADM). Ces POCL serviront à dégager les priorités du secteur identifiées dans les PTA. L'ensemble des PTA collectés va constituer la base de données de projets ou programmes. Ce sont ces programmes qui seront soumis à une évaluation ex-ante. Pour disposer de PTA de qualité, chaque structure doit disposer de ressources humaines de qualité responsables de son élaboration.

En référence au processus de planification décrit pour le niveau central dans le PNDS 2009-2015, les mécanismes suivants seront appuyés au niveau régional globalement: les comités régionaux de développement (CRD) au niveau des régions, les comités départementaux de développement (CDD) au niveau des districts et les comités locaux de développement (CLD) au niveau local.

Quatre activités contribueront à l'atteinte du résultat.

Activité 5.1 : Appuyer financièrement et techniquement les différents niveaux du sous-système régional pour l'établissement des PDDS, des PRDS ainsi que les POCL, les PTA, les CDSMT.

Cette activité est éclatée en 2 sous activités.

> **S/act 5.1.1 :** Développer une stratégie de capacitation par un accompagnement en planification dans chacune des RM et des DS sélectionnés par leurs directions
>
> **S/act 5.1.2 :** Développer un plan de suivi pour ces activités de capacitation en planification en particulier sur les aspects comportementaux

Activité 5.2 : Renforcer le sous-système de suivi/évaluation des Plans des RM et des DS et améliorer la fonctionnalité du SNIS dans les 5 RM

Le suivi des activités programmées se fait traditionnellement lors des réunions de coordination trimestrielle des régions. Ces réunions regroupent les services régionaux de santé, les districts sanitaires, les membres des comités de santé, les représentants des collectivités locales, les représentants des organismes communautaires de base et des secteurs d'appui, les partenaires au développement de la région.

Cette instance de coordination régionale mesure l'état d'exécution du plan de travail annuel régional et le niveau d'atteinte des résultats par rapport aux objectifs fixés. Elle identifie les difficultés et contraintes rencontrées, définit et met en oeuvre des stratégies visant à résorber les gaps identifiés et programme les activités à réaliser pour les échéances futures.

Le niveau régional est aussi un cadre privilégié d'échanges, d'orientation, d'arbitrage et de synthèse des plans de travail annuels élaborés au niveau des districts et des services régionaux de santé. C'est aussi une instance de présentation des performances réalisées dans la mise en oeuvre du CDSMT, de réajustement des stratégies et de programmation des activités pour l'année en vue. Cette présentation des performances doit être systématisée et faire l'objet de la tenue d'un CRD spécial sous la présidence du ministre en charge de la santé ou d'un CRD élargi avec la participation du cabinet du ministre en charge de la santé, des secteurs d'appui et des partenaires au développement. Cette instance pourrait être considérée comme une revue annuelle conjointe au niveau régional. En plus de ces réunions, il y a des rencontres avec les partenaires dans le cadre des réunions des comités de pilotage des projets et programmes qui ont pour objet d'en assurer le suivi spécifique, notamment de ceux qui sont financés par les partenaires au développement. La composition de ces comités est définie par note de service du ministre en charge de la santé.

Les missions de supervision des bailleurs de fonds sont organisées à leur demande. Elles concernent les activités spécifiques qu'ils ont financées. Ils présentent, au terme du processus, au ministre en charge de la santé un aide

mémoire Le niveau régional assure la supervision des districts suivant des objectifs précis et une programmation définie.

Cette activité est éclatée en 2 sous activités.

S/act 5.2.1 : Renforcer dans les 5 RM ciblées, les mécanismes de rétro-information par le RM vers les hôpitaux, les Centres de Santé et Postes de Santé des DS

S/act 5.2.2 : Renforcer les mécanismes de supervision et de suivi sur le thème de la qualité et fiabilité des données, …

Activité 5.3 : Appuyer le fonctionnement du partenariat inclusif de tous les acteurs du secteur public, privé, de la société civile et des tradi-praticiens dans la planification et le suivi du système de santé dans les 5 RM ciblées

Cette activité est éclatée en 2 sous activités.

S/act 5.3.1 : Identifier les blocages en cas de fonctionnalité insuffisante par des enquêtes ad hoc dans des DS bien identifiés

S/act 5.3.2 : Former en leadership à rythme annuel pour tous les responsables des 5 RM et des DS

Activité 5.4 : Renforcer le plateau d'équipement en gestion, en infrastructures et logistique pour les 5 RM

Cette activité est éclatée en 3 sous activités.

S/act 5.4.1 : Identifier les besoins en équipement, logistique, et en infrastructures (petits travaux de réhabilitation)

S/act 5.4.2 : Fournir et mettre en place des intrants et exécution des petits travaux

S/act 5.4.3 : Appliquer la politique nationale en maintenance (voir R6A3).

Résultat 6 : Les processus d'une gestion plus efficiente et plus transparente des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) sont significativement améliorés dans les 5 RM ciblées.

Quatre activités contribueront à l'atteinte du résultat.

Activité 6.1 : Appuyer l'unité régionale de gestion des RH, en fonction du degré de déconcentration de cette gestion (sur la base des décrets d'application de la réforme …)

Cette activité est éclatée en 2 sous activités.

S/act 6.1.1 : Etablir un plan d'action de formation continue des responsables des 5 RM ciblées (y inclus ceux impliqués dans la gestion des RH) sur la base de manuels de procédures, conformes aux normes: plan de carrière, critères d'affectation, de nomination, de motivation et d'évaluation du personnel dans les 5 RM ciblées

S/act 6.1.2 : Actualiser les curricula de base et de formation continue

Activité 6.2 : Mettre en place dans les 5 RM ciblées des mécanismes de gestion des ressources financières en cohérence avec les défis en matière de planification

On se réfère ici à ce qui a été spécifié en introduction au Résultat 3, qui s'applique à tous les niveaux du système de santé.

A ce niveau, une approche multisectorielle devra tirer profit des opportunités offertes par un partenariat effectif et actif à rechercher avec les départements ministériels, les acteurs privés et ceux de la Société civile qui mènent des activités de santé.

Par gestion financière à ce niveau, nous entendons: budgétisation participative, arbitrage budgétaire, suivi budgétaire, rapports de performance, audits financiers des contributions, passation de marché …

Cette activité est éclatée en 6 sous activités.

S/act 6.2.1 : Appuyer le bureau de planification sanitaire des RM chargés d'assurer une planification participative des activités, de mettre en musique les budgets des PRDS et d'en assurer le 'reporting' et l'évaluation

S/act 6.2.2 : Former les responsables de l'administration, de la gestion financière et de la comptabilité régionale d'une part par rapport à leur mandat actuel et, d'autre part, par rapport à la gestion quotidienne sous l'autorité du Médecin Chef de RM la gestion du sous compte de la présente intervention. Cette formation et le suivi de cette formation sera assumée par le RAF de l'intervention

S/act 6.2.3 : Assurer l'animation (plaidoyer, annonce, suivi) autour des questions des FDD des services décentralisés du système de santé avec, au besoin, la mise au point d'un document/outil de plaidoyer

S/act 6.2.4 : Assurer la coordination des bureaux de gestion des districts et hôpitaux (contrôle interne)

S/act 6.2.5 : Renouveler et former les Comités de Développement Sanitaire (CDS) à tous les niveaux et les services de la RM conformément au décret en cours d'adoption

S/act 6.2.6 : Développer au sein des RM des compétences de type anthropologique pour l'animation et le suivi des CDS

Activité 6.3 : Appuyer la politique d'équipement et de maintenance dans les 5 RM ciblées en vue d'obtenir et de maintenir les plateaux techniques durables

Cette activité est éclatée en 3 sous activités.

S/act 6.3.1 : Identifier les besoins de maintenance (en équipements, logistiques et en infrastructures) des services existants des 5 RM ciblées et en dresser un plan d'amortissement

S/act 6.3.2 : Former le personnel régional à la passation des marchés selon le code en vigueur

S/act 6.3.3 : Former le personnel régional ad hoc à la gestion des stocks en matériel.

Activité 6.4 : Contribuer à asseoir des ressources techniques propres à améliorer la prise de décision

Cette activité est éclatée en 3 sous activités.

S/act 6.4.1 : Renforcer les compétences des responsables des 5 RM ciblées en recherche opérationnelle

S/act 6.4.2 : Animer des sessions de partage d'informations sanitaires à tous les niveaux des RM

S/act 6.4.3 : Mettre en place des organes régionaux de formation continue en se basant sur les résultats de la supervision.

3.5 Indicateurs et sources de vérification

Comme déjà indiqué plus haut, le programme suivra les indicateurs du PNDS qui sont actuellement en cours d'être identifiés et seront définitivement fixés lors d'un atelier national du 18 au 22 octobre 2010. Une 'baseline' sera établi aussitôt après le démarrage du programme, cette activité sera menée en priorité et un budget ad hoc est prévu dans les moyens généraux.

