



DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

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

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

SENEGAL

NUMÉRO NATIONAL DGCD : 3005551

CODE NAVISION : SEN 08 022 11



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIÈRES	2
ABRÉVIATIONS.....	5
RESUME.....	7
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION.....	9
1. ANALYSE DE LA SITUATION	10
1.1 Contexte general	10
1.2 Contexte des politiques sectorielles	12
1.2.1 Fondement de la politique 'santé' et DSRP.....	12
1.2.2 Politique en matière de Protection Sociale et DSRP.....	13
1.2.3 Cadre institutionnel du Ministère de la Santé Publique	14
1.2.4 Budget et gestion des dépenses	16
1.2.5 A propos de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé.....	16
1.3 Contexte du développement de la demande solvable en santé: la mas, la gratuité et les mécanismes de garantie.....	17
1.3.1 Quelques données sur les mutuelles de santé dans les régions de Diourbel, Fatick et Kaolack et Kaffrine.....	20
1.3.2 Les autres acteurs.....	22
1.4 Stratégie de la coopération belge dans le secteur santé.....	25
1.4.1 Contributions des interventions à la stratégie sectorielle nationale.....	25
1.4.2 Les principaux acteurs belges dans le secteur.....	26
1.4.3 Projet PAMAS : articulation entre les trois volets	26
1.4.4 Cohérence interne et externe	27
1.4.5 Les résultats obtenus de l'intervention ASSRMKF	27
1.5 Coordination de l'action des bailleurs de fonds.....	29
1.6 Analyse de la situation menée lors de la formulation.....	29
1.7 Synthèse de l'analyse de situation et lien avec la présente intervention	31
2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'INTERVENTION.....	32
2.1 Nature et axes de l'intervention.....	32
2.2 Les bénéficiaires de l'intervention.....	33
2.2.1 Les bénéficiaires directs	33
2.2.2 Les bénéficiaires indirects.....	33
2.3 Localisation de l'intervention.....	33
3. PLANIFICATION OPERATIONNELLE.....	34
3.1 Sur le plan des défis stratégiques	34
3.2 Eléments clés de planification opérationnelle.....	35
3.3 Les fonctions essentielles d'un mécanisme de garantie	36
3.4 Objectifs de l'intervention.....	40
3.4.1 Objectif général.....	40
3.4.2 Objectif spécifique.....	40
3.5 Résultats attendus et activités à mettre en oeuvre.....	40
3.5.1 Résultat 1 : Les processus de mise en place, de gestion et de pérennisation du mécanisme de garantie sont définis.....	40

3.5.2	Résultat 2 : L'extension de couverture des paquets de soins éligibles et la mise en commun des gros risques par les MS est effective	42
3.5.3	Résultat 3 : Les mécanismes de garantie sont mis en place et fonctionnels	43
3.6	Les indicateurs et leurs sources de vérification.....	45
3.7	Les acteurs intervenant dans la mise en œuvre.....	46
4.	LES RESSOURCES	48
4.1	Ressources financières	48
4.1.1	La contribution belge.....	48
4.1.2	La contrepartie sénégalaise.....	49
4.1.3	Autres ressources.....	49
4.2	Ressources humaines	49
4.2.1	Conseiller technique national.....	49
4.2.2	Expertises externes ponctuelles et ciblées.....	50
4.2.3	Le responsable administratif et financier	50
4.2.4	Le/la secrétaire.....	50
4.2.5	Deux chauffeurs.....	51
4.2.6	4.2.6. Le Responsable Délégué de la CAFSP	51
4.3	Ressources matérielles.....	51
5.	MODALITÉS D'EXÉCUTION	52
5.1	Cadre légal et responsabilités administratives	52
5.2	Responsabilité technique	52
5.3	Structures d'exécution et de suivi.....	53
5.3.1	Structure Mixte de Concertation Locale	53
5.3.2	Comité Technique	54
5.3.3	Appui et suivi technique continu.....	55
5.4	Responsabilités financières.....	55
5.5	Modalités de gestion.....	56
5.5.1	Comptes et pouvoir de signature	56
5.5.2	Mise à disposition des fonds en cogestion.....	56
5.5.3	Programmation financière et gestion du budget.....	57
5.5.4	Comptabilité.....	58
5.5.5	Recrutement du personnel et type de contrat	58
5.5.6	Passation des marchés publics	58
5.6	Fonds gérés en régie.....	59
5.7	Rapportage administratif, comptable et financier.....	59
5.8	Mécanismes d'appropriation des adaptations au DTF	60
5.9	Suivi et évaluation.....	60
5.9.1	Généralités.....	60
5.9.2	Revue à mi-parcours (RMP ou MTR)	61
5.9.3	Les missions du siège de Backstopping.....	61
5.10	Clôture de la prestation.....	62
5.10.1	Bilan Financier.....	62
5.10.2	Soldes.....	62
5.10.3	Dépenses après Convention.....	62
6.	THEMES TRANSVERSAUX.....	63
6.1	Environnement	63
6.2	Genre et droits de l'enfant	63

6.3	Economie sociale.....	64
6.4	HIV/SIDA	64
7.	ANNEXES.....	65
7.1	Cadre Logique d'intervention.....	66
7.2	Budget et chronogramme.....	70
7.3	Termes de référence de l'assistance technique et du RAF.....	71
7.3.1	Le Conseiller Technique National (CTN)	71
7.3.2	Le Responsable Administratif et Financier (RAF)	73
7.4	Organigramme du MSP.....	74
7.5	Schéma proposé pour le pilotage et l'appui du FG (à titre indicatif).....	75

ABREVIATIONS

ACDEV	ONG Action et Développement
ACEP	Alliance de Crédit et d'Épargne pour la Production
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
APROFES	Association pour la promotion de la femme sénégalaise
ARMD II	Appui à la Région Médicale de Diourbel
ARV	AntiRétro Viraux
ASSRMKF	Appui aux Systèmes de Santé des Régions Médicales de Kaolack et Fatick
ASUFOR	Associations des Usagers de Forage
AT	Assistance Technique
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
CLCMSK	Cadre Local de Concertation des Mutuelles de Santé de Kaffrine
CMS	Crédit Mutuel du Sénégal
CNCR	Centre National de Concertation et de Coopération des Ruraux
CoGes	Comités de Gestion
CORMUSAD	Coordination des Mutuelles de Santé de Diourbel
CoSa	Comités de Santé
CP	Comité de Pilotage
CRC	Cadre Régional de Concertation
CS	Centre de Santé
CTB	Coopération Technique Belge
CTI	Conseiller Technique de profil International
CTN	Conseiller Technique de profil National
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
DECAM	Décentralisation et Extension de la Couverture Maladie
DESS	Diplômes d'Études Supérieures Spécialisées
DGCD	Direction générale de la coopération au Développement
DP	Direction du Projet
DS	District Sanitaire
DSRP	Documents de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
DTF	Dossier Technique et Financier
ECD	Equipe Cadre de District
ECR	Equipe Cadre de Région
ENDA Graf	Environnement, Développement, Action /Groupe de Recherche Action Formation
EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
EPOS	EPOS Health Consultants GmbH
EPS	Etablissement Public de Santé
FDD	Fonds de dotation décentralisé
FDEA	Femmes Développement Entreprise en Afrique
FORPROFEM	Appui à la Formation Professionnelle Féminine
GRAIM	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes
GRAP/OSC	Groupe de Recherche en Appui à la Politique/Organisations de la Société Civile
ICP	Infirmier Chef de Poste
IMF	Institution de micro finance (remplacé par SFD)
IPM	Institutions de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
LPS	Lettre de Politique Sectorielle
MAS	Micro assurance Santé
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
ME	Médicament Essentiel

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

RESUME

Depuis une vingtaine d'années, des systèmes de micro assurance santé (MAS) voient le jour en Afrique subsaharienne avec l'objectif premier d'améliorer l'accès aux soins de santé des populations par la levée de la barrière financière. Cette émergence a été favorisée par l'abandon de la gratuité des soins dans la plupart de ces pays. En effet, les systèmes de sécurité sociale ne couvraient jusqu'alors, en général, que les travailleurs du secteur public et les travailleurs du secteur privé formel. L'émergence des mutuelles de santé est récente au Sénégal. Elles se sont développées en trois phases: (i) une phase de premières expériences mutualistes avant 1994, (ii) une phase de diffusion comprise entre 1994 et 1998, et (iii) une phase d'engagement depuis 1998. Cette dernière phase voit l'implication d'un nombre de plus en plus important d'acteurs de tout type issus de la communauté nationale et de la communauté internationale dans la promotion et le développement des mutuelles de santé.

C'est ainsi qu'à l'occasion de la Commission Mixte Belgo Sénégalaise tenue à Bruxelles en 2006 la Belgique a approuver la requête du Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) du Sénégal pour un appui au développement de la micro-assurance santé (MAS) portant sur trois axes d'intervention. Ces axes constituent un ensemble cohérent en vue d'améliorer l'accessibilité financière aux soins et la protection des ménages contre les dépenses liées au risque maladie. L'objet de cet appui est également d'innover en matière de coopération dans le secteur de la santé en mettant un accent à la demande solvable en soins de santé préventifs et curatifs, alors que les appuis antérieurs ont porté sur l'offre de ces soins. La coopération belgo-sénégalaise dans le secteur de la santé est opérationnalisée à travers 3 interventions qui appuient et le système de santé dans son ensemble et à différents niveaux: (i) le projet ARMD II dans la région de Diourbel (qui est arrivé à terme fin 2007), (ii) le projet ASSRMKF dans les régions de Fatick, Kaolack et Kaffrine (qui arrive à terme fin 2010), (iii) le PAMAS qui appuie la CAFSP ainsi que les quatre (4) régions de la zone de concentration de l'intervention, soit celles de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine. Ce dernier a démarré en janvier 2009 pour une durée de 4 ans.

Le PAMAS, est réparti en trois volets incorporés dans deux interventions, dans une vision 'système de santé'. Elles sont décrites ci dessous:

- 1. Un appui institutionnel à la structure du Ministère chargée du financement de la santé et du partenariat (CAFSP)*
- 2. Un renforcement des institutions mutualistes*
- 3. Le développement de mécanismes de garantie favorisant l'accès aux soins des couches vulnérables.*

La formulation de la présente intervention porte sur le 3ème volet. Elle a pour objet le développement de mécanismes de garantie favorisant, dans la zone de concentration, l'adhésion des couches vulnérables et la prise en charge des soins plus coûteux par les systèmes de micro-assurance, sécurisés financièrement. L'approche de cette intervention est de la considérer comme une composante d'une **seule et même intervention : le PAMAS**, aussi bien sur ces éléments opérationnels que sur les modalités d'exécution. Elle a un **triple but**, à la fois : (i) celui de **consolider la surface financière** des MAS en les maintenant aptes à couvrir leurs mandats, (ii) celui de **d'investir avec plus d'intensité dans la 'demande' des communautés** en matière de recours à des soins de qualité, en augmentant significativement la couverture du risque (soins plus coûteux), favorisant l'adhésion des couches plus vulnérables et démunies et, (iii) celui de démontrer **les conditions de pérennisation et d'appropriation** aux institutions responsables de la mise en place d'un tel mécanisme et ainsi créer un réceptacle pour d'autres interventions belgo-sénégalaises dans le cadre du prochain PIC 2010-2013.

Sur la base de la fiche d'identification, le présent DTF est édifié sur (i) une analyse situationnelle du contexte général, et de la santé et des MAS en particulier, en extrayant les leçons positives ou non des

interventions précédentes et actuelles, et (ii) une vision claire des fonctions que les mécanismes de garantie pourraient assumer.

Suite à cette analyse, les orientations stratégiques sont définies et la planification opérationnelle est décrite dans la deuxième partie.

L'objectif global de cette intervention est celui du PAMAS: « *L'accessibilité financière des populations aux soins de santé et à la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé est améliorée dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine* »

L'objectif spécifique de ce projet est : « *Des mécanismes de garantie permettent aux mutuelles de santé de contribuer à la prise en charge des démunis et des groupes vulnérables en collaboration avec l'état et les Collectivités Locales dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine, de manière à contribuer à couvrir des soins préventifs et curatifs au niveau primaire et dans les structures de référence* »

Cet objectif spécifique sera atteint, dans le cadre du présent projet par les **3 résultats** présentés ci dessous :

- R1** : Les processus de mise en place, de fonctionnement, de gestion et de pérennisation du mécanisme de garantie sont définis ;
- R2** : L'extension de couverture des paquets de soins et de mise en commun des gros risques par les MS est effective ;
- R3** : Les mécanismes de garantie sont mis en place et fonctionnels.