Le cadre logique propose en plus des indicateurs de processus qui permettront le suivi des activités de l'intervention ainsi que des indicateurs spécifiques pour des initiatives prometteuses qui feront objet d'une réflexion nationale (capitalisation). Ces derniers seront au moins en partie, identifiés durant l'exécution par l'équipe du programme.

Par contre, en vue de suivre les progrès ciblés sur la préparation du MSP pour une aide budgétaire sectorielle :

1. Politique sectorielle "pro-poor" et planification qui en tienne compte
2. Transparence et dialogue politique structuré
3. Implication de la Société Civile
4. Rapportage technique et financier performant
5. Production de résultats en terme de capitalisation
6. Fonctions formelles performantes (en y incluant le Cours des Comptes du Sénégal).

En annexe 7.4, les critères (en cours de validation à la coopération belge) des aspects 'Déclaration de Paris' et ceux de la conformité de l'intervention à la 'note de politique santé' sont présentés.

4 Ressources

4.1 Ressources financières

4.1.1 Synthèse du budget de la contribution belge (Annexe 7.3)

Ces ressources sont présentées ci dessous par type :

- Pour les **6 résultats** (ligne A): **3.515.000 EUR**, soit **70%** du montant total :
  - dont **33,85%** à la composante Centrale
  - dont **66,15%** pour les 5 Régions Médicales. Soit une moyenne de 465.000 EUR par Région
  - dont **8,10%** pour l'ensemble des activités 'genre' (285.000 EUR) ;
- Pour les **moyens généraux** (ligne Z) : **1.370.940 EUR**, soit **28%** du montant total ;
- Pour la **réserve financière** (ligne X): **114.060**, soit **2%** du montant total.

Les détails de ce budget sont présentés en annexe et les modalités d'exécution sont présentés au chapitre 5. Pour rappel, une évaluation des compétences des responsables administratifs et financiers et des procédures de chacune des RM sera menée par le RAF de la présente intervention (voir ci-dessous). En effet ils seront responsables sous l'autorité du Médecin Chef de la RM, de la gestion quotidienne de leurs 'sous-comptes' alimentés par le RAF, qui assurera le suivi régulier de cette gestion pendant toute la durée de l'intervention.

Les deux audits planifiées auront le mandat d'auditer chacun des sous comptes.

4.1.2 Synthèse du budget de la contrepartie sénégalaise

Le montant de cette contrepartie est de **500.000 EUR**. Il se répartit ainsi :

- En Ressources Humaines aux niveaux central et régional : 343.000 EUR
- En Infrastructures aux niveaux central et régional : 125.000 EUR
- En logistique et participation au fonctionnement de l'intervention aux niveaux central et régional : 32.000 EUR.

4.2 Ressources humaines

4.2.1 Un expert international en management public

L'intervention PAGOSAN sera coordonnée pour la part belge par un assistant technique international avec un profil de management public et une expérience dans la matière en Afrique sub-saharienne, de préférence dans le domaine de la santé. Il travaillera en étroite collaboration avec le Directeur de l'Intervention, qui est le coordinateur de la CAS/PNDS (voir modalités d'exécution).

Il travaillera en équipe avec les autres experts qui seront affectés au PAODES. Son profil et ses tâches sont détaillés dans les annexes.

4.2.2 Un RAF – Marché public national

Pour dégager l'expert international d'une partie de ses responsabilités et tâches de gestion financière de l'intervention, l'expert sera appuyé par un responsable administratif et financier. Celui-ci aura également des compétences et de l'expérience en matière de marchés publics.

Il travaillera sous la responsabilité de l'expert international. Dès le démarrage de l'intervention 'PAODES', il fera équipe avec l'autre personnel administratif et financier du programme. Le programme pourra solliciter ses compétences techniques quand elles peuvent contribuer au renforcement des capacités des cadres nationaux du système sanitaire. Son profil et ses tâches sont détaillés dans les annexes. Il aura sous son autorité un secrétaire-comptable.

4.2.3 Un/une secrétaire-comptable

Pour la comptabilité quotidienne et le secrétariat de l'intervention, un secrétaire-comptable travaillera sous la responsabilité du RAF. Il assurera que les factures sont comptabilisées au quotidien, que les documents administratifs et correspondances sont proprement classifiés et il facilitera la communication officielle de l'intervention avec ses partenaires externes.

4.3 Ressources matérielles

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

- Items programmés dans les 3 résultats au niveau central :
  - **Infrastructures**: constructions et aménagement pour la CAS/PNDS, l'inspection et le Centre National de Documentation pour 400.000 EUR
  - **Equipements** en bureautique, reprographie et communications électroniques pour 160.000 EUR
  - **Véhicules** (3 TT): 65.000 EUR.
- Items programmés dans les 3 résultats au niveau régional :
  - **Infrastructures**: constructions et aménagement pour les 5 Directions de RM pour 5 x 80.000 EUR soit 400.000 EUR
  - **Equipements** en bureautique, reprographie et communications électroniques pour 5 x 100.000 EUR, soit 600.000 EUR
  - **Véhicules** : 5 véhicules TT : 125.000 EUR.

- Items programmés dans les moyens généraux :
  - **Equipements** en bureautique, reprographie et communications électroniques, pour 60.000 EUR
  - **Véhicules** : 2 véhicules TT : 37.000 EUR.

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

5 Modalités d'exécution

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

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

5.1 Cadre légal et responsabilités administratives

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

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

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

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

5.2 Responsabilités techniques

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

Ils veilleront à remplir au mieux les différentes tâches décrites dans leur cahier de charge.

Ils veilleront au bon déroulement de l'appui technique scientifique continu en concertation avec les Responsables du PAODES dès sa mise en oeuvre et proposeront des appels à une consultation externe si besoin.

Les Médecins Chefs de chacune des 5 RM et leurs responsables administratifs et financiers sont responsables de l'exécution de leur cahier de charge respectif et rendront compte à la direction de l'intervention, conformément à la Convention de Financement basée sur les résultats. Au niveau de la RM, l'harmonisation des activités inscrites dans les plans sera assurée par leurs Comités de Coordination des Interventions des Partenaires[18].

5.3 Structures d'exécution et de suivi

5.3.1 Structure mixte de concertation locale (SMCL)

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**, est mise en place. Elle assumera également le pilotage du PAODES.

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 de l'intervention et une présentation par l'Unité de Direction et de Coordination de l'Intervention ;
- S'assure que l'intervention progresse conformément au plan d'avancement des activités et au plan d'exécution du budget ;

[18] Voir annexe 7.5 : Arrêté de création du CCIPR à Kaolack du 17 avril 2007 à titre d'exemple

- S'assure que l'intervention s'inscrit toujours dans la ligne de la politique nationale de santé et d'action sociale du Sénégal ;
- Evalue 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.

Composition

La SMCL est composée des membres effectifs et permanents suivants :

- Le Secrétaire Général du MSP, Président ;
- Le Directeur de la Direction de la Dette et de l'Investissement auprès du Ministère de l'Economie et des Finances, Ordonnateur de la prestation ;
- Le Représentant Résident de la CTB, Coordonnateur de la prestation ;
- Le Directeur de la Coopération Economique et Financière auprès du Ministère de l'Economie et des Finances ;
- Un Représentant du ministère chargé de la décentralisation et des collectivités locales ou de leurs délégués respectifs.

Le Responsable et le Coresponsable de l'intervention assurent le secrétariat.

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

5.3.2 Unité de coordination de projet

Une unité de direction et coordination de l'intervention est mise en place au sein de la CAS/PNDS. Elle sera composée d'une direction d'intervention et d'un responsable administratif et financier. Cette unité, volontairement aussi réduite que possible pour ne pas créer de structure parallèle aux services du MSP, est ancrée et logée au niveau de la CAS/PNDS elle-même. Elle pourra utiliser le secrétariat de la CAS/PNDS, mais la logistique et la bureautique pour l'unité seront fournies sur le budget de l'intervention.

La direction de l'intervention

La responsabilité de l'intervention est assurée par la Direction de l'intervention, composée d'un Responsable et d'un Coresponsable.

L'expert international sera recruté par la CTB à Bruxelles. Le MSP donne son accord sur le choix de la personne sélectionnée. Son profil est décrit dans les TDR figurant en annexe. Les rémunérations seront payées sur le budget en régie.

Le Responsable et le Coresponsable de l'intervention sont responsables de la production des résultats intermédiaires de l'intervention en vue de l'atteinte de son objectif spécifique. Ils sont également responsables de la gestion technique, budgétaire, comptable et administrative.

En particulier :

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

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

Le personnel administratif et financier

Un (ou une) responsable administratif et financier local (RAF) sera affecté sur le PAGOSAN par la CTB. Il ou elle sera responsable de la gestion administrative et financière de l'intervention durant les 4 années sous l'autorité de la direction de l'intervention. Le MSP donnera son agrément à la CTB pour sa sélection. Il bénéficiera d'une formation à la gestion comptable de la CTB au siège de la RR CTB à Dakar. Il sera intégralement financé sur budget de l'intervention. Il sera placé sous l'autorité directe de la direction de l'intervention.

Un (ou une) secrétaire de la CASPNDS sera mise à disposition de la direction de l'intervention par le MSP pour assister le RAF et la direction de l'intervention pour des tâches de secrétariat et la tenue de la caisse des dépenses quotidiennes. Le CTB donnera son agrément à la MSP pour sa sélection

5.4 Modalités de gestion et responsabilités financières

5.4.1 Modalités de gestion financière

Principes

Les prestations de la Coopération belgo-sénégalaise sont essentiellement exécutées en cogestion. Cette approche, concrétisant le principe de partenariat basé sur l'égalité, est fondée sur la responsabilité partagée et sur la gestion conjointe des opérations. 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.

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

Certaines lignes budgétaires seront gérées selon le principe de régie. La CTB assume l'entière responsabilité financière et technique de l'exécution des lignes budgétaires en régie, pour lesquelles les procédures diffèrent de celles de la

cogestion. Il s'agit des missions de suivi, d'évaluation, de l'appui scientifique continu et du salaire de l'ATI.

Dépenses avant CMO

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

Intitulé	***Ligne budgétaire***	***Montant (EUR)***
Véhicules	*Z_02_01*	*37.000*
TOTAL		***37.000***

Compte et pouvoir de signature

Compte principal

Dès la signature de la Convention Spécifique un compte en EUR (compte principal) sera ouvert auprès d'une institution EUbancaire, selon les modalités suivantes :

- Nom du compte : «Contribution belge-PAGOSAN» ;
- Choix de la banque: une institution bancaire travaillant avec la CTB dans le pays;
- Pouvoir de signature (toujours double signature):
- Le compte principal sera alimenté trimestriellement.

Compte opérationnel

Un autre compte cogéré peut être ouvert pour des raisons de logistique après accord de l'ordonnateur et du co-ordonnateur.

Le compte opérationnel en CFA suivra les mêmes modalités ci-dessus. Ces comptes seront alimentés à partir du compte principal tout en limitant les fonds sur ces comptes.

Les Sous comptes

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

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

Compte en régie

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

Les lignes budgétaires dans les moyens généraux qui seront gérées en régie sont : l'expert international, le RAF, les véhicules pour les experts et les évaluations et audits, pour un montant de **873.500 EUR.**

Mandats pour les engagements et paiements

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

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

Signature 1	**Signature 2**	**Limite**
Responsable	Co-Responsable	25.000€
Ordonnateur	Coordonnateur	La limite dépend des procédures internes auprès des institutions respectives[19].

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

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 sera 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, la direction de l'intervention introduira 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.

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

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 ne soit pas plus élevé que le solde budgétaire.

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

5.4.2 Gestion du budget

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) ;
- Ré-allocation des montants entre lignes budgétaires au niveau des résultats ;
- Ré-allocation 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 des projets.

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.

5.4.3 Programmation financière

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.

La Direction de l'intervention a la responsabilité de consolider les planifications financières, y compris celles qui concernent les activités sous la responsabilité des RM.

5.4.4 Comptabilité

La comptabilité doit être élaborée et approuvée mensuellement selon les procédures de la CTB. Elle doit être signée pour accord par le responsable et le coresponsable et transmise à l'ordonnateur et au Coordonnateur (représentation locale de la CTB). La comptabilité à envoyer à la représentation locale de la CTB comprend un fichier électronique, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse.

5.4.5 Accords d'exécutions pour chacune des 5 RM

Les Médecins Chefs de chacune des 5 RM et leurs responsables administratifs et financiers sont responsables de l'exécution de leur cahier de charge respectif tout en devant rendre compte à la direction de l'intervention. Dans ce cadre un accord d'exécution sera passé avec chaque RM. Ces accords respecteront les procédures de la CTB sur les accords d'exécution dont certains principes sont posés dans ce chapitre.

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

Ces accords concerneront les activités des résultats 4, 5 et 6 du budget.

Pour chaque Accord d'Exécution, un sous compte spécifique dans une banque commerciale du pays sera ouvert au niveau de la RM et sera mouvementé par le Médecin chef et le Responsable Administratif de la RM. Ce sous compte ne peut recevoir de fonds d'autres sources financières et ne peut servir au financement d'activités non prévues par le budget lié à cet accord. Ce compte ne peut-être débiteur à aucun moment. Afin de respecter les procédures de plafonds des mandats du DTF, les dépenses au-delà de 25.000€ seront effectuées par l'ordonnateur et le coordonnateur. Les dépenses supérieures à 5.000€ feront l'objet d'un accord préalable de la part du projet.

Le compte principal du projet alimentera les sous comptes spécifiques de chaque RM suivant les modalités financières et les conditions de paiement définies dans les accords d'exécution et concerne les activités suivantes :

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

- Un rapport d'activités détaillé.
- Un rapport de suivi budgétaire depuis la signature de l'accord.
- Un listing des dépenses effectuées du dernier trimestre.
- Une programmation financière trimestrielle des 3 prochains trimestres.

- Une copie des engagements en cours (contrats, bon de commande…), supérieurs à 5.000€.
- La copie de l'extrait bancaire mensuel du compte spécifique.

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

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

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

5.4.6 Audits

Audit projet

Le projet sera audité la 2ème année d'activité. L'audit portera sur

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

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

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

Audit RM

Chaque RM sera susceptible d'être auditée annuellement selon les accords d'exécutions passés avec les RM .Ces audits sont inclus dans le budget.

Audit CTB

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

5.4.7 Attribution des marchés publics

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

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

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

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

Les Ordonnateurs disposent d'un délai de 15 jours calendrier, à compter de leur réception, pour approuver le choix du soumissionnaire proposé et le projet de contrat ou de lettre de commande ou pour faire valoir leurs remarques.

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

5.5 Rapportage administratif, comptable et financier

Rapportage financier à la SMCL :

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.

5.6 Mécanismes d'appropriation des adaptations au DTF

L'opportunité de modifier le DTF sera examinée par la Direction de l'Intervention tous les trimestres lors des sessions de planification trimestrielle.

Un accord formel entre les deux Etats devra intervenir selon le mécanisme de l'échange de lettres pour les changements suivants :

- Modification de la durée de la Convention Spécifique ;
- Modification du montant de la contribution belge ;
- Modification de l'objectif spécifique de l'intervention.

Une telle demande de modification doit être motivée et approuvée par la SMCL. Le Sénégal transmet la lettre de demande de modification à l'Attaché de la Coopération au Développement auprès de l'Ambassade de Belgique.

Les changements portant sur les items suivants devront être approuvés par la SMCL :

- Les formes de mise à disposition de la contribution de la partie belge et de la partie sénégalaise, et leurs montants respectifs ;
- Les modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties ;
- Les compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement de la SMCL ;

La version adaptée du DTF doit être communiquée à la Direction des Opérations au siège de la CTB et à l'Attaché de la Coopération au Développement auprès de l'Ambassade de Belgique.

5.7 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'efficience et l'efficacité 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 ;
- Monitorage des indicateurs ;
- Evaluation finale.

5.7.1 Evaluation

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

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

5.7.2 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 établir des rapports d'exécution semestriels (contenu technique et financier). Ils seront appuyés pour cette tâche par le RAF de la RR/CTB au Sénégal.

5.7.3 Rapports de suivi-évaluation

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

5.8 Clôture de la prestation

La Direction de l'Intervention 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 de l'intervention sera réalloué d'un commun accord.

Six mois avant la fin de l'intervention, 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.

Les soldes bancaires et budgétaires de l'intervention seront gérés comme mentionné dans la Convention Spécifique.

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.

6 Thèmes transversaux

6.1 Environnement

Ce programme a des répercutions directes sur l'environnement en matière de construction et aménagement des infrastructures, que ce soit sur les matériaux, la ventilation et tout ce qui peut soutenir une maintenance et un coût d'entretien supportable et durable.

Une attention particulière doit porter sur :

- L'introduction de matériaux à faible incidence écologique (exemple : destruction forestière, ..) et en matériaux recyclables
- le confort des usagers en veillant à une bonne ventilation naturelle, le contrôle de l'intensité lumineuse, l'emploi de matériaux de constructions sains
- la gestion optimale du cycle de l'eau (collecte de l'eau de pluie, apport en eau potable, traitement de l'eau, …)
- la bonne gestion des déchets tant hospitaliers que courants (comme les vieilles batteries, les pneus, . ..) ou organiques
- L'introduction d'énergies renouvelables.