Ces résultats sont déclinés en 9 activités et 34 sous activités. La stratégie de fond de l'intervention est de contribuer, sur la base des expériences en cours en matière de garantie, à la mise en place d'un outil financier efficace et durable. Dès cette mise en place l'intervention n'assumera qu'un suivi technique et opérationnel. Sur le plan de la durabilité, il ne s'agit pas d'avoir à maintenir au niveau du montant initial, mais plutôt d'instaurer dans une approche de recherche action un système de réapprovisionnement tant par la solidarité nationale qu'internationale. C'est ainsi que le statut de Fonds se doit d'être multibailleurs dès le départ, ouvert au secteur privé et à la société civile, mais sous la conduite de l'Etat.

Enfin, le budget et les modalités d'exécution sont présentés dans une troisième partie.

Le **budget** alloué à cette intervention est de **1.500.000 euros** et se répartit en trois parts : une première attribuée aux résultats (80,7%, dont 82% constitue le fonds de démarrage), une deuxième à la réserve financière (2,7%) et une troisième aux moyens généraux (17,1%). Ce budget est géré en cogestion, hormis quelques rubriques en régie.

En ce qui concerne les **modalités d'exécution**, les caractéristiques essentielles se présentent ainsi :

- La direction de l'intervention est assumée par l'UGP du PAMAS et son exécution est assumée par un ou une Responsable délégué(e) et un sous co-responsable (un CTN). La SMCL est la même;
- Quant aux Ressources Humaines : un responsable administratif et financier aura en charge la gestion administrative et financière de la présente intervention et du Fonds de garantie qui sera mis en place ;
- La mise en place du Fonds de garantie sera effectuée sur la base d'une convention de financement entre le MSP du Sénégal et la Coopération belge. Il sera, dès sa mise en place, un instrument sénégalais au sein de la CAFSP. L'intervention ne prenant en charge que le salaire de l'administrateur financier, de l'investissement en matériel/équipement de départ et enfin le suivi technique, l'appui technique à la recherche action et les audits ;
- Le recours à des appuis scientifiques ou opérationnels ponctuels.

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

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

Numéro national DGCD	3005551
Code Navison CTB	SEN 08 022 11
Institution partenaire	Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale
Durée de la Convention spécifique	48 mois
Durée de la mise en oeuvre	36 mois
Contribution de l'Etat Sénégalais	448.500 EUR
Contribution de la Belgique	1 500 000,00 EUR
Date estimée de la signature de la Convention Spécifique	Janvier 2010
Secteurs d'intervention	24040 - Finances/Banques - Intermédiaires financiers du secteur informel et semi-formel/ micro crédits 16010 – Infrastructure sociale – Services sociaux 12110 – Santé – Politique de la santé et gestion administrative
Objectif général	L'accessibilité financière des populations aux soins de santé et à la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé est améliorée dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine
Objectif spécifique (1)	Des mécanismes de garantie permettent aux mutuelles de santé de contribuer à la prise en charge des démunis et des groupes vulnérables en collaboration avec l'Etat et les Collectivités Locales dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine, de manière à contribuer à couvrir des soins préventifs et curatifs au niveau primaire et dans les structures de référence
Résultats intermédiaires (3)	1. Les processus de mise en place, de gestion et de pérennisation du Fonds de garantie sont définis 2. L'extension de couverture des paquets de soins et de mise en commun des gros risques par les mutuelles de santé est effective 3. Les mécanismes de garantie sont mis en place et fonctionnels

1. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 CONTEXTE GENERAL¹

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

Liés à des facteurs naturels et historiques, ces contrastes ont été accentués ces dernières décennies par l'exode rural (ce phénomène intéressant plus particulièrement les jeunes). Le Sénégal a l'un des taux d'urbanisation les plus élevés d'Afrique noire (41,5% selon DPS 2005). Le développement des centres urbains absorbe une grande partie de la croissance de la population sénégalaise qui a plus que doublé en trente ans (de 5 millions en 1975 à 8,5 millions en 1995 et près de 12 millions en 2008). Cette expansion démographique est principalement due à l'accroissement naturel de la population (2,3% en 2006) qui résulte à la fois du recul de la mortalité (9,4 pour 1.000 en 2006) et d'une forte natalité (39,1 pour 1.000 en 2006). Outre son inégale répartition, le dépeuplement des campagnes au profit des villes et sa croissance rapide, la population sénégalaise se caractérise par sa jeunesse: en 2005, les moins de 20 ans représentent 54% et les plus de 65 ans seulement 4%. A l'heure actuelle, le nombre de **femmes en âge de reproduction** (15-49 ans) est estimé à 3.124.600 et celui **des enfants de moins de 5 ans** à 1.755.800.

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

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

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

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

¹ Extrait du PNDS 2009-2018

grâce notamment à une politique budgétaire et monétaire vertueuse et à un approvisionnement adéquat des marchés.

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

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

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

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

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

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

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

Sur le plan de son administration, le Sénégal est composé de 14 régions, 45 départements, 121 arrondissements, 113 communes, 46 communes d'arrondissement et 370 communautés rurales. Depuis l'adoption de la loi 96-06 du 22 mars 1996 portant code des collectivités locales, il compte

désormais trois ordres de collectivités locales : régions, communes et communautés rurales. A leur tête siègent des conseils élus investis de compétences dans neuf domaines dont la santé. Les régions sont subdivisées en départements et ces derniers en arrondissements.

Tableau 1 : quelques données socio économiques datant de 2006, ci dessous:

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

1.2 CONTEXTE DES POLITIQUES SECTORIELLES

1.2.1 Fondement de la politique 'santé' et DSRP

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution sénégalaise qui garantit le droit à la santé en son article 8 et dispose en son article 17 que «...L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ».

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

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

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

L'axe 3 du DSRP est en parfaite cohérence avec la stratégie 11 du PNDS 2009-2018. En effet, la culture du « rendre compte » tarde à entrer dans les consciences au niveau des responsables du Ministère de la Santé et des actions énergiques sont nécessaires pour corriger certaines insuffisances. Par exemple, en systématisant les contrats de performance à tous les niveaux tout en veillant à ce

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

qu'ils soient suivis d'effets mais aussi en renforçant les capacités locales pour rendre effectif le contrôle citoyen.

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

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

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

Enfin, il est nécessaire de souligner le souci du gouvernement sénégalais de faire évoluer le système de santé sur la base d'un 'recouvrement' optimal *des besoins, de l'offre et de la demande*, point de départ des interventions sectorielles santé de la coopération belgo-sénégalaise et d'autres bailleurs de fonds (voir 1.4), et dans une vision partagée.

1.2.2 Politique en matière de Protection Sociale et DSRP

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

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

Pour réaliser la mise en oeuvre et le développement de sa politique nationale de protection sociale, le Gouvernement du Sénégal a adopté le cadre stratégique suivant, basé sur quatre axes fortement corrélés entre eux :

- **Axe 1** : réforme et renforcement des systèmes formels de sécurité sociale ;
- **Axe 2** : extension de la protection sociale ;
- **Axe 3** : amélioration de la capacité de réponse aux chocs et risques pour les groupes vulnérables;
- **Axe 4** : gestion des risques majeurs et catastrophes.

La protection sociale et la gestion des risques constituent les instruments privilégiés pour une croissance accélérée et une réduction durable de la pauvreté. La stratégie nationale de protection sociale est basée sur une philosophie qui considère que le développement n'est pas seulement un processus d'accumulation de richesses et de capital humain (éducation, santé), mais aussi une intervention sur les risques clés qui font basculer certaines populations, dans la pauvreté, et empêchent les plus démunies de sortir du cycle de l'indigence. Sans dispositif efficace de protection

sociale et de gestion des risques, les résultats de la croissance et de la réduction de la pauvreté sont fragiles, les acquis réversibles. Si les stratégies de prévention réduisent la probabilité des risques, les stratégies d'atténuation réduisent l'impact potentiel de risques futurs. A cet effet, les instruments de gestion des risques peuvent être informels (fondés sur la famille, sur les réseaux sociaux ou sur le groupe social), axés sur le marché (comme l'assurance privée) ou des dispositions publiques.

Les enjeux liés aux objectifs de réduction de la pauvreté, de croissance redistributive et de renforcement d'une économie basée sur la solidarité et le développement humain place la stratégie de protection sociale et de gestion des risques au coeur des politiques publiques du Sénégal. C'est pourquoi, les mécanismes de protection sociale relèvent des interventions publiques destinées à aider les individus, les ménages et les communautés à mieux aplanir les irrégularités de revenus et de consommation, à réduire la probabilité de pertes dévastatrices de bien-être et à appuyer les ménages et individus qui se trouvent dans la pauvreté extrême. Cette définition large inclut des programmes comme la lutte contre les inondations et la prévention du paludisme qui ne sont pas habituellement envisagées dans l'approche plus étroite des programmes de sécurité sociale comme les pensions, l'assurance et la mise en commun des risques, les interventions sur le marché du travail, l'assistance sociale et les filets de sécurité. Dans la mesure où elle s'adresse aux risques critiques pour réduire la pauvreté, la stratégie nationale de protection sociale et de gestion des risques adopte la définition la plus large qui traite dans une approche intégrée les risques sociaux, les risques majeurs et les catastrophes.

En matière de microassurance santé, le Sénégal s'est doté en juillet 2004 d'un **Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé (PDMS)**. Ce plan quinquennal basé sur un diagnostic approfondi, notamment des contraintes au développement des mutuelles de santé au Sénégal, s'articule autour des cinq axes stratégiques:

1. Développement des Capacités d'Implantation, d'Organisation et d'Extension des MS;
2. Renforcement des Capacités des Acteurs du Développement des MS ;
3. Mise en place d'un Plan de Communication pour la Promotion des MS;
4. Mise en Place et Développement de Partenariats Effectifs entre les Acteurs de la MS;
5. Renforcement de l'Appui de l'Etat au Développement des MS.

En août 2008, le MSP a validé une **Stratégie Nationale d'Extension de la couverture du Risque Maladie (SNECRM)**. Cette stratégie prend en compte les difficultés dans le financement de la demandé (faible couverture du système d'assurance maladie, dispersion et absence de coordination des nombreux dispositifs de couverture du risque maladie gérés par plusieurs secteurs. Cette initiative accompagne la réforme des Institutions de Prévoyance Sociale (IPM). Elle a trois piliers :

1. La réforme des politiques de gratuité des soins pour les rendre plus pérennes à travers la création d'un fonds d'achat médical ;
2. La réforme des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) ;
3. L'extension de la couverture du risque maladie à travers des systèmes mutualistes dont les quatre composantes sont en phase pilote à l'heure actuelle.

1.2.3 Cadre institutionnel du Ministère de la Santé Publique

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

Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, des Directions et des Services rattachés³.

³ Voir organigramme en Annexe 4

Commentaires⁴ : des difficultés de trois ordres gênent au plan institutionnel le fonctionnement des services à ce niveau: (i) la multitude de services rattachés, (ii) un conflit de compétences entre services centraux partageant les mêmes missions, (iii) un manque de précision dans les missions du fait de l'absence d'arrêtés d'application.

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

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

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

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

Malgré les efforts consentis pour renforcer les effectifs en RH, les indicateurs de couverture en terme de personnel montrent qu'on est encore très loin des normes déjà proposées dans le PNDS 1998-2007⁵.

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

Le **Plan de Travail Annuel**, traduction opérationnelle du CDSMT, est décliné en plans d'actions détaillés à tous les échelons de la pyramide sanitaire. Le budget annuel du Ministère de la Santé est établi sur la base de ces PTA.

Les trois instances de coordination sont : (i) la revue annuelle conjointe⁶, (ii) le comité interne de suivi⁷ et (iii) la mission conjointe de supervision⁸. Au niveau régional le suivi des activités se fait traditionnellement lors des **réunions trimestrielles de coordination dans les régions** et au niveau périphérique il se fait lors des **réunions mensuelles de coordination du district**, lors des missions de supervision, lors du monitoring et des bilans annuels des districts.

⁴ PNDS 2009-2018

⁵ Cette situation découle essentiellement de trois facteurs liés à la non existence d'un plan de développement des ressources humaines: (i) l'insuffisance des effectifs admis au niveau des structures de formation notamment à l'Université qui est sous la tutelle du ministère chargé de l'enseignement supérieur; (ii) la non maîtrise du processus de recrutement dans la fonction publique qui n'est pas de la compétence du MSP; (iii) l'insuffisance des mesures incitatives pour fidéliser le personnel et réussir une meilleure répartition géographique.