En outre, nous pouvons mentionner néanmoins que le programme, dans le cadre d'une gestion matérielle renforcée, aura une attention pour l'environnement sain autour des structures sanitaires responsables des soins (comme la gestion des déchets bio-médicaux, même si cet aspect est pris en compte par le PAODES).

6.2 Genre

La problématique d'une intégration effective et concrète du 'genre' dans la gouvernance sanitaire au niveau national et local, une étude spécifique a été menée dans le cadre de l'analyse de situation et des recommandations ont été prises en compte.

La Stratégie Nationale pour l'Egalité et l'Equité de Genre (SNEEG-2015) veut faire du Sénégal un pays émergent, sans discrimination, où les femmes et les hommes auront les mêmes chances de participer à son développement et de jouir des bénéfices de sa croissance. Cette stratégie vise la réduction de la vulnérabilité au niveau de la santé de la reproduction des femmes et des adolescentes.

Il lui reste à rendre effectivement transversale cette politique de genre pour aider l'ensemble départements ministériels à intégrer cette dimension dans leur démarche et dans leurs objectifs. La leçon principale tirée des échanges lors de l'étude spécifique, est que le concept de genre reste flou, chacun y met le contenu qui lui convient. C'est pourquoi la clarification par les acteurs de la santé du concept de même que l'élaboration consensuelle d'une méthode d'approche du genre stratégique et opérationnelle est essentielle.

Un tel exercice aiderait les acteurs de la santé à éviter les discours stéréotypés ou «prêt à appliquer» qui font peur. Ainsi, une équité basée sur la méthode de genre passe par l'examen de cette construction sociale qui charrie avec elle beaucoup de stéréotypes.

En référence au document de politique en genre de la CTB, «Le genre renvoie tout simplement à une égalité de droits, des chances, des opportunités dans tous les domaines, en vue d'un développement économique et social durable»[20].

Au cours des échanges, menés dans le cadre de l'étude évoqué plus haut, les acteurs de la santé ont réitéré la primauté de la compétence sur toutes les autres considérations. Ils ont toutes les raisons et le droit de réaffirmer ce principe, Il reste à adopter une démarche et une méthode clairement définie aidant à une réelle sélection des compétences sur la base de l'égalité des chances entre hommes et femmes et aussi à surveiller et à réajuster ce processus pour garantir l'égalité des chances.

L'analyse de situation effectuée dans le cadre de cette étude est présentée ci-dessous. Les activités inscrites au niveau central et régional sont :

- Pour une meilleure participation des sages femmes à la couverture sanitaire au niveau périphérique, une recommandation est que l'État doit recruter et par des mesures incitatives s'engager à les maintenir dans les zones reculées
- Renforcer le rôle des femmes dans l'élaboration de POCL participatifs et faire de sorte que ces processus donnent aux populations l'occasion de définir les priorités de s'approprier et de s'engager à leur mise en œuvre
- Par des contrats limités, l'État peut amener les spécialistes femmes à faire des séjours rotatifs dans les districts des régions surtout pour améliorer les services en santé maternelle
- Renforcer le rôle des femmes dans les comités de santé et le contrôle de l'action de ces derniers
- Former les leaders dans les OCB intervenant dans le domaine de la santé à l'élaboration des POCL en tenant compte du genre.
- Renforcer le rôle des femmes dans les comités de santé et le contrôle de l'action de ces derniers
- Former les leaders des OCB intervenant dans le domaine de la santé à élaborer des POCL tenant compte du genre et faire des plaidoyers.

6.3 Economie Sociale

L'actuelle composante n'interviendra pas directement dans le domaine de l'économie sociale. Ceci sera plutôt un point d'attention pour le futur PAODES, composante demande. Mais au niveau du renforcement des capacités du

[20] Gender Mainstreaming in BTC, p 7.

Ministère de la Santé dans sa relation avec la société civile, le thème de l'économie sociale et l'accessibilité financières de la population la plus vulnérable aux soins restera un point d'attention particulier.

6.4 Droits de l'Enfant

Comme pour l'économie sociale, les droits de l'enfant ne concernent pas directement le PAGOSAN. Le PAODES, dans ses composantes offre et demande adresseront les droits de l'enfants en assurant d'un côté l'accessibilité financière aux soins (composante demande) et de l'autre côté la qualité des soins et l'accessibilité géographique (composante offre).

Dans le dialogue politique, les droits de l'enfant seront pris en compte à tout moment opportun.

6.5 HIV / SIDA

Le problème du VIH / SIDA n'est pas non plus directement adressé par le PAGOSAN. Il faut noter néanmoins que l'intervention PAGOSAN contribuera à l'intégration des programmes verticaux, au renforcement de la supervision des districts sanitaires et au renforcement des capacités du personnel au niveau de la région qui facilitera cette intégration. Le renforcement du dialogue avec le monde des ONG, qui sont des acteurs importants dans le cadre de la lutte contre le VIH / SIDA, est également un point d'attention pour le PAGOSAN. Ainsi, l'intervention ne sera pas complètement neutre par rapport à cette problématique.

7 Annexes

1. Le cadre logique;
2. Le calendrier d'exécution, chronogramme ;
3. Le budget de l'intervention ;

7.1 Cadre logique de l'intervention

	Cadre Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
OG	**<u>Objectif global</u>** **Améliorer la santé des populations rurale des Régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès par le renforcement durable du système de santé**	Les indicateurs sanitaires de base du PNDS 2009-2018 dans les 5 RM sont significativement améliorés (Indicateurs conjoints avec le PAODES)	-Rapports des Comités Internes de Suivi (CIS) -Missions Conjointes de Supervision (MCS) et Revue Annuelle (RAC)	-Les décrets de la réforme du MSP sont édictés et appliqués -Les 2 interventions (PAGOSAN et PAODES) se mettent en œuvre en un seul programme
OS	**<u>Objectif spécifique</u>** **Contribuer à la gouvernance du secteur de la santé, 4ème objectif du PNDS 2009-2010**	-Le Système de Santé du Sénégal peut bénéficier au terme de l'intervention d'une aide budgétaire sectorielle (satisfaction des 5 'piliers') -Le processus de planification ascendante et participative et ses outils de mise en œuvre/suivi permettent une atteinte significativement améliorée des objectifs des plans -Taux d'utilisation et de fréquentation des services de santé dans les zones cibles améliorés -La gestion des ressources (humaines, matérielles et financières) au niveau régional (5 RM) est conforme aux normes et standards en gestion et en fourniture de service -La politique en RH du MSP est appliquée sur l'ensemble du pays en conformité avec les besoins des services publics -Les fonctions de conseil et de contrôle des normes définies dans le cadre de la réforme du MSP sont appliquées en terme de régulation	-Rapports des Comités Internes de Suivi (CIS) -Missions Conjointes de Supervision (MCS) et Revue Annuelle (RAC) -Bilans annuels des PTA, CDSMT et de tous les plans à tous les niveaux ciblés par l'intervention -Rapports annuels de l'Inspection	-Un **suivi** du Système de Santé (indicateurs sur le renforcement du secteur dans les domaines : du partenariat international, d'une appropriation démocratique, d'une planification axée sur les résultats, d'un système de financement durable, de la valorisation du personnel de santé, …) en vue d'atteindre un seuil critique vis-à-vis d'une **approche sectorielle** est adopté avec les principaux PTF's Santé au démarrage de l'intervention -Le Compact de l''ihp+ est établi et signé par les principaux PTF's et l'HHA est effective