⁶ **L'objectif de la Revue Annuelle Conjointe (RAC) est de faire le bilan des plans de travail annuels de l'année précédente et de procéder à la validation de la programmation des opérations retenues pour l'année en cours**

⁷ **Le Comité Interne de Suivi** a lieu tous les trois mois et porte sur le suivi de l'exécution des plans de travail annuels, l'examen des rapports d'étape pour faire le point sur la situation des projets et programmes, l'examen des rapports d'exécution du budget et l'état de la mise en oeuvre des recommandations

⁸ **La Mission Conjointe de Supervision** a pour objet d'assurer le suivi de l'exécution des activités programmées sur le terrain conjointement avec les partenaires au développement. Elle se déroule tous les six mois.

1.2.4 Budget et gestion des dépenses

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

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

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

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

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

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

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

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

Les structures de santé publique sont utilisées de façon préférentielle par la population. Les prix élevés des services de santé sont cependant une des principales causes de non-recours aux services de santé. Par exemple, en 2001, une enquête⁹ a révélé que près de 40% de personnes souffrant de fièvre ou de paludisme et 44% de personnes souffrant de maladies diarrhéiques n'avaient pas eu recours aux soins à cause des tarifs jugés trop élevés. En 2001 et 2002, les ménages ont consacré plus de 2% de leurs dépenses totales pour la santé (60% pour les médicaments, 30% pour les services médicaux extra-hospitaliers et près de 10% pour les services hospitaliers).

⁹ Questionnaire Unifié des Indicateurs Démographiques (QUID), 2001

Devant les difficultés d'accès aux soins de santé, le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale du Sénégal a développé des programmes¹⁰ qui visent à faciliter l'accès aux soins de santé en priorité pour les groupes vulnérables. L'objectif national de couverture du risque maladie est d'atteindre 50% en 2015, alors que cette couverture est estimée à moins de 20% en 2007 dont 4% pour les mutuelles de santé (régime contributif volontaire).

1.3 CONTEXTE DU DÉVELOPPEMENT DE LA DEMANDE

SOLVABLE EN SANTÉ: LA MAS, LA GRATUITÉ ET LES MÉCANISMES DE GARANTIE

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

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

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

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

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

¹⁰ Voir page suivante

D'une façon plus exhaustive, les programmes et projets facilitant l'accès aux soins de santé qui ont été développés, en priorité pour les groupes vulnérables sont présentés ci après :

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

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

Au niveau du coût de ces programmes, nous pouvons citer celui de l'accès aux accouchements et césariennes : son coût est estimé à 440 millions de FCFA en 2006. Ce programme est financé par des subventions de l'Etat avec un appui complémentaire de certains partenaires tels que l'UNICEF et l'UNFPA. Environ 46.000 femmes enceintes en auraient bénéficié en 2006 (source MSPM). En ce qui concerne le Plan Sésame, destiné aux personnes âgées de 60 ans et plus, il devait être exécuté selon deux modalités : (i) un préfinancement aux hôpitaux et (ii) un financement direct à la PNA qui rembourse ensuite les postes et centres de santé. Les dépenses cumulées s'élèvent à 3 milliards en 4 ans.

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

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

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

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

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

Dans ce cadre, la participation des ménages à l'effort de santé est considérable (78% des dépenses de santé sont supportées par les ménages). Ce qui souligne toute l'importance que les autorités sénégalaises et leurs partenaires accordent à la « demande » dans le renforcement du système de santé. Alors que ces dernières années, l'accent a davantage été mis sur « l'offre ».

C'est dans ce contexte que des initiatives diverses sont en cours d'étude ou d'expérimentation sous l'impulsion de l'Etat appuyé par ses PTF ou des communautés : développer des mécanismes de financement de garantie qui vont jouer un rôle de fonds assurantiel¹¹ dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'extension de la couverture maladie à travers la décentralisation (DECAM) initié par le MSPM. L'objectif à court terme est de mettre en place un fonds de garantie au niveau départemental adossé à un dispositif organisationnel de fédération des mutuelles en unions départementales qui en seront les bras techniques. D'autres études ou expérimentations, en cours ou mises en œuvre, sont à relever tels que : (i) le fonds de solidarité à vocation assurantielle en expérimentation dans la région de Matam avec l'appui de Lux-Développement, (ii) un fonds de garantie social dans le cadre de la prise en charge des PV/VIH, avec l'USAID, (iii) divers mécanismes de financement de garantie initiés par les MS, comme les fonds de réserve, les fonds d'équité, les fonds de subvention en cours de mise en place dans le cadre de l'assurance « élèves »¹² avec l'appui du projet « ASSRMKF » dans les Régions de Kaolack, Fatick et Kaffrine.

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

Le tableau N°2 ci dessous, illustre le phénomène de la diversité conceptuelle en matière de garantie en couverture socio-sanitaire en présentant les différents types possibles de Fonds¹³ qui existent, leurs objets et leurs bénéficiaires :

Tableau n° 2 : Nature, objet et bénéficiaires d'outils financiers de 'garantie et de solidarité' existants au Sénégal et dans la sous Région

Nature du fonds	Objet	Bénéficiaires
<i>Fonds de garantie</i>	Instrument financier destiné à donner aux MS les moyens de développer une demande solvable	Adhérents Personnes démunies
<i>Fonds de réserve</i>	Excédent budgétaire permettant à la mutuelle de diversifier son offre de service et de faire face à des situations imprévisibles de trésorerie	Mutuelles
<i>Fonds d'équité</i>	Mécanisme financier destiné à développer l'offre de service sur des bases plus équitables (prise en charge par discrimination positive des indigents, des femmes et des enfants, etc...)	Groupes vulnérables
<i>Fonds de solidarité</i>	Mécanisme assistanciel fusionnant les « fonds » associés aux initiatives de gratuité ou de subventionnement	Les groupes cibles de la politique de gratuité

¹¹ Deux leviers étaient proposés (par le cabinet ADECRI qui a réalisé l'étude): assistanciel et assurantiel. Option a été prise par les autorités de l'assurantiel

¹² Ce n'est pas un Fonds de garantie car il n'y a pas d'analyse de risque avant de débloquer les fonds et pas de remboursement des fonds empruntés

¹³ Dont la plupart existent ou sont en cours de mise en place au Sénégal

<i>Fonds d'appui</i>	Mécanisme d'assistance au développement d'une couverture maladie contributive	Les mutuelles
<i>Cash transfert ou subventionnement</i>	Transfert direct de ressources aux familles démunies	Enfants de 0-5ans
<i>Fonds de gratuité</i>	Subventionnement direct et indirect aux structures de santé	Bénéficiaires des programmes de gratuité
<i>Fonds d'achat ou fonds commun</i>	Améliorer les modalités de gestion des dispositifs de gratuité par paiement direct aux structures de santé	Bénéficiaires des programmes de gratuité Indigents

Au Sénégal, les initiatives diverses en matière de garantie, sont peu documentées. Il convient d'autre part, et c'est la volonté des responsables des secteurs concernées, de bien convenir de définitions communes pour tous ces Fonds, avec leurs avantages et leurs inconvénients, dans le cadre d'une étude de capitalisation à mener.

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

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

- Probabilité de réduction des taux d'impayés en matière de cotisation plus élevée ;
- Une plus grande capacité de mise en commun des risques ;
- Une plus grande crédibilité des Mutuelles auprès des prestataires de soins ;
- Une plus grande confiance entre les différents acteurs, etc...

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

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

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

Des efforts sont de plus en plus pour construire une base de données fiables sur les MS. Mais elles restent encore insuffisantes et parcellaires. Dans les régions de concentration de l'intervention, les données suivantes ont pu être collectées, à travers la revue de la documentation disponible dont certaines ont été réactualisées au cours de l'atelier participatif d'analyse situationnelle de Kaolack.

La population cible totale de l'intervention est de **3.210.712 hbts**

a. Région de Kaolack

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

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

b. Région de Diourbel

Elle compte **14 mutuelles** pour un taux de pénétration de l'ordre de 1,5 % soit près de **16.600 bénéficiaires**. Les premières ont vu le jour dès 1995, et sont réparties dans les départements de Diourbel, Bambey, et Mbacké. Il faut noter que la ville de Touba regroupe 44% de la population de Diourbel, avec comme particularité une prépondérance de mutuelles dont la base de regroupement est l'appartenance à une confrérie religieuse.

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

c. Région de Fatick

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

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

d. Région de Kaffrine

Elle compte **8 mutuelles de santé** dont la majorité sont des mutuelles communautaires (deux d'entre elles sont socioprofessionnelles). Deux de ces MS ont des difficultés financières. Le nombre d'adhérents varie entre 100 et 1760. Et le nombre de **bénéficiaires** ne dépasse pas **12.000**. Le taux de pénétration est donc faible. Il existe un cadre de concertation qui regroupe les différents acteurs.

Population (estimée en 2008 selon le nouveau découpage administratif) : **492.685hbts.**

Ces données de bases sont synthétisées dans le tableau N°2 pour les 4 régions de concentration du projet:

Tableau 3 : Synthèse des données sur les MS dans la zone de concentration

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

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

Globalement, les mutuelles sont de petite taille et d'une faible viabilité fonctionnelle, institutionnelle, économique et financière. Les taux de pénétration sont de loin en deçà de l'échelle requise en termes de nombre d'adhérents. Quasiment, toutes les mutuelles sont impulsées à partir d'initiatives communautaires qui les rendent assez crédibles aux yeux des populations. La question essentielle de

la professionnalisation des mutuelles et de leur regroupement reste posée. Des initiatives d'élargissement et de renforcement des bases organisationnelles des mutuelles sont toutefois engagées, notamment dans la zone du projet avec la mise en place des unions régionales.

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

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

Parallèlement au secteur de la micro-assurance portée par les mutuelles de santé, le secteur de la Micro finance au Sénégal est en pleine croissance depuis son émergence à la fin des années 1980. A ce jour, il compte environ 844 structures financières décentralisées légalement agréées ou reconnues (mutuelles de base, groupements d'épargne et de crédit et structures signataires de convention) qui offrent des services financiers de proximité (environ 74 milliards FCFA d'épargne mobilisée et 92 milliards FCFA de crédits distribués) à un nombre de plus en plus important de bénéficiaires en milieu rural et urbain (plus de 792 000 sociétaires/bénéficiaires) pour la mise en œuvre d'activités économiques. Il importe de noter que certaines structures de micro-finance développent, même si c'est de manière encore timide et non documentée, des produits assurance santé. Il s'agit en fait d'élargir leur offre de services et minimiser les risques liés à la maladie qui est un facteur important de non-remboursement du crédit ou de son détournement vers des objectifs autres. A l'inverse, certaines initiatives de micro-assurance développent des activités de génératrices de revenus pour leurs membres à travers une offre de crédit. Des perspectives de partenariat entre le secteur de la micro-finance et celui de l'assurance santé pourraient donc se développer.

1.3.2 Les autres acteurs¹⁴

a) Les prestataires de soins

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

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

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

¹⁴ Extrait du Plan Quinquennal de Développement des Mutuelles de santé de la région de Fatick 2007-2011

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

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

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

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

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

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

c) Les structures d'appui externe

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

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

Ces structures d'appui interviennent essentiellement dans l'appui technique et beaucoup moins dans l'appui financier. Malgré l'existence d'un cadre de concertation national qui réunit depuis 2003 les représentants du MSP, les promoteurs, les structures d'appui et les représentants des unions et coordinations de mutuelles, plusieurs questions persistent dont deux essentielles¹⁵ : (i) quel doit être le rôle d'une coordination au niveau national et (ii) quel rôle pour les représentants de l'Etat ?

¹⁵ Les expériences sénégalaises de mise en réseau des mutuelles de santé, André Demba Wade

d) Les collectivités locales

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

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

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

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

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

- Au niveau du Ministère Délégué des Collectivités Locales : c'est la direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DAS) qui n'existe que dans les communes de Dakar et Pikine qui en est en charge ;
- Au Ministère Chargé de la Solidarité Nationale : c'est la direction de l'action sociale et le Fonds de Solidarité Nationale;
- Au Ministère de la Santé Publique: il s'agit de programmes de gratuité et de subventionnement.

f) Les Systèmes de Financement Décentralisés, SFD (ex IMF)

Face au problème de recouvrement des cotisations, le MSP et la CAFSP favorisent la collaboration avec les institutions de micro finance. Dans le but d'éviter le détournement des crédits destinés aux activités génératrices de revenus pour la prise en charge des soins de santé, celles-ci peuvent exiger des demandeurs de crédits d'adhérer à une mutuelle de santé. Le prélèvement des cotisations à partir de l'épargne réalisée diminue la charge de travail des responsables des mutuelles pour le recouvrement des cotisations. En outre, c'est aussi une manière de sécuriser les emprunts dans la mesure où une couverture « soins de santé » augmente les chances des individus de rester en bonne santé. Enfin, cela permet souvent d'atteindre plus facilement 100% de taux de recouvrement et à moindre frais.

Le secteur est en pleine expansion depuis deux décennies. On compte au 31 décembre 2008 949 SFD en couvrant plus de 1.093.838 membres-clients dont 44,1 % de femmes bénéficiaires et 256.016 emprunteurs actifs (voir Annexe).

Conformément aux conclusions et aux recommandations d'une table ronde des bailleurs tenue en avril 2005, deux études spécifiques ont été menées pour définir les mécanismes de financement et les modalités de mise en œuvre de la stratégie nationale¹⁶.

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

- Rôle prééminent donné au secteur privé et aux SFD dans l'offre de produits et services financiers ;

¹⁶ HORUS, Etude sur les mécanismes de financement des IMF au Sénégal, février 2006, et BARRO I. & NDIAYE M., Etude sur les modalités de mise en œuvre du Plan d'actions de la LPS/MF, rapport final MPMEEFMF, Octobre 2005

- Non-exécution directe par le gouvernement de programmes de micro finance ;
- Création d'un environnement politique, économique, légal et réglementaire favorisant le développement du secteur ;
- Orientation vers le marché pour les politiques financières et de crédit y compris l'intégration au système financier.

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

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

Il faut noter qu'aucune allusion n'est faite dans cette LPS au lien potentiellement prometteur entre MAS et SFD et que les logiques et les finalités de ces deux systèmes ne sont pas forcément semblables et peut-être parfois même contradictoires. En effet, les MAS se fondent sur des principes et valeurs comme (i) la solidarité et l'entraide, (ii) la démocratie, (iii) l'autonomie et l'indépendance, (iv) la liberté et (v) la non-poursuite de but lucratif¹⁷. Ce ne sont pas forcément les mêmes principes qui fondent les SFD. Toutefois des expériences (PAMECAS, APROFES) sur ce couplage sont en cours afin d'identifier les rôles et les réciprocitys entre ces deux fonctions.

1.4 STRATÉGIE DE LA COOPÉRATION BELGE DANS LE SECTEUR SANTÉ

1.4.1 Contributions des interventions à la stratégie sectorielle nationale

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

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

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

¹⁷ Étude sur le rôle des mutuelles de santé au Sénégal. Research Matters. Cheik Vilane, juin 2006

1.4.2 Les principaux acteurs belges dans le secteur

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

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

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

Le Fonds belge de Survie appuie le projet PROMUSAF.

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

1.4.3 Projet PAMAS : articulation entre les trois volets

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

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

Les axes stratégiques principaux du projet PAMAS sont :

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

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

1.4.4 Cohérence interne et externe

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

Ainsi :

- Il est plus focalisé sur la politique sectorielle. En effet, le projet ASSRMKF avait une influence directe sur chacun des sept (7) objectifs stratégiques du Plan National de Développement Sanitaire – Phase II et depuis 2009 sur chacun de onze (11) orientations stratégiques retenues dans le PNDS 2009-2018 dont il est sensé appuyer la mise en œuvre dans les régions de Kaolack, de Fatick et de Kaffrine ;
- Il vise le renforcement du fonctionnement du district sanitaire en tant qu'unité opérationnelle de l'organisation du système de santé au Sénégal, avec un accent particulier sur les soins de référence comme par exemple la chirurgie de district.

Au plan de la cohérence externe, il importe de signaler que c'est au projet Santé 1 de la Banque Africaine de Développement (BAD) que revient le mérite d'avoir construit et équipé des salles d'opération dans plusieurs districts des régions d'intervention avec l'objectif spécifique de diminuer la mortalité maternelle. Ainsi, il est apparu plus logique pour ASSRMKF de continuer le développement d'équipement thérapeutique dans les CS qui disposaient déjà d'une salle d'opération. En ajoutant d'autres équipements (diagnostique et thérapeutique) le nombre de problèmes de santé qui pouvaient être résolus augmenterait considérablement avec un investissement abordable. Ainsi, l'élargissement de la gamme d'interventions possibles, en incluant la chirurgie de district, a rendu les salles d'opérations du projet Santé I/BAD plus fonctionnelles et efficaces.

1.4.5 Les résultats obtenus de l'intervention ASSRMKF

Efficacité

Elle est jugée bonne par la revue à mi-parcours du projet ASSRMKF. En effet, de nombreux précurseurs indiquent qu'à terme le projet pourra contribuer de façon substantielle à l'amélioration de la qualité des soins, notamment:

- A la qualité technique des soins par la mise en place des outils techniques, la formation et la supervision
- A la continuité des soins par un système de R/CR à l'échelon régional.
- A l'élargissement du paquet de prestations essentielles par le développement de la chirurgie générale dans les districts sanitaires

Au niveau institutionnel, l'appui à l'approche de décentralisation de la chirurgie ;

- Renforce la dynamique de dialogue entre acteurs de secteurs différents et
- Ouvre aussi des perspectives sur une réflexion profonde sur l'offre de soins en général dans le pays

Au niveau des bénéficiaires directs et indirects, les effets sont perceptibles à travers les témoignages de satisfaction relatifs :

- A l'amélioration du plateau technique au niveau des centres de santé, particulièrement l'introduction de la chirurgie dans les CS de référence
- A la qualité des infrastructures réhabilitées et remises en normes

- Aux nombreuses mesures visant la capacitation des ressources humaines et l'amélioration de leurs conditions de travail
- A la mise en place d'une couverture assurance maladie pour les élèves.

Dans sa mise en œuvre, le projet a pu développer une dynamique d'implication forte de la part d'autres acteurs tel que l'Université à travers la Chaire de chirurgie, AGETIP dans le cadre du génie civil, les collectivités locales. Au niveau régional, les services déconcentrés de certains ministères (Urbanisme et Habitat, et l'Education) sont fortement impliqués dans la mise en œuvre de certains volets du projet. Le projet a pu aussi créer des synergies avec des ONG et certaines associations impliquées dans les mutuelles et dans la micro-finance. La prise en compte simultanée des dimensions 'offre' et 'demande' est considérée comme une des forces du projet.

Au regard de la nature et de la durée prévue de PAMAS, l'on ne peut prétendre atteindre les résultats visés à moins d'un an de mise en œuvre du projet.

Efficienc

Elle a aussi été jugée bonne par la revue à mi-parcours du projet ASSRMKF.

En effet :

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

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

Durabilité

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

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

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

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

D'autres facteurs de risque déplorés sont:

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

1.5 COORDINATION DE L'ACTION DES BAILLEURS DE FONDS

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

Des réunions régulières informelles 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. Ainsi les bailleurs travailleront dans le sens de mieux équilibrer les actions de renforcement du système de santé en matière « d'offre » et de « demande ». Dans ce cadre il importe de souligner la création récente d'un sous groupe thématique sous la présidence de la partie belge qui met le focus sur la « demande ». Cet élément faisait défaut dans les coordinations antérieures.

1.6 ANALYSE DE LA SITUATION MENÉE LORS DE LA FORMULATION

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

Les POINTS FORTS

- Le PNDS (2009-2018) a pris en compte le renforcement de la couverture du risque de maladie avec un accent particulier sur les groupes vulnérables dans une vision cohérente de l'offre tant sur le plan de l'amélioration de sa qualité et de ses modes de financements (décentralisé) d'une part, et d'autre part de l'amélioration de la demande solvable (page 48 et 49)
- Des dispositifs d'assistance à certains groupes vulnérables sont mis en place depuis quelques années et s'appliquent actuellement à 5 programmes de gratuité et 6 de subventionnement (et à davantage dans un proche avenir, d'après ce qui nous a été dit). Ces dispositifs leur offrent la gratuité de soins curatifs et préventifs. Un cadre de fédération, d'intégration et rationalisation des initiatives de gratuité est planifié dans PNDS 2009-2018
- 128 mutuelles communautaires sont opérationnelles dans tout le pays et certaines régions (9/14) disposent d'une Union régionale (anciennement des « coordinations »). Certaines organisations de la société civile, telle que GRAIM et Terre des Hommes à Thiès, ont une expertise bien étoffée de plus de 20 années en matière de financement solidaire de la santé et en appui au développement local. La Stratégie Nationale d'Extension de risque maladie prévoit de passer de 20% de couverture à 50 % en 2015
- Les IPM sont en cours de réforme
- Des expériences en matière de création de Fonds de Garantie (FRS de Matam, GRAIM, Mutuelle des élèves –ASSRMKF-, Union Régionale des Mutuelles de Dakar, initiatives à

Kaolack en matière de PEC des maladies opportunistes des PVVIH, et d'autres) pour les mutuelles communautaires sont en études ou en cours et constituent une base incontournable en terme de leçons à extraire tant sur ses mandats que sur sa mise en place

- Le MSP s'est engagé à développer des mécanismes de tarification forfaitaire et le projet ASSRMKF y apporte toute sa contribution. Ce type de tarification facilite la couverture maladie par les MS
- Une approche stratégique de modèle dans une perspective de reproduction au niveau national a été bien affirmée par la direction de la CAFSP
- La CAFSP assume bien et avec compétence son rôle de pilote en terme d'initiatives, de suivi et de recherche en particulier son unité « Développement de l'Assurance Maladie » en concertation avec les 3 autres (« Macroéconomie et Santé ¹⁸ », « Appui à la Décentralisation » et Promotion du Partenariat et de la Contractualisation ». Le projet PAMAS, qui vient de démarrer au début de cette année, y est localisé, singulièrement en sa composante institutionnelle.

Les POINTS à AMELIORER

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

Les OPPORTUNITES

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

¹⁸ Cette unité a pour objet entre autre une analyse des coûts de la santé, de la tarification forfaitaire et de l'analyse des coûts unitaires

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

1.7 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE SITUATION ET LIEN AVEC LA PRÉSENTE INTERVENTION

Il ressort de cette première partie du DTF les éléments ci-dessous sur lesquelles les orientations et axes stratégiques de la présente intervention ont été :

- **Les points forts** les plus significatifs sur lesquels l'intervention va être facilitée : (i) contexte sectoriel très favorable à donner priorité sur le soutien et la réduction des barrières pour une demande solvable, (ii) contexte favorable dû au fait que la CAFSP assume avec compétence son rôle, en particulier d'opter pour une approche de recherche action au niveau national, (iii) contexte favorable au renforcement et décentralisation des MAS grâce à une masse critique de 'savoir' acquis tant au niveau central que périphérique et par tous les types d'acteurs (iv) contexte favorable à la consolidation des expériences programmées ou en cours en matière de mécanismes de garantie, (v) contexte favorable en matière des dispositifs d'assistance aux groupes les plus vulnérables, (vi) contexte favorable dû aux expériences en matière de tarification forfaitaire ;
- **Les points à améliorer** les plus significatifs que l'intervention devra prendre en compte: (i) les programmes de gratuité et de subventionnement n'ont pas la performance attendue pour certains programmes, (ii) une méfiance de la part des prestataires à contractualiser avec des MAS, (iii) un niveau de professionnalisation des MS et des URMS à renforcer, (iv) peu de maîtrise des coûts réels des soins préventifs et curatifs ;
- **Les opportunités** les plus significatives sur lesquels l'intervention va être facilitée : (i) contexte législatif (cadre légal et réglementaire) édictée par l'UEMOA, (ii) une réforme globale du système d'assurance en prévoyance sociale, (iii) une approche pilote décidée en matière de mise en œuvre des mécanismes de garantie dans laquelle la présente intervention va être incluse ;
- **Les menaces** les plus significatives à prendre en compte par l'intervention : (i) le dysfonctionnement de certains programmes de gratuité et de subventionnement, (ii) la faible sécurisation en matière de ré-alimentation du FG.

2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'INTERVENTION

2.1 NATURE ET AXES DE L'INTERVENTION

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

La mise en place de ce mécanisme qui s'apparente à un Fonds de garantie (FG) classique mais élargit à d'autres fonctions (voir infra 3.3) s'inscrit dans le cadre global des politiques de gratuité initiées par le Ministère de la Santé et de la Prévention pour faciliter l'accès aux soins de santé des groupes vulnérables.

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

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

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

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

Deux axes d'interventions sont proposés :

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

2.2 LES BÉNÉFICIAIRES DE L'INTERVENTION

2.2.1 Les bénéficiaires directs

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

2.2.2 Les bénéficiaires indirects

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

2.3 LOCALISATION DE L'INTERVENTION

Le compte principal du FG est logé à la CAFSP et mouvementé vers les 4 Régions pour les Sous Fonds de Garantie (SFG) piloté par la CAFSP et coordonnés par les Comités Régionaux.