R 1	Résultat 1 Le cadre institutionnel et organisationnel du MSP, en cours de réforme, a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès à une aide budgétaire sectorielle future, en terme de d'efficacité, d'efficience, de transparence et de capitalisation (5 activités)	-Régularité des réunions de coordination entre le MSP les PTF's selon les normes prévues (4 /an ?) -N°de groupes thématiques fonctionnels (objectifs: 4 groupes, 4 réunions/an) -N°d'ateliers de capitalisation organisés avec input du niveau opérationnel sur leurs expériences -N°de visites/an /région par l'inspection avec rapport écrit (norme: 1 visite/an/région)	-Rapports des CIS, MCS et RAC	Voir ci-dessus
R 2	Résultat 2: Le processus de planification ascendante et participatif dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle future, particulièrement en terme de son suivi/évaluation (4 activités)	-Les CDSMT sont produits annuellement dans les délais prévus et selon un canevas prévu : N°mois de retard et respect du canevas : score sur 10 -Taux d'exécution des plans nationaux (% du budget) -Taux de réalisation des plans nationaux (% d'activités prévues réalisées) -Les rapports d'évaluation des CDSMT sont disponibles dans les délais prévus et selon un canevas prévu, y compris une analyse budgétaire -N°de visites de supervision du niveau central vers les régions par an (services / divisions clés à identifier) suivi d'un rapport (feedback) écrit -N°de bulletins de rétro-information y compris des critères de qualité sur le n°prévu	-Rapports des CIS, MCS et RAC -Rapports d'exécution des PTA et CDMST -Rapports de formation des acteurs impliqués dans le processus de planification	Voir ci-dessus
R 3	Résultat 3: Les processus d'une gestion plus efficiente et transparente des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) dans la mise œuvre du PNDS 2009-2018 a	-En matière de rationalisation des RH au niveau central: n°de personnel par catégorie et par service, comparé avec les normes et la situation précédente -N°de personnel capable de décrire son sa fonction et ses principales tâches (enquête)	-Rapports des CIS, MCS et RAC -Rapports d'exécution des PTA et CDMST -Rapports des formations ciblant	Voir ci-dessus

	mise œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle future (3 activités)	-N° de personnel satisfait de son travail (enquête de satisfaction, existe, assez standardisé) -N° d'initiatives/activités/an directement liées au renforcement d'une culture de redevabilité -N° de postes de dépenses rationalisées (% de diminution de certaines dépenses) -Evolution du budget national pour la santé par rapport au PNB (% d'augmentation ; % réalisé par rapport au 15% théoriquement prévu) -% de marchés publics réellement et correctement exécutés dans les domaines d'expertise, de réhabilitation, d'achat matériel (estimation à travers un échantillonnage) -Degré d'exécution de la réforme (% des initiatives annoncées réellement exécutées)	tous acteurs impliqués dans le processus de planification -Rapports annuels de l'exécution du PNDRH	
R 4	<u>Résultat 4:</u> Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées, en cours de réforme, est significativement renforcé en terme d'efficacité, d'efficience, de transparence et de capitalisation dans le respect du cadre de la politique et des stratégies nationales de décentralisation/mutlisectorialité (4 activités)	-Taux d'exécution des fonds déconcentrés -N° de réunions formelles avec la société civile -N° de supervisions de ECD effectuées sur celles planifiées -N° de supervisions du staff de l'HR sur ceux celles planifiées -N° de sessions de formation des CL effectuées sur celles planifiées -N° de 'Meilleures Pratiques' effectuées, éditées et diffusées	-Rapports d'exécution des PTA et CDMST régionaux -Rapports annuels de l'exécution au niveau régional du PNDRH -Rapport d'activités du Centre Régional de Documentation	Voir ci-dessus

R 5	Résultat 5 Le processus de planification ascendante et participatif dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 est significativement renforcé dans les 5 RM ciblées, particulièrement en terme de coordination entre tous partenaires et acteurs régionaux (3 activités)	-N° de plans soumis en temps requis avec budget adéquat et selon canevas -N° de plans de DS reçus en temps requis avec budget adéquat et selon canevas -Taux d'adéquation entre les montants programmés et montants reçus et exécutés (indications sur la faisabilité et la pertinence des plans) -N° de sessions des Comités Régionaux de Coordination des Interventions des Partenaires (CRCIP) et % de représentation des acteurs privé, de la Sté Civile et de Tradi-Praticiens	-Rapports d'exécution des PTA et CDMST régionaux -Rapports de formation des acteurs impliqués dans le processus de planification -Rapports annuels de l'exécution au niveau régional du PNDRH -Rapport d'activités du Centre Régional de Documentation -Rapports annuels des CRCIP	Voir ci-dessus
R 6	Résultat 6 Les processus d'une gestion plus efficiente et transparente des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 sont significative-ment améliorés dans les 5 RM ciblées (4 activités)	-N° de rapports d'audits financiers (écrits) → norme : pour toutes régions/1xan -Degré d'atteinte des objectifs annuels des Unités Régionales/GRH -N° de sessions annuelles de partage d'informations avec les bénéficiaires et les CL sur le n°planifié -Degré de fonctionnalité des services régionaux de maintenance des équipements et matériels -N° de recherches (action/opérationnelles) menées annuellement dans chacune des RM	-Rapports d'exécution des PTA et CDMST régionaux -Rapports annuels des Unités Régionales/GRH	Voir ci-dessus

R 1	**Activités pour atteindre le Résultat 1** **Le cadre institutionnel et organisationnel du MSP, en cours de réforme, a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès à une aide budgétaire sectorielle, en terme de d'efficacité, d'efficience, de transparence et de capitalisation**	**Moyens**	**Contribution belge/EUR 805.000**
A 1.1	La réforme institutionnelle au niveau central est accompagnée dans sa mise en place, en complémentarité avec d'autres PTF's	-recours à une expertise internationale pour l'établissement de la SRSS -description des fonctions, mandats, relations fonctionnelles entre les nouvelles structures, dont l'inspection, en recourant à une expertise nationale ponctuelle -appui financier et technique du cadre partenarial avec les PTF's -infrastructures, équipements et logistique à mettre à disposition de la CAS/PNDS, de l'Inspection et du Centre National de Documentation	625.000
A 1.2	Accompagner la mise en place d'une unité de mémoire institutionnelle au niveau central en lien avec des unités régionales	-expertise nationale ponctuelle pour la création sur le plan technique -édition d'un bulletin semestriel	100.000
A 1.3	Accompagner le renforcement de compétences au niveau central (stages, formations courtes durée, bourses, …)	-identifier les besoins en formation en recourant à une expertise nationale ponctuelle	15.000
A 1.4	Organiser des ateliers/séminaires nationaux de capitalisation (une par an et d'une durée de trois jours) sur les expériences qui pourraient être 'meilleure pratique' au sein de l'ensemble du système de santé	-ateliers -édition des Meilleures Pratiques	30.000
A 1.5	Appuyer le développement et la mise en place d'une stratégie 'genre' au sein du MSP	-organisation d'ateliers -acquisition d'un logiciel ad hoc -mener des recherches	35.000

R 2	**Activités pour atteindre le Résultat 2** **Le processus de planification ascendante et participatif dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle, particulièrement en terme de son suivi/évaluation**	**Moyens**	**Contribution belge/EUR 175.000**
A 2.1	Contribuer au développement d'outils liés à la planification intégrée, ascendante et participative	-révision des guides de planification/budgétisation, en collaboration avec l'ISED -recyclages -établissement des plans de réalisation et réhabilitation de la carte sanitaire	50.000
A 2.2	Renforcer le sous système de suivi/évaluation du PNDS et améliorer la fonctionnalité du SNIS	-édition d'un bulletin semestriel -financer les supervisions 'SNIS' -enquête de satisfaction après des bénéficiaires	35.000
A 2.3	Créer et mettre en place un outil informatique (à actualiser) en matière de cartographie des interventions	-acquisition d'un logiciel de cartographie des interventions -établir cette carte et former les utilisateurs	30.000
A 2.4	Soutenir une ONG faîtière, dont l'identité est à confirmer, dans son rôle de facilitation et d'appui des ONG nationales impliquées dans le secteur de la santé	-financer la confection d'un guide national de partenariat (recours à la CAFSP) -coaching en professionnalisation	60.000

R 3	**Activités pour atteindre le Résultat 3** **Les processus d'une gestion plus efficiente et transparente des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) dans la mise œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle future**	**Moyens**	**Contribution belge/EUR 210.000**
A 3.1	Accompagner les réformes en cours pour disposer de ressources humaines locales de qualité, en vue de développer une meilleure gouvernance	-revue des curriculums de formation avec l'ISED et la direction de la formation/DRH -expertise nationale ponctuelle en vue d'établir un manuel de procédures en GRH -suivi du PNDRH	45.000
A 3.2	Actualiser les guides de gestion aux niveaux des RM, des DS et des postes de santé et les évaluer	-actualisation des guides nationaux en recourant à une expertise nationale ponctuelle -leur diffusion -évaluer la performance des formés en recourant à une expertise nationale ponctuelle	70.000
A 3.3	Accompagner le niveau central dans les réformes en cours pour une utilisation optimale des Ressources Financières et Matérielles	-établir une base de données du matériel disponible des 5 RM -ateliers annuels CDSMT pour toutes les RM -contribuer au financement des comptes nationaux (2) -financer les visites de l'inspection	95.000