3. PLANIFICATION OPERATIONNELLE

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

Elle a un **triple but**, à la fois :

1. Celui de **consolider la surface financière** des MAS en les maintenant aptes à couvrir leurs mandats;
2. Celui **d'investir avec plus d'intensité dans la 'demande' des communautés** en matière de recours à des soins de qualité, en augmentant significativement la couverture du risque (soins plus coûteux), favorisant l'adhésion des couches plus vulnérables et démunies;
3. Celui de démontrer **les conditions de pérennisation et d'appropriation** aux institutions responsables de la mise en place d'un tel mécanisme (pour les 4 fonctions décrites ci dessous) et ainsi créer un réceptacle pour d'autres interventions belgo-sénégalaises dans le cadre du prochain PIC 2010-2013.

3.1 SUR LE PLAN DES DÉFIS STRATÉGIQUES

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

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

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

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

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

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

3.2 ELÉMENTS CLÉS DE PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

Les 7 éléments clés suivants prennent en compte ces défis ainsi que les résultats de l'analyse situationnelle :

- La CAFSP assure le pilotage de la mise en œuvre du mécanisme de garantie et du Fonds qui lui est associé. Le compte principal de ce Fonds y est localisé. La décision de la CAFSP de faire de ce mécanisme une initiative pilote devra donc rompre avec une logique d'extension quantitative des mutuelles et privilégier un renforcement qualitatif ;
- Chaque Région de la zone de concentration disposera d'un Sous Fonds de garantie (SFG). Ces SFG seront progressivement mis en place. Le comité technique (inter-régional) du PAMAS, chargé d'examiner les plans d'action trimestriels des MS, prendra en compte l'examen et la coordination des plans annuels d'action des 4 SFG ;
- Chaque Région s'appuiera sur un Comité Régional/SFG à mettre en place. Il aura pour rôle essentiel la bonne coordination entre tous les acteurs et intervenants y inclus les collectivités territoriales. Ces Comités régionaux seront appuyés au démarrage de l'intervention par un opérateur de gestion des Sous Fonds de Garantie (ONG, SFD, etc.) qui servira d'interface entre les organismes subsidiant, les MS et les prestataires de soins ;
- Un processus de capitalisation des initiatives existantes fait partie du processus de démarrage (voir 3.1 & 2);
- Faire des URMS la porte d'entrée naturelle du mécanisme et du SFG en particulier (des comptes de transit sont ouverts au niveau des Unions et mouvementé par un compte central géré par la CAFSP). Afin de renforcer les capacités de gestion de ce mécanisme et de manière plus large, les compétences des URMS, il est prévu :
 - o De mettre en place, via l'axe 2 du PAMAS, un dispositif de renforcement de leurs capacités ;
 - o De contractualiser, de façon transitoire, un/des organismes responsabilisés pour la gestion quotidienne des SFG au sein duquel deux membres de l'URMS bénéficieront d'un transfert de compétences. Ils sont budgétisés dans le cadre de la présente intervention dans la phase de démarrage et selon le niveau de « professionnalisation » atteint par les Unions;
- Les moyens généraux de l'intervention sont budgétisés et mobilisés en cogestion, pour obtenir les deux premiers résultats. Pour le troisième, dont l'objet essentiel est lancer les FG et SFG dans le cadre d'une convention de financement entre la CTB et le MSP, l'intervention prévoit la prise en charge (i) des coûts d'investissements (matériel, équipement, etc...), (ii) du salaire de l'administrateur financier du FG (voir ch.4 : le RAF) et (iii) des coûts de suivi, de recherche action et d'investissement technique. La présente intervention ne prend pas en compte le fonctionnement du FG et SFG et ses coûts récurrents, qui auront été bien identifiés dans le cadre des activités inscrites dans le R1 ;
- Un accent particulier sera mis sur les aspects de contractualisation :
 - o Au niveau de leur zone de couverture, entre les MS et les services de santé;
 - o Au niveau régional, entre l'URMS, le Sous Fonds de garantie et les services régionaux de la santé.

3.3 LES FONCTIONS ESSENTIELLES D'UN MÉCANISME DE GARANTIE

Les quatre fonctions essentielles du mécanisme de garantie prévu dans le cadre de cette intervention sont : la co-assurance, la ré-assurance, le développement de l'équité/solidarité et l'assistance financière. La description ci-dessous guidera le contenu en terme de fonctions du Fonds, instrument de ce mécanisme.

Dans la présente intervention, les pourcentages d'affectation financière seront, pour les deux premières fonctions (mécanismes assurantiels), de 35% du montant du FG et de 65% pour les deux autres (40% pour le subventionnement et 25% pour l'assistance financière-mécanismes assistantiel). Cette approche constitue une précaution pour assurer une pérennité optimale du FG (voir R3). A propos des fonctions assistantielles, les éléments que l'UGP et la SMCL pourraient prendre en compte sont: (i) le niveau de professionnalisation des URMS, (ii) l'extension de la couverture, (iii) la rigueur dans la gestion des MS, (iv) les performances des programmes de gratuité et de subventionnement, (v) une bonne appréciation des risques, etc¹⁹.... L'essentiel est de bien documenter le processus et de s'assurer que les fonctions assurantielles répondent bien à la fois à de vrais besoins mais également à une vraie demande des clients. La question de l'adhésion volontaire et/ou obligatoire des mutuelles et/ou de leurs Unions à ces deux fonctions devra être approfondie et argumentée.

Les risques potentiels pour chacune des fonctions sont présentés.

La co-assurance

La co-assurance est l'entente de plusieurs assureurs qui s'attribuent la garantie d'un risque important, selon des quotas d'intervention en fonction de leur capacité à financer. C'est donc le partage du même risque.

Ce mécanisme interne aux systèmes fédéralistes (Unions Régionales) en tant que structures faitières permet aux MS membres de couvrir **des risques plus importants** et de les rendre de cette manière potentiellement plus **attractives pour les patients**.

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

Le Fonds est géré par les organes de la structure faitière avec la participation des bailleurs en cas de subvention, des collectivités locales et pourquoi pas les bénéficiaires.

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

Risques potentiels pour cette fonction :

- **Anti-sélection** apparaît lorsque les assurés détiennent des informations sur le niveau de risque, auxquelles l'assureur n'a pas accès : cette asymétrie pousse les assurés à choisir un niveau de couverture adaptée à leurs besoins sans que ces derniers ne soient connus par l'assureur. En assurance-maladie par exemple, il y aura anti-sélection si ce sont des personnes déjà malades, ou des femmes enceintes qui souscrivent, sans que l'assureur soit conscient de leur état. La tarification du

¹⁹ Le liste d'éléments décisionnels pour l'UGP, décrits dans ce DTF, n'est pas exhaustive

produit assurantiel peut s'avérer problématique si le risque d'anti-sélection évoqué ci-dessus se réalise ;

- **Risque moral** lorsque la protection que fournit l'assurance encourage les individus à provoquer l'événement assuré ou à se comporter d'une manière qui augmente la probabilité qu'il survienne ;
- **Difficulté de mobiliser la cotisation** au niveau des mutuelles en raison de la charge additionnelle qu'elle représente pour des trésoreries fragiles ;
- Une **mauvaise appréciation de l'incidence** des risques et des **coûts unitaires** par épisode de maladies. Une tarification forfaitaire convenue avec toutes les parties et revues régulièrement peut réduire ce risque ;
- Une **trop faible couverture** en adhérents par mutuelle. La couverture actuelle dans la zone de concentration est d'à peu près de 2% en terme de bénéficiaires et de 0.5% en terme d'adhérents.

La ré-assurance

C'est un dispositif de sécurité par lequel une mutuelle souscrit un contrat d'assurance auprès d'une autre assurance. Elle peut être organisée par plusieurs mutuelles par exemple au niveau d'une Union Régionale.

Cette fonction constitue un mécanisme de **prévention de crises financières en cas de sinistre inhabituel**. Cela permet aux mutuelles de s'assurer contre des risques dont les conséquences financières sont particulièrement importantes comme les maladies coûteuses à caractère épidémique et les « excès de sinistre »²⁰. Elle n'intervient pas pour résoudre des situations de crises financières temporaires, mais elle contribue en revanche à leur prévention, en éliminant les dépenses en prestations exceptionnelles (effet de lissage).

Le ré-assureur peut être, soit une assurance commerciale, soit un fonds de réassurance mis en place par l'Etat ou un organisme d'appui, soit un mécanisme de garantie et de réassurance, géré avec la participation des bailleurs en cas de subvention, des collectivités locales et pourquoi pas les bénéficiaires.

Quant aux conditions de la réassurance, elles sont à bien distinguer de la garantie proprement dite. La souscription entraîne une charge nouvelle pour la mutuelle qui doit verser une prime annuelle au ré-assureur. Le montant de cette prime est calculé suivant un principe similaire à celui des cotisations de la mutuelle (fréquence des coûts, frais de gestion, ...ect).

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

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

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

²⁰ On appelle excès de sinistre quand on définit un montant maximal pour une prestation donnée au-delà duquel le ré-assureur intervient. « Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique ». ILO. 2003

Risques potentiels pour cette fonction :

- La plupart des risques présentés pour la co-assurance sont pris en compte ici ;
- **Risque de fraude ou d'abus** est le plus connu. La fraude peut intervenir à de nombreux niveaux; pour la prévenir, l'assureur doit mettre en place des systèmes de contrôles rigoureux, en amont (avant la souscription) comme en aval (versements des indemnités) ;
- **La tarification du produit assurantiel** peut s'avérer problématique si le risque d'anti-sélection se réalise (voir fonction précédente) ;
- Même si **les risques** à prendre en compte sont imprévus par définition, **leur inventaire et les éléments d'appréciation** pour leur prise en charge dans le cadre de cette fonction doivent être menés.

Le développement de l'équité/solidarité

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

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

Risques potentiels pour cette fonction :

- Essentiellement **un risque de concurrence avec les dispositifs existants** conduisant à une mauvaise utilisation des ressources disponibles (doublons, double paiement etc...). Quelle coordination effective mettre en place ?
- S'il y a pré-financement pour ces programmes, il y a **risque financier** qui pourrait être très gênant pour assumer les autres fonctions ;
- Ne pas faire une **identification rigoureuse des groupes vulnérables** bénéficiaires (ciblage) avec les Collectivités territoriales peut poser un problème de 'faux positifs'.

L'assistance financière

Il s'agit de venir en aide aux mutuelles de santé en difficultés momentanées sous forme de prêts remboursables dans des délais et selon des critères fixés d'un commun accord entre les parties. Il peut être mis en place et géré, entre autre, par une union de mutuelle (gestion collective), une institution publique (ministère), une structure d'appui aux MS, voire même une banque. Elle complète la fonction de ré-assurance.

En cas de situation difficile, il intervient sous forme de prêts à une mutuelle qui le sollicite. Il s'agit d'une avance de trésorerie qui n'est mise en jeu que lorsque celle-ci est en état de cessation de paiement et qu'elle ne peut plus maintenir ses prestations en faveur de ses bénéficiaires.

Les conditions de mise en œuvre et de remboursement sont définies à l'avance. L'intervention du Fonds peut être conditionnée à des modifications dans le fonctionnement de la MS et à la mise en

place d'un plan de redressement. C'est ici que des mécanismes de la micro finance peuvent être mis en œuvre.

Risques potentiels pour cette fonction :

- Le risque le plus important comme pour tout mécanisme d'assistance financière alimenté par de l'argent externe (argent 'froid') pourrait être celui de **non remboursement des prêts** consentis sous forme de 'crédits ponts' ;
- Des **conditions d'octroi**²¹ peu précises (sous forme de droit de tirage) ou non respectées ou ne faisant pas objet d'un suivi rigoureux, laissent porte ouverte à de l'arbitraire préjudiciable en terme de durabilité en terme financier et en terme d'image ;
- **'Oreiller de paresse'** n'induisant pas de réel changement dans la volonté de professionnalisation des mutuelles qui doit les conduire à améliorer leurs capacités de gestion ;
- **Décalage éventuel** entre la montée en puissance du volet professionnalisation assuré par le PAMAS (070 19 11) et la mise en œuvre effective de l'assistance financière.

Ces 4 fonctions ont pour but essentiel d'avoir un impact sur l'accès aux soins en particulier pour les plus démunis et les plus vulnérables (femmes et enfants) autant que sur la qualité de l'offre par l'incitation à un recours le plus précoce possible.

A noter que lors de la formulation, ces fonctions clés ont été débattues entre les acteurs de terrains des zones de concentration et du niveau central. Il est ressorti de ces échanges le consensus suivant sur ces missions principales qui sont en cohérence avec les fonctions décrites ci dessus²²:

- Appui aux mutuelles en difficulté;
- Prise en charge des risques lourds ;
- Prise en charge des groupes vulnérables et démunis exclus des systèmes conventionnels de couverture 'risques-maladies' (voir remarque Ch 1.3).