R 4	**Activités pour atteindre le Résultat 4** **Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées, en cours de réforme, est significativement renforcé en terme d'efficacité, d'efficience et de transparence et de capitalisation dans le respect du cadre de la politique et des stratégies nationales de décentralisation/mutlisectorialité**	**Moyens**	**Contribution belge/EUR 1.085.000**
A 4.1	Accompagner la réforme au niveau régional dans les 5 RM ciblées	-réhabilitation de certains services des 5 RM -financer les sessions de cadre de coordination des partenaires et sessions de partage avec les secteurs concernés -formations des CL -établir et financer les stratégies de communication	500.000
A 4.2	Accompagner le renforcement de compétences au niveau des 5 RM ciblées (stages, formations de courte durée, bourses) en matière de gestion et de planification	-formations en leadership les cadres RM et DS	105000
A 4.3	Accompagner la mise en place d'une unité de mémoire institutionnelle dans les 5 RM ciblées, en lien avec l'unité centrale	-création d'une Unité Régionale de Documentation -financer les Meilleures Pratiques	230.000
A 4.4	Appuyer le développement et la mise en place d'une stratégie 'genre'	-ateliers adressés aux personnels des RM et des OBC en genre et plaidoyer	250.000

R 5	**Activités pour atteindre le Résultat 5** **Le processus de planification ascendante et participatif dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 est significativement amélioré dans les 5 RM ciblées, particulièrement en terme de coordination entre tous les partenaires et acteurs régionaux**	**Moyens**	**Contribution belge/EUR 885.000**
A 5.1	Appuyer et encadrer les différents niveaux du sous-système régional pour l'établissement des PDDS, des PRDS ainsi que les POCL, les PTA, les CDSMT, …	-ateliers d'établissement de stratégies de capacitation et d'un plan de suivi	225.000
A 5.2	Renforcer le sous-système de suivi/évaluation des Plans des RM et des DS et améliorer la fonctionnalité du SNIS dans les 5 RM	-financer les supervisions en SNIS	35.000
A 5.3	Appuyer le fonctionnement du partenariat inclusif des tous les acteurs du secteur public, privé et de la société civile, y inclus les tradi-praticiens dans la planification et le suivi du système de santé dans les 5 RM	-mener des enquêtes pour identifier les blocages -former en leadership par des ateliers annuels de 2 jours pour tous les responsables des RM et des DS	25000
A 5.4	Renforcer l'équipement en gestion, en réhabilitation d'infrastructures et logistique pour les 5 RM et logistique (un 4x4 par région)	-identifier les besoins en réhabilitations -les effectuer et équiper	600.000

R 6	**Activités pour atteindre le Résultat 6** **Les processus d'une gestion plus efficiente et transparente des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 sont significativement améliorés dans les 5 RM ciblées**	**Moyens**	**Contribution belge/EUR 355.000**
A 6.1	Appuyer l'unité régionale de gestion des RH, dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme	-établir un plan de formation continue en GRH et actualiser les curriculums en recourant à une expertise nationale ponctuelle	30.000
A 6.2	Mettre en place dans les 5 RM ciblées les mécanismes de gestion des ressources financières en cohérence avec les défis en matière de planification	-formations des responsables administratifs et financiers des RM, en recourant à la CAFSP -financer les sessions de plaidoyer et d'information sur les FDD -organiser et financer la coordination des bureaux de gestion des DS et des Hôpitaux -formations des Comités de Développement Sanitaire	150.000
A 6.3	Appuyer la politique d'équipement et de maintenance dans les 5 RM ciblées en vue d'obtenir et de maintenir les plateaux techniques durables	-former les personnels régionaux en gestion et passation de marchés et les comptables matière en gestion du matériel	100.000
A 6.4	Contribuer à asseoir des ressources techniques propres à améliorer la prise de décision	-formation en recherche opérationnelle et recherche action -organiser et financer les sessions de partage d'informations à tous les niveaux des RM -mettre place les organes de formation continue	75.000

7.2 Chronogramme

Budget Code	Résultats/activités	Year 1				Year 2	Year 3	Year 4
		Q1	Q2	Q3	Q4			
A_01: Le cadre institutionnel et organisationnel du MSP, en cours de réforme, a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès à une aide budgétaire sectorielle, en terme de d'efficacité, d'efficience, de transparence et de capitalisation								
A_01_01	La réforme institutionnelle au niveau central est accompagnée dans sa mise en place, en complémentarité avec d'autres PTF's							
A_01_02	Accompagner la mise en place d'une unité de mémoire institutionnelle au niveau central en lien avec des unités régionales							
A_01_03	Accompagner le renforcement de compétences au niveau central (stages, formations courtes durée, bourses, …)							
A_01_04	Organiser des ateliers/séminaires nationaux de capitalisation (une par an et d'une durée de trois jours) sur les expériences qui pourraient être 'meilleure pratique' au sein de l'ensemble du système de santé							
A_01_05	Appuyer le développement et la mise en place d'une stratégie 'genre' au sein du MSP							
A_02: Le processus de planification ascendante et participatif dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle, particulièrement en terme de son suivi/évaluation								
A_02_01	Contribuer au développement d'outils liés à la planification intégrée, ascendante et participative							
A_02_02	Renforcer le sous système de suivi/évaluation du PNDS et améliorer la fonctionnalité du SNIS							
A_02_03	Créer et mettre en place un outil informatique (à actualiser) en matière de cartographie des interventions							

A_02_04	Soutenir une ONG faîtière, dont l'identité est à confirmer, dans son rôle de facilitation et d'appui des ONG nationales impliquées dans le secteur de la santé							
A_03: Les processus d'une gestion plus efficiente et transparente des ressources dans la mise œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle future								
A_03_01	Accompagner les réformes en cours pour disposer de ressources humaines locales de qualité, en vue de développer une meilleure gouvernance							
A_03_02	Actualiser les guides de gestion aux niveaux des RM, des DS et des postes de santé et les évaluer							
A_03_03	Accompagner le niveau central dans les réformes en cours pour une utilisation optimale des Ressources Financières et Matérielles							
A_04: Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées, en cours de réforme, est significativement renforcé en terme d'efficacité, d'efficience, de transparence et de capitalisation dans le respect du cadre de la politique et des stratégies nationales de décentralisation/mutlisectorialité								
A_04_01	Accompagner la réforme au niveau régional dans les 5 RM ciblées							
A_04_02	Accompagner le renforcement de compétences au niveau des 5 RM ciblées (stages, formations de courte durée, bourses) en matière de gestion et de planification							
A_04_03	Accompagner la mise en place d'une unité de mémoire institutionnelle dans les 5 RM ciblées, en lien avec l'unité centrale							
A_04_04	Appuyer le développement et la mise en place d'une stratégie 'genre'							

A_05: Le processus de planification ascendante et participatif dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 est significativement amélioré dans les 5 RM ciblées, particulièrement en terme de coordination entre tous les partenaires et acteurs régionaux								
A_05_01	Appuyer et encadrer les différents niveaux du sous-système régional pour l'établissement des PDDS, des PRDS ainsi que les POCL, les PTA, les CDSMT, …							
A_05_02	Renforcer le sous-système de suivi/évaluation des Plans des RM et des DS et améliorer la fonctionnalité du SNIS dans les 5 RM							
A_05_03	Appuyer le fonctionnement du partenariat inclusif des tous les acteurs du secteur public, privé et de la société civile, y inclus les tradi-praticiens dans la planification et le suivi du système de santé dans les 5 RM							
A_05_04	Renforcer l'équipement en gestion, en réhabilitation d'infrastructures et logistique pour les 5 RM et logistique (un 4x4 par région)							
A_06: Les processus d'une gestion plus efficiente et transparente des ressources dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 sont significativement améliorés dans les 5 RM ciblées								
A_06_01	Appuyer l'unité régionale de gestion des RH, dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme							
A_06_02	Mettre en place dans les 5 RM ciblées les mécanismes de gestion des ressources financières en cohérence avec les défis en matière de planification							
A_06_03	Appuyer la politique d'équipement et de maintenance dans les 5 RM ciblées en vue d'obtenir et de maintenir les plateaux techniques durables							
A_06_04	Contribuer à asseoir des ressources techniques propres à améliorer la prise de décision							