Sources de financement

Le financement du mécanisme de garantie tel que décrit ci dessus, sera assuré principalement par l'apport de la contribution de la Belgique au Fonds sous la forme d'une subvention non remboursable. Il appartiendra toutefois à l'étude chargée du design du mécanisme (cf.activité 1.2), de fixer la clé de répartition qui devra, à terme, régir les relations entre les apports financiers des mutuelles et/ou de leurs Unions au financement des différentes fonctions et les apports externes, notamment ceux issus des bailleurs et/ou de l'Etat (à l'exception toutefois de la fonction d'équité et de solidarité qui reposera toujours sur des apports externes).

Cette clé de répartition tiendra évidemment compte :

- Du caractère pilote de ce mécanisme ;
- Du faible degré actuel de professionnalisation des mutuelles et de leurs Unions ;
- Du fragile équilibre financier actuel de la plupart des mutuelles.

Quelle que soit la formule retenue et au niveau des sources de financement mutualistes, on pourra envisager des contributions calculées sur le montant global des cotisations, des prestations ou le nombre de bénéficiaires éventuellement avec subventions d'un organisme d'appui au démarrage (Etat, Collectivités Locales...). La fréquence du paiement pourra être annuelle ou semestrielle.

²¹ De même pour les modalités de remboursement

²² Sauf pour la 3^{ème} mission

3.4 OBJECTIFS DE L'INTERVENTION

3.4.1 Objectif général

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

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

3.4.2 Objectif spécifique

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

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

3.5 RÉSULTATS ATTENDUS ET ACTIVITÉS À METTRE EN OEUVRE

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

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

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

3.5.1 Résultat 1 : Les processus de mise en place, de gestion et de pérennisation du mécanisme de garantie sont définis

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

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

- Il s'agit d'un fonds commun aux mutuelles de santé, alimenté par elles-mêmes et/ou par d'autres sources de financement et devant permettre de prendre en charge des

situations (charges, risques etc.) auxquelles les mutuelles ne peuvent faire face individuellement, de façon isolée) ;

- Son statut sera celui d'un fonds Multi-bailleurs, conduit par le MSP, avec un mandat de gestion autonome avec les 4 missions présentées plus haut (3.3), avec possibilités de faire conventions de service avec des structures privées ou de la société civile.

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

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

La capitalisation permettra d'orienter le présent projet en relevant tous les 'savoir' à extraire avec méthode des actions et initiatives menées en matière de mise en place de mécanismes de garantie des mutuelles communautaires et même dans d'autres domaines (secteurs) ? Cet exercice permettra d'identifier un cahier des charges consensuel de mise en place du FG.

Quatre sous activités sont prévues :

- Effectuer une étude dont l'objet est double: (i) de capitaliser toutes les expérimentations en cours (facteurs de blocage) et (ii) d'identifier les éléments politiques, juridiques et techniques qui en constituent l'environnement. Cette étude sera menée en contractualisant avec une expertise nationale ou régionale extérieure au MSP. La sélection sera faite par un comité ad hoc, celle du PAMAS (SEN 07 019 11) et du PAMIF, sur la base de TDR proposés par l'équipe d'exécution de la présente intervention. Une démarche d'appel d'offre conforme aux procédures nationales sera menée. Le budget a été calculé sur la base de 1/homme/mois;
- Exécuter l'étude et la suivre ;
- Valider les résultats avec toutes les parties prenantes ;
- Rédiger le cahier des charges de la mise en place du FG (voir activité 1.2.).

Montant affecté à cette activité : **9.000 Euros**

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

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

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

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

Montant affecté à cette activité : **17.000 Euros**

3.5.1.3 Activité 1.3 Mettre en place un processus de recherche action

Cette activité prend en compte l'approche, énoncée par la CAFSP, d'une phase de modélisation de ce type de mécanisme de garantie, en vue d'une mise à échelle sur l'ensemble du pays. Elle sera insérée dans le chronogramme de l'intervention dès que le contexte juridique et opérationnel du FG sera défini et après avoir convenu des hypothèses de travail.

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

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

Montant affecté à cette activité : **10.000 Euros**

3.5.2 Résultat 2 : L'extension de couverture des paquets de soins éligibles et la mise en commun des gros risques par les MS est effective

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

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

3.5.2.1 Activité 2.1 Identifier des paquets de soins éligibles

Une analyse rigoureuse et pointue des paquets de soins éligibles et de leurs coûts unitaires est une activité cruciale à mener, dans le cadre de la contractualisation avec les prestataires. Pour ce faire, le recours à une expertise nationale, mobilisée en conformité avec les procédures en vigueur, sera effectué. Elle travaillera en parfaite collaboration avec le projet ASSRMKF pour tirer profit des résultats obtenus dans les études des coûts relatives à la tarification forfaitaire.

Trois sous activités sont prévues:

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

Montant affecté à cette activité : **20.000 Euros**

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

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

Deux sous activités sont prévues:

- Effectuer un état des lieux sur les dénominateurs de ces cibles, dans les 4 Régions. L'ATN mènera ce travail en collaboration de responsables régionaux des Ministères impliqués (comme la direction des statistiques, des CT, ... voir ci-dessus) et les partenaires actifs en ce domaine ;
- Effectuer un état des lieux sur la prise en charge des groupes vulnérables et indigents dans les 4 Régions lors de la dernière année. Les informations seront acquises auprès des différents programmes ciblés sur les personnes vulnérables, ceux du Fonds d'indigence et ceux impliqués dans le « Cash transfert ». Ce travail sera mené par la même équipe que pour la première sous activité.

Montant affecté à cette activité : **3.000 Euros**

3.5.2.3 Activité 2.3 Définir les mécanismes de mise en commun de ces paquets

Cette activité permettra de définir les mécanismes de mise en commun des paquets identifiés à prendre en charge au niveau du FG lors de l'activité 1.2.1. Une étude sera menée par une expertise nationale.

Trois sous activités sont prévues:

- La sélection de cette expertise sera faite par un comité ad hoc proposé par l'équipe d'exécution de la présente intervention, celle du PAMAS (1 et 2), sur la base de TDR proposés par l'équipe d'exécution de la présente intervention. La sélection de l'expert sera faite par un comité ad hoc proposé par l'équipe d'exécution de la présente intervention, de celle du PAMAS (1 et 2). Il sera procédé à un appel d'offre conformément aux procédures nationales. Le budget a été calculé sur la base de 1/hommes/mois;
- Mener l'étude d'identification ;
- Valider les résultats sous le leadership de la CAFSP.

Montant affecté à cette activité : **10.000 Euros**

3.5.3 Résultat 3 : Les mécanismes de garantie sont mis en place et fonctionnels

3.5.3.1

Ce résultat constitue la suite logique des 2 premiers résultats : la mise en place de structure chargée d'offrir la garantie comme définie plus haut et sous la forme d'un Fonds de garantie (FG) durable et permettant à la CAFSP de mener ses supervisions et le suivi/évaluation. Ce FG aura des Sous Fonds de Garantie (SFG) déconcentrés dans chacune des 4 Régions. Le Comité Technique du PAMAS en

assumera la coordination administrative et les 4 organes régionaux de gestion seront identifiés et mis en place pour le démarrage.

Cette mise en place sera effectuée sur la base d'une donation à la CAFSP. L'intervention ne prenant en compte que les investissements et la prise en charge jusqu'à la fin du projet du RAF. Les modalités de gestion du futur fonds feront l'objet d'une validation en SMCL avant son lancement.

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

3.5.3.2 Activité 3.1 Acquérir les équipements pour le FG et SFG

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

Quatre sous activités sont prévues:

- Identifier avec les responsables de la CAFSP et des URMS les besoins en matériels et équipements : matériel en bureautique et informatique, en communication et équipement mobilier, ... Pour le véhicule, ce sera le deuxième véhicule budgétisé dans la présentation des moyens généraux de la donation ;
- Établir un appel d'offre conforme aux procédures nationales ;
- Les installer, définir une stratégie de maintenance et la financer ;
- Signer une convention de financement²³ entre la CTB et le MSP, lors de la création du FG et après accord de la SMCL.

Montant affecté à cette activité : **102.000 Euros**

3.5.3.3 Activité 3.2 Recruter les ressources humaines, les former et identifier les ressources techniques et financières

Cette activité permettra de recruter les ressources humaines nécessaires pour la gestion quotidienne du FG au niveau central et régional et d'établir des contrats de services avec les 4 URMS. L'intervention prévoit que le RAF de la présente intervention sera mis à disposition pour l'administration du FG et le recrutement des autres RH qui seront prises en charge par le gouvernement du Sénégal. Cette personne ressource est en effet la plus indiquée pour cette fonction, au démarrage, étant donné qu'elle se sera impliquée dans les activités des deux premiers résultats.

Pour mémoire : en ce qui concerne la formation il est possible de mettre en route des bourses non liées à la présente intervention financée et attribuée par l'ambassade de Belgique²⁴.

Six sous activités sont prévues:

- Identifier avec les responsables de la CAFSP (à Dakar) et des URMS (dans les Régions) les besoins en personnels ;

²³ Dans lequel est consigné le cadre de gestion tel que défini dans le R1, comme les critères d'éligibilité des rubriques de dépense, des procédures de contrôle et d'audit et le descriptif des investissements transférés (un véhicule et une somme d'un million d'Euros). Un plan de financement sera proposé en deux vagues de 500.000 Euros

²⁴ Par exemple, le programme de formation COOPAMI (2010) qui s'appuie sur la collaboration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, du Service public fédéral Sécurité sociale, de l'Office national de Sécurité sociale, de l'Office national des Pensions, de l'Union nationale des Mutualités socialistes, de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, de l'ASBL Question Santé, du Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee et de l'Université Catholique de Louvain

- Les recruter (deux personnes par URMS) les former. Le recours à une visite documentaire et d'échanges d'expérience dans la sous région est prévu et budgétisé ;
- Établir un appel d'offre conforme aux procédures nationales pour la sélection des 4 organismes de gestion ;
- Un manuel de procédures sera établi en recourant à une expertise nationale, sur appel d'offre conforme aux procédures nationales. La budgétisation de cette activité est basée sur 2/Hommes/mois ;
- Ce manuel sera validé sous la conduite de la CAFSP ;
- Un budget pour la durée du projet sera établi pour ces ressources.

Montant affecté à cette activité : **20.000 Euros**

3.5.3.4 Activité 3.3 Mettre en place le FG à la CAFSP et dans les zones de concentration ainsi que le système de suivi/évaluation

Cette activité sera d'abord la mise en place au niveau central et progressivement dans les 4 Régions. Le suivi/évaluation sera effectué en cours d'intervention et une évaluation finale aura lieu en fin d'intervention. Une convention de financement (1.000.000 d'EUR) avec le MSP sera établie, approuvée en SMCL. Trois précautions permettront d'assurer une pérennité optimale au FG : (i) le versement en deux tranches, (ii) le principe d'affectation des ressources financières sur la base de pourcentage (voir 3.3) et (iii) un audit financier entre les deux versements.

Cinq sous activités sont prévues:

- Etablir un plan de mise en place et lancement du Fonds, y inclus un plan de communication et de plaidoyer pour rendre le FG visible et l'exécuter ;
- Etablir un plan semestriel de supervision mené par la CAFSP pendant la durée de l'intervention;
- Rédiger un manuel de suivi/évaluation et d'évaluation finale. Ces activités seront financées par l'intervention ;
- Définir un processus de documentation continue qui pourra faciliter sa mise à échelle d'une part et, d'autre part, pour aborder, sur un principe de donation, l'appropriation avant la fin de la période de l'intervention du FG par la partenaire. Ce processus sera défini en concertation avec l'ensemble des partenaires impliqués dans les 4 Régions avant sa déclinaison en sous-activité ;
- Etablir une convention de financement avec le MSP et déposer la première tranche²⁵ du FG sur le compte principal du CAFSP et lancer officiellement le FG.

Montant affecté à cette activité : **1.020.000 Euros**

3.6 LES INDICATEURS ET LEURS SOURCES DE VÉRIFICATION

Le cadre logique en annexe propose une série d'indicateurs par résultat attendu et leur source de vérification. Il s'agit pour leur grande majorité d'indicateurs qualitatifs et de processus, permettant d'appréhender le degré et la qualité d'avancement du projet. Ils sont issus de documents que les acteurs du projet généreront de manière routinière (rapports d'activités, compte-rendu de réunion, de Cadre National de Concertation...), de documents de politique opérationnelle (guides sur les outils et procédures standards pour les MAS, modalités de calculs de tarification au forfait), de documents politiques (réforme de stratégies nationales, décret d'application, orientations pour la

²⁵ Il est proposé deux tranches de 500.000 Euros, avec un audit comptable et financier entre les deux transferts

contractualisation...) ou d'études spécifiques qui étayeront le projet (perception des usagers et des prestataires face au mouvement mutualiste, données de base, ...).

Le nombre et la formulation des indicateurs seront revus et confirmés par un comité ad hoc au démarrage dans le cadre du PAMAS.

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

- L'existence et fonctionnalité des structures mutualistes et cadres de concertation aux différents niveaux ;
- La couverture assurance santé (quantitatif et qualitatif) de la population dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine ;
- La satisfaction des usagers et des prestataires par rapport au mouvement mutualistes et à l'administration sanitaire.
- Les mécanismes de garantie et leurs structures sont fonctionnels et contribuent à la prise en charge des groupes cible et pour des risques de référence.

Deux autres indicateurs d'impact du FG, un assurantiel et une autre assistanciel sur les bénéficiaires (MS et leurs adhérents) seront définis dans le cadre du troisième résultat.

Pour les résultats, voici les indicateurs par résultat notés dans le Cadre Logique :

Tableau n° 4

Résultats	Indicateurs
R1	- Le cahier de charge du FG est disponible et validé - Un protocole de RA est mis en oeuvre
R2	- Les paquets de soins éligibles (incidences, ses coûts unitaires) - Les groupes cible prioritaires sont identifiés - Les mécanismes de mise en commun sont fonctionnels pour ces groupes cible
R3	- Le FG et ses structures déconcentrées sont fonctionnels conformément à ses mandats - Sa ré-alimentation est assurée à un niveau acceptable tenant compte du protocole de RA (voir R1.A3)

3.7 LES ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE

Les principaux intervenants de cette intervention sont :

- La CAFSP au niveau central ;
- Les quatre Régions Médicales au niveau décentralisé. Elles sont particulièrement en charge de la mise en œuvre, conjointement avec les institutions mutualistes;
- L'ensemble des cadres des différentes unités de la CAFSP seront les premiers bénéficiaires directs de l'expertise technique nationale en bonne cohérence et complémentarité du PAMAS actuellement en activité;
- Les institutions mutualistes : les unions régionales de mutuelles, les mutuelles et leurs membres dont ils sont les représentants, sont les bénéficiaires directs du projet. Ce type

d'acteur est le seul qui soit davantage fortement redevable envers la demande, et davantage qu'envers les autorités sanitaires²⁶.

A titre de rappel, les principaux partenaires intervenants dans ce domaine dans le cadre du PSDMS²⁷ sont :

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

²⁶ Pour peu que l'on s'accorde sur le fait que la CAFSP n'a pas d'autorité hiérarchique sur les mutuelles, malgré son rôle de tutelle

²⁷ Voir 1.5 de la présente intervention, en ce qui concerne la bonne coordination thématique et géographique

4. LES RESSOURCES

4.1 RESSOURCES FINANCIÈRES

4.1.1 La contribution belge

Toutes les ressources nécessaires ont été calculées dans l'élaboration du budget. Il s'élève à un montant total d'un million cinq cents mille euros (1.500.000 €).

Le budget global est présenté ci dessous dans le tableau N°5.

Tableau N° 5. Présentation synthétique du budget de la contribution belge

Le budget A : les 3 Résultats

Résultats	Montant (en Euros)
R1	36.000
R2	33.000
R3	1.142.000
Sous total (80,7%)	1.211.000

Le budget X : la réserve budgétaire

Type	Montant (en Euros)
Réserve budgétaire	17.200
Sous total (2,2% du budget A)	17.200

Le budget Z : les moyens généraux

Type	Montant (en Euros)
Conseiller Technique National	45.000
Comptable (RAF)	37.800
Secrétaire	20.000
Chauffeurs (2)	20.000
Véhicules (2)	40.000
Equipement bureau et IT	12.000
Aménagement bureau	2.000
Fonctionnement véhicule	9.500
Télécommunication	9.000
Fournitures de bureau	6.000
Missions à l'étranger	19.000
Missions à l'intérieur	24.000
Frais financiers	2.500
Suivi évaluation (CTB/MTR/Finale)	15.000
Audit externe	10.000
Sous Total (17,1%)	271.800
TOTAL GENERAL	1.500.000

Ce budget global se répartit ainsi, en arrondissant :

- 9 % de ressources humaines (incluant la formation des acteurs et les expertises nationales ou internationales) ;
- 11 % de support au fonctionnement et de lancement du FG et de suivi/évaluation ;
- 11 % d'investissements ;

- 69 % en ressources financières.

4.1.2 La contrepartie sénégalaise

La contrepartie sénégalaise consiste à :

1. Affecter un bureau pour le CTN et le RAF à la CAFSP;
2. Mettre un/une secrétaire à la disposition de l'équipe d'exécution de projet ;
3. Véhicules d'accompagnement lors de visites sur le terrain ;
4. Une part du salaire des homologues et responsables à tous les niveaux
5. Les charges récurrentes du FG et des SFG

Valorisation de cette contrepartie

Tableau n° 6 Valorisation en finances de la contribution de la contrepartie

Rubriques	Nbre	Mois	Montant € pour 3 ans	Montant FCA pour 3 ans
1. Bureau CTN/RAF à la CAFSP	2	36	36.000	23.616.000
2. Secrétaire	1	36	1.500	984.000
3. Responsables de la CAFSP et dans les Régions	6	36	11.000	7.216.000
4. Les charges récurrentes du FG et des SFG	/	Entre 10 et 13 mois	400.000	26.000.000
Total			448.500	294.216.000

4.1.3 Autres ressources

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

4.2 RESSOURCES HUMAINES

4.2.1 Conseiller technique national

L'expertise avec profil national sera apportée sous le statut de Conseiller Technique National (CTN) de haut niveau, économiste de la santé ou compétence équivalente, ayant une large expérience nationale et internationale. Il aura également des compétences en Santé Publique, en management et en team building. Il dépend sur le plan administratif de la représentation de la CTB au Sénégal et sur le plan technique de l'UGP du PAMAS.

Il sera ancré institutionnellement au niveau de la CAFSP à Dakar. Sa responsabilité première, partagée avec le Responsable délégué, est l'atteinte des 3 résultats par tous les intervenants. Ses tâches principales (voir Annexe 3) sont :

- Etre en contact, planifié et régulier, avec les 4 DRS des Régions Médicales (RM) qu'elles ouvrent ;
- Assurer le secrétariat du SMCL du PAMAS sur toute matière afférente au développement et du fonctionnement du FG et des SFG ;
- Organiser et superviser le travail du RAF de la présente intervention et en assumer la responsabilité ;
- Assumer, sous la supervision de l'ATI du PAMAS, la coordination des intervenants entre autre les URMS et les Comités Régionaux ;
- Etablir les TDR des expertises ponctuelles (voir ci-dessous) conformément aux procédures sénégalaises et en assurer le suivi jusqu'à la validation des résultats ;
- Etre responsable de la documentation du processus dans une optique de répliation/extension.

4.2.2 Expertises externes ponctuelles et ciblées

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

4.2.3 Le responsable administratif et financier

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

Durant la durée de l'intervention, il sera utilisé à temps plein pour la gestion administrative et financière de l'intervention et du FG, quand il sera fonctionnel²⁸. Il s'engagera à respecter scrupuleusement les procédures et règlements en vigueur à la CTB en ce qui concerne la gestion du projet. Sa responsabilité vis à vis du FG est détaillée dans les annexes au présent DTF. Elle a 2 axes principaux: (i) une assistance technique financière à la mise en place du FG (la première année de la présente intervention), d'une part, et (ii) à son fonctionnement quand il sera opérationnel, d'autre part.

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

4.2.4 Le/la secrétaire

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

Il/elle sera recrutée sur le budget de l'intervention selon les procédures de la CTB.

²⁸ Il est proposé qu'il assume lors du démarrage des activités du FG la gestion administrative et financière, en plus de ses charges de RAF pour la présente intervention, même si les activités d'appui après le lancement seront réduites. Ce qui sera spécifiquement notifié dans la convention de financement

4.2.5 Deux chauffeurs

Deux chauffeurs seront recrutés sur le budget de l'intervention selon les procédures de la CTB et affecté aux véhicules de service.

4.2.6 4.2.6. Le Responsable Délégué de la CAFSP

Le coordonnateur de la CAFSP sera le ou la responsable de cette intervention (voir Ch 5 : modalités) et assume avec l'ATI sa direction. Ainsi l'intervention sera totalement intégrée dans le PAMAS. Il ou elle délègue à son coordinateur adjoint ou éventuellement à tout autre haut responsable de la CAFSP, la fonction de « Responsable Délégué » l'exécution de l'intervention.

Pour rappel, le coordinateur et son coordinateur adjoint de la CAFSP bénéficient déjà d'une indemnité payée par la CTB sur toute la durée de l'intervention PAMAS.

Les TDR du Responsable Délégué sont identiques au Responsable, mais singulièrement affecté à la présente intervention.

4.3 RESSOURCES MATÉRIELLES

Le type de la présente intervention de mise en place d'un outil financier, ne prescrit que peu de ressources matérielles. Les ressources matérielles se résument à :

- 2 véhicules : un de ville et route et un 4X4 ;
- De la bureautique ;
- Du matériel de communication
- Du matériel pédagogique.

Il n'y pas de problèmes de maintenance, hormis pour la bureautique.

5. MODALITES D'EXECUTION

5.1 CADRE LÉGAL ET RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES

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

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

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

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

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

5.2 RESPONSABILITE TECHNIQUE

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

Dans le cadre de cette intervention, le Responsable délègue à un ou une Responsable Délégué(e) l'exécution des activités²⁹ de cette intervention en partage avec le CTN, agissant comme Co-responsable Délégué. Ils sont responsables de la mise en œuvre de l'ensemble des actions figurant dans le cadre logique. Une logistique/bureautique adéquate leur est fournie. Le CTN est intégré sur le plan technique dans l'équipe d'assistance technique belge du PAMAS.

L'UGP est donc tenue de rendre compte de l'exécution de la présente intervention à la Structure Mixte de Concertation Locale selon un calendrier de réunions arrêté. Elle veillera au bon déroulement de l'appui scientifique du PAMAS et des expertises perlées prévues dans la présente intervention dans le respect des procédures nationales.

La **responsabilité 'déléguée'**, évoquée ci-dessus (le Responsable Délégué et le Co-responsable Délégué³⁰) se présente ainsi :

- Planifier les activités et les dépenses, y compris la consolidation des planifications proposée par les Comités Régionaux ;
- Etre responsable de l'exécution de toute décision technique concernant l'intervention ;
- Viser conjointement chaque document officiel se rapportant à l'exécution, notamment ceux ayant trait aux procédures de marchés publics ;

²⁹ Mise en œuvre de l'ensemble des activités et sous-activités figurant dans le cadre logique

³⁰ Note : dans le cadre logique on parle « d'équipe d'exécution »

- Accéder à tout document administratif, financier ou technique concernant les apports, tant sénégalais que belges ;
- Etre responsable pour la gestion administrative et financière de l'intervention, avec la contribution du RAF de la présente intervention;
- Participer à toute réunion relative à l'exécution du projet, organisée par les structures de tutelle ;
- Etre membre du secrétariat de la Structure Mixte de Concertation Locale (voir ci-dessous) ;
- Participer aux Comités Techniques du PAMAS - SEN0701911.

5.3 STRUCTURES D'EXÉCUTION ET DE SUIVI

5.3.1 Structure Mixte de Concertation Locale

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

a) Attributions

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

En particulier, elle :

- S'informe de l'exécution des engagements pris par les parties ;
- Prend connaissance de l'état d'avancement, de l'atteinte des objectifs et de l'exécution du budget sur la base des rapports d'exécution du projet et une présentation par les responsables du projet ;
- S'assure que l'intervention progresse conformément au plan d'avancement des activités et au plan d'exécution du budget ;
- S'assure que l'intervention s'inscrit toujours dans la ligne de la politique nationale de santé et d'action sociale du Sénégal ;
- 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 ;
- Décide sur les propositions de prolongation de l'intervention ou des contrats.

b) Composition

La SMCL du PAMAS est composée des membres effectifs et permanents suivants :

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

Le Responsable Délégué et le Co-responsable Délégué assurent le secrétariat sur l'examen des actions menées dans la présente intervention.

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

c) 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 Comité Technique

Dès le démarrage, de la présente intervention, ce Comité mis en place dans le cadre du PAMAS SEN 07 019 11 inclura la présente intervention dans ses mandats. A titre de rappel voici les caractéristiques de ce Comité.

a) Attributions

Ce Comité appuie et prépare les décisions techniques à prendre par l'équipe d'exécution de l'intervention. Il donne des orientations sur les choix stratégiques à opérer pour assurer l'atteinte des trois résultats attendus et examine les plans d'actions trimestriels des activités de terrain.