7.3 Budget de l'intervention

Programme Santé dans les Régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès												
SEN 10 025 11				niveau de détail					CHRONOGRAMME			
BUDGET TOTAL				unité	quantité	montant	Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4
A			Objectif spécifique (part) 1					3.515.000	70%	805.000	1.320.000	835.000	555.000
A	*01*		*Le cadre institutionnel et organisationnel du MSP, en cours de réforme, a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès à une aide budgétaire sectorielle, en terme de d'efficacité, d'efficience, de transparence et de capitalisation*					*805.000*	*16%*	*188.750*	*321.250*	*186.250*	*108.750*
A	01	01	La réforme institutionnelle au niveau central est accompagnée dans sa mise en place, en complémentarité avec d'autres PTF's				cogestion	625.000		150.000	250.000	150.000	75.000
A	01	02	Accompagner la mise en place d'une unité de mémoire institutionnelle au niveau central en lien				cogestion	100.000		25.000	50.000	15.000	10.000
A	01	03	Accompagner le renforcement de compétences au niveau central (stages, formations courtes durée,				cogestion	15.000		3.750	3.750	3.750	3.750
A	01	04	Organiser des ateliers/séminaires nationaux de capitalisation (une par an et d'une durée de trois				cogestion	30.000		5.000	7.500	7.500	10.000
A	01	05	Appuyer le développement et la mise en place d'une stratégie 'genre' au sein du MSP				cogestion	35.000		5.000	10.000	10.000	10.000
A	*02*		*Le processus de planification ascendante et participatif dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle, particulièrement en terme de son suivi/évaluation*					*175.000*	*4%*	*45.000*	*60.000*	*35.000*	*35.000*
A	02	01	Contribuer au développement d'outils liés à la planification intégrée, ascendante et participative				cogestion	50.000		10.000	25.000	10.000	5.000
A	02	02	Renforcer le sous système de suivi/évaluation du PNDS et améliorer la fonctionnalité du SNIS				cogestion	35.000		10.000	10.000	5.000	10.000
A	02	03	Créer et mettre en place un outil informatique (à actualiser) en matière de cartographie des interventions				cogestion	30.000		10.000	10.000	5.000	5.000
A	02	04	Soutenir une ONG faîtière, dont l'identité est à confirmer, dans son rôle de facilitation et d'appui des ONG nationales impliquées dans le secteur de la santé				cogestion	60.000		15.000	15.000	15.000	15.000
A	*03*		*Les processus d'une gestion plus efficiente et transparente des ressources dans la mise œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l'accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle future*					*210.000*	*4%*	*48.750*	*66.250*	*51.250*	*43.750*
A	03	01	Accompagner les réformes en cours pour disposer de ressources humaines locales de qualité, en vue de développer une meilleure gouvernance				cogestion	45.000		11.250	11.250	11.250	11.250
A	03	02	Actualiser les guides de gestion aux niveaux des RM, des DS et des postes de santé et les évaluer				cogestion	70.000		17.500	25.000	15.000	12.500
A	03	03	Accompagner le niveau central dans les réformes en cours pour une utilisation optimale des Ressources Financières et Matérielles				cogestion	95.000		20.000	30.000	25.000	20.000
A	*04*		*Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées, en cours de réforme, est significativement renforcé en terme d'efficacité, d'efficience et de transparence, dans le respect du cadre de la politique et des stratégies nationales de décentralisation/multisectorialité*					*1.085.000*	*22%*	*231.250*	*436.250*	*286.250*	*131.250*
A	04	01	Accompagner la réforme au niveau régional dans les 5 RM ciblées				cogestion	500.000		125.000	250.000	100.000	25.000
A	04	02	Accompagner le renforcement de compétences au niveau des 5 RM ciblées (stages, formations de courte durée, bourses) en matière de gestion et de planification				cogestion	105.000		26.250	26.250	26.250	26.250
A	04	03	Accompagner la mise en place d'une unité de mémoire institutionnelle dans les 5 RM ciblées, en lien avec l'unité centrale				cogestion	230.000		50.000	100.000	60.000	20.000
A	04	04	Appuyer le développement et la mise en place d'une stratégie 'genre'				cogestion	250.000		30.000	60.000	100.000	60.000

A	*05*		*Le processus de planification ascendante et participatif dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 est significativement renforcé dans les 5 RM ciblées, particulièrement en terme de coordination entre tous les partenaires et les acteurs régionaux*					*885.000*	*18%*	*215.000*	*335.000*	*185.000*	*150.000*
A	05	01	Appuyer et encadrer les différents niveaux du sous-système régional pour l'établissement des PDDS, des PRDS ainsi que les POCL, les PTA, les CDSMT, ...				cogestion	225.000		50.000	70.000	70.000	35.000
A	05	02	Renforcer le sous-système de suivi/évaluation des Plans des RM et des DS et améliorer la fonctionnalité du SNIS dans les 5 RM				cogestion	35.000		8.750	8.750	8.750	8.750
A	05	03	Appuyer le fonctionnement du partenariat inclusif des tous les acteurs du secteur public, privé et de la société civile, y inclus les tradi-praticiens dans la planification et le suivi du système de santé dans les 5 RM				cogestion	25.000		6.250	6.250	6.250	6.250
A	05	04	Renforcer l'équipement en gestion, en réhabilitation d'infrastructures et logistique pour les 5 RM et logistique (un 4x4 par région)				cogestion	600.000		150.000	250.000	100.000	100.000
A	*06*		*Les processus d'une gestion plus efficiente et transparente des ressources dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 sont significativement renforcés dans les 5 RM ciblées*					*355.000*	*7%*	*76.250*	*101.250*	*91.250*	*86.250*
A	06	01	Appuyer l'unité régionale de gestion des RH, dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme				cogestion	30.000		7.500	7.500	7.500	7.500
A	06	02	Mettre en place dans les 5 RM ciblées les mécanismes de gestion des ressources financières en cohérence avec les défis en matière de planification				cogestion	150.000		25.000	50.000	40.000	35.000
A	06	03	Appuyer la politique d'équipement et de maintenance dans les 5 RM ciblées en vue d'obtenir et de maintenir les plateaux techniques				cogestion	100.000		25.000	25.000	25.000	25.000
A	06	04	Contribuer à asseoir des ressources techniques propres à améliorer la prise de décision				cogestion	75.000		18.750	18.750	18.750	18.750
X			**Réserve budgétaire (max 5% * total activités)**					**114.060**	**2%**	**0**	**0**	**0**	**114.060**
X	*01*		*Réserve budgétaire*					*114.060*	*2%*	*0*	*0*	*0*	*114.060*
X	01	01	Réserve budgétaire COGESTION				cogestion	114.060					114.060
X	01	02	Réserve budgétaire REGIE				regie	0		0	0	0	0
Z			**Moyens généraux**					**1.370.940**	**27%**	**396.985**	**332.985**	**287.985**	**332.985**
Z	*01*		*Frais de personnel*					*863.840*	*17%*	*215.960*	*215.960*	*215.960*	*215.960*
Z	01	01	Expert International				regie	684.000		171.000	171.000	171.000	171.000
			Expert international - Co-responsable	H/mois	48	12.500	n/a	600.000		150.000	150.000	150.000	150.000
			RAF -categorie 5	H/mois	48	1.750	n/a	84.000		21.000	21.000	21.000	21.000
Z	01	02	Direction nationale et direction régionales				cogestion	87.840		21.960	21.960	21.960	21.960
			DI - indemnités	H/mois	48	305	n/a	14.640		3.660	3.660	3.660	3.660
			MCR et DAF Régionaux (2 x 5 personnes)	H/mois	48	1.525	n/a	73.200		18.300	18.300	18.300	18.300
Z	01	03	Personnels d'appui)				cogestion	92.000		23.000	23.000	23.000	23.000
			Assistante de direction comptable	H/mois	48	1.050	n/a	50.400		12.600	12.600	12.600	12.600
			Chauffeurs (2)	H/mois	104	400	n/a	41.600		10.400	10.400	10.400	10.400
Z	*02*		*Investissements*					*97.000*	*2%*	*97.000*	*0*	*0*	*0*
Z	02	01	Véhicules				regie	37.000		37.000	0	0	0
			Vehicule (4 X 4)	Unit	1	25.000	n/a	25.000		25.000	0	0	0
			Vehicule de ville	Unit	1	12.000	n/a	12.000		12.000	0	0	0
Z	02	02	Equipement bureau et IT	Pack 4 bu	1	60.000	cogestion	60.000		60.000	0	0	0
Z	*03*		*Frais de fonctionnement*					*267.600*	*5%*	*75.900*	*63.900*	*63.900*	*63.900*
Z	03	01	Services et frais de maintenance du matériel de bureau	Unit/an	4	750	cogestion	3.000		750	750	750	750
Z	03	02	Frais de fonctionnement/maintenance des véhicules (2)	Unit/an	4	7.000	cogestion	28.000		7.000	7.000	7.000	7.000
Z	03	03	SMCL	Reu/an	4	3.500	cogestion	14.000		3.500	3.500	3.500	3.500
Z	03	04	Télécommunications	Frais/an	4	2.500	cogestion	10.000		2.500	2.500	2.500	2.500
Z	03	05	Fournitures de bureau	Unit	4	3.000	cogestion	12.000		3.000	3.000	3.000	3.000
Z	03	06	Missions nationales et internationales	Unit nat et	4	31.000	cogestion	124.000		31.000	31.000	31.000	31.000
Z	03	07	Frais de représentation et de communication	Unit	4	2.000	cogestion	8.000		2.000	2.000	2.000	2.000
Z	03	08	Frais de suivi technique (partagés avec le PAODES	Unit	1	50000	cogestion	50000		12500	12500	12500	12.500
Z	03	09	Frais financiers	Unit/an	4	1.650	cogestion	6.600		1.650	1.650	1.650	1.650
Z	03	11	Autres frais de démarrage et de fonctionnement	Unit	4	3.000	cogestion	12.000		12.000	0	0	0
Z	*04*		*Audit, Suivi et Evaluation*					*142.500*	*3%*	*8.125*	*53.125*	*8.125*	*53.125*
Z	04	01	Data baseline	Unit	1	20.000	cogestion	20.000		20.000	0	0	0
Z	04	02	Suivi et évaluation	Unit	2	25.000	regie	50.000		0	25.000	0	25.000
Z	04	03	Audit	Unit	2	20.000	regie	40.000		0	20.000	0	20.000
Z	04	04	Backstopping y inclus missions ABS	Unit	5	6.500	regie	32.500		8.125	8.125	8.125	8.125
TOTAL								**5.000.000**		**1.201.985**	**1.652.985**	**1.122.985**	**1.002.045**

REGIE	**843.500**	**216.125**	**224.125**	**179.125**	**224.125**
COGESTION	**4.156.500**	**1.005.860**	**1.428.860**	**943.860**	**777.920**

7.4 TdR personnel long terme

7.4.1 Expert international en administration publique «Composante : appui à la Gouvernance»

Poste

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

Un appui aux attachés de la coopération belge pour le dialogue politique sectoriel est un aspect particulier mais important des tâches de l'expert sectoriel international

Principales responsabilités

<u>Fonction de coordination et communication</u> :

- Assister à l'amélioration des outils de coordination en place (notamment leur efficience et efficacité) ;
- Aider à la mise en place d'un système de documentation et une stratégie de communication des actions entreprises par le Ministère de la Santé et les structures décentralisées dans le domaine de la Santé ;
- Appuyer la mise en place de mécanismes de coordination des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) en valorisant les principes d'alignement et d'harmonisation.
- Appuyer le dialogue politique sectoriel

Fonction de gestion :

- Gestion globale de l'intervention : Assurer la co-direction de l'intervention pour la CTB
- Gestion des ressources humaines :
    - Participer au développement et la mise en oeuvre d'un plan de développement des ressources humaines et d'un plan de formation aux différents niveaux concernés du système de Santé.
- Gestion des Finances
    - Appuyer le développement du cycle de budget ;
    - Appuyer le développement des Comptes nationaux de santé (NHA) ;
    - Assurer la négociation avec les divers PTF pour un financement adéquat d'actions prioritaires ;
    - Etudier les aspects économiques du PTF ;
    - Etudier la tarification et le costing ;
    - Etudier les aspects économiques des assurances maladies ;
    - Etudier les coûts de fonctionnement CS et Hôpitaux rationalisés ;
    - Appuyer le district dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation de plans de développement sanitaire élaborés à partir du plan stratégique national et des plans annuels d'action en fournissant les données financières nécessaires ;
    - Elaborer, tester et aider à appliquer sur le terrain des outils de gestion informatisés ;
    - Participer à la mise en place d'une formation en management du district sanitaire et au suivi après formation en ce qui concerne les aspects économiques comptables et administratifs ;
    - Coordonner les expériences et études ;
    - Appuyer et développer la formation en gestion hospitalière ;
    - Collaborer avec les experts de l'aide budgétaire, déployés dans le cadre du *Sector Budget Support*.
- Fonction de monitoring & évaluation :
    - Appuyer le développement d'un système de monitoring et évaluation intégré pour le secteur de la Santé, en étroite consultation avec les parties nationales concernés et les PTF.
    - Appuyer la direction d'inspection nouvellement créée dans ses fonctions de contrôle et de vérification des normes appliquées

Durée

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

Profil

- Diplôme universitaire relevant pour la gestion publique, de préférence de « Master in Public Administration » (MPA);
- Tout autre diplôme orienté en économie, un « Master in Public Finance Management », un diplôme ou une expérience en économie de la santé ou dans

la gestion des finances publiques sera considéré comme un atout ;

- Une expérience d'au moins 10 ans dans le domaine de la gestion publique est capitale;
- Une expérience d'au moins 5 ans dans les pays en voie de développement, avec une expérience en gestion de programmes et en appui institutionnel est vivement souhaitée ;
- Expertise pointue dans un des domaines suivants et des connaissances de base dans les autres : planification stratégique et opérationnelle, coordination & communication, gestion des ressources humaines, systèmes de suivi & évaluation ;
- Esprit d'équipe ;
- Capacité de développer des réseaux ;
- Orienté vers les résultats ;
- Maîtrise (orale et écrite) du français, avec d'excellentes capacités rédactionnelles ;
- Maîtrise (orale et écrite) de l'Anglais ;
- Maîtrise de l'outil informatique et gestion de bases de données.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge. Le recrutement sera organisé conjointement avec le partenaire national.

7.4.2 Responsable Administratif et Financier national de la composante « Gouvernance »

Poste

Le responsable administratif et financier national de l'intervention assume la responsabilité de la gestion financière et administrative du celle-ci, et il coordonne le secrétaire-comptable national. Il s'intègre dans l'équipe du programme en dépendant hiérarchiquement de l'expert sectoriel international « Gouvernance ». Il travaillera en équipe avec les autres experts et personnel de l'ensemble du programme et pourra donc être amené à exécuter des tâches administratives et financières pour le compte des autres composantes aussi. En cas de conflit d'agenda ou conflit de priorité dans les tâches, c'est à l'expert de la composante Gouvernance de trancher sur ses priorités.

Durée

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

Ses responsabilités

Responsabilités générales

- Formation continue et encadrement du personnel administratif et le chauffeur du programme
- Elaboration éventuelle d'instruments et de procédures spécifiquement liées au programme
- Résoudre des questions et risques financiers et administratifs, et appui à la résolution de problèmes spécifiques liés au programme dans sa globalité.
- Appuyer au démarrage du programme et à sa clôture
- Consolider les budgets et les plans opérationnels du programme

Dans le domaine financier

- Gestion budgétaire et programmation financière de la composante Gouvernance du programme :
    - Suivi budgétaire et contrôle des coûts
    - Support pour la rédaction d'adaptations budgétaires
    - Support pour la rédaction de la planification financière
    - Consolidation des rapports et programmations financières
    - Conseils au Co-responsable de la composante « Gouvernance » et toute information que ce dernier lui demande
- Comptabilité et gestion du cash :
    - Encadrer et orienter le secrétaire-comptable de la composante du programme
    - Supervision de la comptabilité (cf. Contrôle de la qualité + consolidation comptabilité/FIT)
    - Contrôle de la position du cash et approvisionnement des comptes du programme (cf. Organiser les cash call)
    - Gestion de paiements importants du programme (montant à déterminer)
    - Organiser les achats directs à Dakar
    - Supervision technique des comptes au niveau des régions ciblées par le programme et encadrement et formation des cadres nationaux à ce niveau

Dans le domaine des marchés publics

- Superviser les marchés publics dans :
    - La rédaction de la partie administrative des DAO
    - Lancement des marchés et publication des avis d'appels d'offres

- Appuyer la gestion administrative des marchés publics (sélection, analyse, attribution, suivi et clôture) en étroite collaboration avec la direction de la composante du programme
- Participer aux dépouillements des offres

- Veiller à ce que les procédures soient respectées
- Informer immédiatement le Co-responsable de toute irrégularité constatée ou tentative de manœuvre frauduleuse ou existence de risque potentiel avéré d'introduction de recours

Dans le domaine de la gestion contractuelle et achats

- Soutien pour la gestion des moyens logistiques
- Suivi/consolidation des engagements financiers.

Profil

Le profil de ce poste présente les éléments suivants :

- Etre en possession au minimum d'un diplôme d'Etudes supérieures en comptabilité type BAC + 3 ou 4
- Avoir une expérience d'au moins 5 ans dans la gestion administrative et financière, dans une administration publique ou privée ou dans un projet ou programme de coopération internationale; un atout serait que cette expérience ait été au sein de la coopération belge
- Avoir une très bonne expérience d'utilisation de programmes informatiques courants (dont WORD, EXCELL et Internet obligatoirement)
- Qualités désirées: intégrité, dynamisme, flexibilité, rigueur, bonne organisation personnelle et capable de travailler en équipe
- Un atout: avoir une maîtrise acceptable de la langue anglaise.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge. Le recrutement sera organisé conjointement avec le partenaire national.