Ces réunions de concertation technique permettent de préparer les décisions à soumettre à la SMCL. Le cas échéant, ce mécanisme pourra être revu et/ou adapté à l'occasion de l'évaluation à mi-parcours de la présente intervention. A titre d'exemple : il sera chargé de mettre en place les Comités Régionaux de chaque sous fonds (SFG), dès que le FG sera conçu sur le plan structurel et fonctionnel (Voir R1).

b) Composition

Le Comité Technique est composé des membres suivants :

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

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

c) Organisation des réunions

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

5.3.3 Appui et suivi technique continu

L'actuelle intervention PAMAS prévoit une collaboration intense et une forte synergie avec ce projet ASSRMKF, il est souhaitable que l'appui et le suivi technique et scientifique de la présente intervention s'insère oit complémentaire et s'articule avec celui d'ASSRMKF. Cela assurera un renforcement mutuel des deux projets.

Pour rappel, les TDR de ce suivi technique et scientifique sont essentiellement:

- De conseiller techniquement et scientifiquement l'équipe ;
- De contribuer à la réflexion globale et aux initiatives de recherche ;
- D'objectiver les axes prioritaires d'intervention ;
- De contribuer au renforcement des capacités au niveau de la CAFSP et des régions ciblées ;
- De contribuer à la réflexion du MSPM quant à son rôle normatif, stratégique et promotionnel en matière de MAS.

C'est ce suivi régulier qui contribuera au pilotage technique et suggèrera les rectifications nécessaires. Les rapports de missions de suivi contribueront à documenter les résultats atteints par l'intervention, ses forces et faiblesses et les leçons apprises.

Pour la réalisation de ce suivi et de cet accompagnement technique et scientifique, un budget complémentaire au PAMAS (SEN 07 019 11) est prévu. Il s'agit d'un montant en régie qui permettra deux missions d'une dizaine de jours par an, sur les trois ans. Les missions devront être confiées à des consultants spécialisés dans le domaine des MAS et/ou du financement de la santé en général, à l'instar du PAMAS.

5.4 RESPONSABILITÉS FINANCIÈRES

Les prestations de la Coopération belgo-sénégalaise de la présente intervention sont essentiellement exécutées en cogestion. Cette approche, concrétisant le principe de partenariat basé sur l'égalité, est fondée sur la responsabilité partagée et sur la gestion conjointe des opérations. Le Sénégal est le maître d'œuvre de la prestation de coopération cofinancée par la Belgique.

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

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

L'ordonnateur et le Coordonnateur géreront conjointement en respect du principe de double signature les comptes bancaires ouverts au nom de la prestation de coopération.

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

Dans la présente intervention, le financier qui sera recruté (voir 4.2), aura pour mandat à la fois la gestion administrative et financière de l'intervention et celle du FG. En effet la finalité de la présente

intervention est de permettre aux MAS dans les zones d'intervention de disposer d'un FG approprié et autonome financièrement en ce qui concerne ses coûts récurrents. La responsabilité de ce financier combine donc celle de l'atteinte des résultats de la présente intervention d'une part et de celle du fonctionnement du FG, d'autre part.

5.5 MODALITÉS DE GESTION

5.5.1 Comptes et pouvoir de signature

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

- Nom du compte : « Contribution belge – PAMAS (080 22 11) » ;
- Choix de la banque : une institution bancaire travaillant avec la CTB dans le pays ;
- Pouvoir de signature (toujours double signature)³¹.

Signature 1	Signature 2	Compte	Limite
Ordonnateur	Coordonnateur	Compte principal	La limite dépend des procédures internes auprès des institutions respectives.
Responsable Délégué ³²	Co-responsable Délégué, qui est le CTN	Fonds de roulement	- 30.000.000 FCFA est le plafond du compte - limite de dépenses est de 5.500 Euros

Note : le responsable délégué signe peut désigner formellement une autre personne habilitée à signer en cas d'empêchement.

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

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

5.5.2 Mise à disposition des fonds en cogestion

a) Premier transfert

Dès la notification de la Convention de Mise en Œuvre entre l'état belge et la CTB, un *appel de fonds* par mode de financement peut être introduit à la représentation locale de la CTB. Le montant demandé doit correspondre aux besoins des trois premiers mois. Pour la partie cogérée, l'appel de fonds doit être signé par l'ordonnateur.

³¹ Les sous responsables désignent une autre personne habilitée de signer en cas d'empêchement

³² Au besoin il peut mandater un collègue de la CAFSP avec l'accord du Responsable

b) Transferts suivants

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

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

Le transfert de fonds par la CTB se fait au début du trimestre. La CTB peut aussi proposer un schéma de financement spécifique (paiements en plusieurs tranches ou paiement à la demande).

Le transfert des fonds se fait uniquement à condition que :

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

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

c) Fonds de roulement

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

Le responsable administratif et financier « RAF » PAMAS (080 22 11) sera chargé de toutes les procédures administratives et financières et travaillera sous le mandat de l'équipe d'exécution du projet (responsable – co-responsable délégués) dans le respect strict des procédures CTB. Il s'assurera que les factures ou les déclarations de créance et leurs justificatifs présentés sont conformes aux conditions d'exécution des marchés et à la réalité des prestations fournies.

5.5.3 Programmation financière et gestion du budget

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

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

Le budget total ne peut pas être dépassé. Au cas où une augmentation budgétaire serait nécessaire une demande motivée d'augmentation doit être introduite par la partie sénégalaise auprès de l'Etat belge après avoir reçu l'accord de la SMCL. Si la Belgique accepte la demande on procède à un échange de lettres signées par les deux parties.

Le budget de l'intervention 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 du projet.

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

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

5.5.4 Comptabilité

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

5.5.5 Recrutement du personnel et type de contrat

Le ou la CTN sera recruté par la CTB au Sénégal. Le MSP donne son agrément sur le choix de la personne sélectionnée. Son profil est décrit dans les TDR figurant en annexe. Ses rémunérations sont payées sur le budget en régie.

Le cadre qui sera recruté pour occuper le poste de responsable administratif et financier (RAF) PAMAS (080 22 11) sera recruté selon les procédures de cogestion.

Le/la secrétaire et les deux chauffeurs de la présente intervention seront recrutés sur le budget de l'intervention. Les chauffeurs seront affectés aux véhicules de l'intervention. Les rémunérations de ce poste sont en budget cogestion.

5.5.6 Passation des marchés publics

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

En outre, avant la diffusion de toute demande d'offre et pour les commandes supérieures au montant de 8.000.000 XOF (soit 12.196 EUR), le responsable et le coresponsable transmettent aux Ordonnateurs, pour accord préalable :

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

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

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

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

5.6 FONDS GÉRÉS EN RÉGIE

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

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

5.7 RAPPORTAGE ADMINISTRATIF, COMPTABLE ET FINANCIER

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

a) 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 Co-responsable, devront présenter des rapports d'exécution semestriels établis par le ou la Responsable et le ou la Co-responsable Délégués (contenu technique et financier). Ils seront appuyés pour cette tâche par le RAF de la RR/CTB au Sénégal.

b) Rapports de suivi-évaluation

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

c) Rapports comptables

L'UGP du PAMAS est responsable de l'envoi mensuel du rapportage comptable selon les procédures de la CTB (planification, suivi et modifications budgétaires), établi par le RAF de la présente intervention. L'équipe d'exécution est directement responsable de la comptabilité.

d) Rapportage financier à la Structure Mixte de Concertation Locale

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

- Rapport d'exécution budgétaire ;
- Mise à jour de la programmation financière ;
- Liste des engagements importants ;

- Aperçu des soldes bancaires ;
- Liste des fonds reçus ;
- Proposition de changement budgétaire si nécessaire ;
- Plan d'action lié aux recommandations d'un audit financier.

e) **Audit financier**

La première et la troisième année (fin de l'intervention), les comptes de la CTB sont audités par un collège de commissaires. Un audit du FG en fin de projet sera effectué. Ils réalisent dans ce cadre également des audits de projets. Le comité d'audit de la CTB peut aussi demander qu'un projet soit audité par l'auditeur interne de la CTB.

5.8 MÉCANISMES D'APPROPRIATION DES ADAPTATIONS AU DTF

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

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

- Les formes de mise à disposition de la contribution de la Partie belge et de la Partie sénégalaise;
- Les résultats, y compris leurs budgets respectifs ;
- Les compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement de la structure mixte de concertation locale ;
- Le mécanisme d'approbation des adaptations du DTF ;
- Les indicateurs de résultat et d'objectif spécifique ;
- Les modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties ;
- Un planning financier indicatif adapté est joint le cas échéant.

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

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

5.9 SUIVI ET ÉVALUATION

5.9.1 Généralités

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

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

- Détermination d'indicateurs de base pour le suivi et de leur niveau au démarrage ;
- Rapports d'exécution semestriels ;

- Rapports de suivi-évaluation annuels ;
- Rapports comptables ;
- Suivi régulier et ad hoc par la SMCL;
- Monitorage des indicateurs ;
- Evaluation finale.

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

Une évaluation à mi-parcours, dans le courant de la deuxième année, sera organisée par deux experts externes dont un international et un national.

Une expertise externe réalisera une évaluation finale avant la clôture du projet. Cette mission sera organisée par les responsables du projet conjointement avec la représentation locale de la CTB. La CTB Bruxelles (responsable sectoriel et géographique) sera appelée à encadrer le déroulement de l'évaluation. Elle sera aussi associée aux visites de terrain en concertation entre CTB Bruxelles et CTB terrain. Cette mission aura pour but de juger la pertinence et d'émettre des recommandations sur la pertinence et les orientations d'une éventuelle nouvelle phase.

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

5.9.2 Revue à mi-parcours (RMP ou MTR)

Toute intervention de la CTB est soumise à une évaluation à mi-chemin. Les termes de références de cette évaluation à mi-parcours seront présentés et validés suivant les procédures en vigueur au moment de cette évaluation. La gestion administrative de cet RMP sera faite par la CTB à Bruxelles.

5.9.3 Les missions du siège de Backstopping

Une mission de backstopping est prévue et adossée à celles du PAMAs. Cette activité a pour but de contribuer à développer et maintenir un niveau de qualité technique des projets conformément au Cadre Conceptuel de la coopération belge en santé et en subsidiarité entre le siège et les pays.

Les personnes impliquées dans ce processus sont :

- Les équipes d'exécution de projet (santé) de la CTB et la Représentation/pays (opérationnalisation de la mission), d'une part ;
- Les membres de la Cellule Santé ou d'autres Cellules d'EST et des autres Directions de la CTB/Siège, d'autre part.

Les Points possibles de départ du processus peuvent être soit :

- Une demande de l'ATI ou de l'équipe d'exécution de l'intervention, transmise après concertation de la Représentation ;
- Ou une demande de la Représentation/pays de la CTB, soit pour participer à une revue évaluative formelle intermédiaire, soit pour débloquer un projet s'il s'agit de problèmes plutôt 'techniques', ou pour la gestion d'un risque particulier ou menace particulière ;
- Ou une demande d'une autre direction de la CTB siège (problèmes de gestion financière, ...)
- Ou un des membres de la Cellule Santé d'EST sur la base d'un rapport ou d'une perception d'évolution trop lente, de performance en deçà de ce que l'on attend ou

manque d'informations sur l'évolution, une réunion régionale sur un thème opérationnel pour développer des synergies entre projets, ...

Cette activité est budgétisée dans le cadre de la rubrique 'Frais de suivi et évaluation' des moyens généraux.

5.10 CLÔTURE DE LA PRESTATION

5.10.1 Bilan Financier

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

5.10.2 Soldes

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

5.10.3 Dépenses après Convention

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

La Direction du projet devra produire un rapport final qui sera rédigé par le ou la Responsable et Co-responsable Délégués, conjointement avec l'institution de suivi et qui sera soumis pour approbation à la SMCL.

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

6. THEMES TRANSVERSAUX

6.1 ENVIRONNEMENT

Cette intervention incluse dans le PAMAS contribuera également à créer des interactions positives sur l'environnement notamment avec le couplage possible de MAS avec les ASUFOR du projet PARPEBA.

Des expériences intéressantes en cours menées par le GRAIM à Thiès (organe de gestion potentiel et temporaire des Sous Fonds de Garantie) tentent de bien organiser et encourager les populations en vue de plus d'implication de leur part dans la prise en compte des questions environnementales en utilisant comme porte d'entrée les MAS.

Dans sa gestion quotidienne, les responsables de l'exécution de l'intervention veilleront au respect des bonnes pratiques environnementales notamment dans les achats, déplacements (mobilité), consommations d'eau et d'énergie, etc...

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

6.2 GENRE ET DROITS DE L'ENFANT

Les systèmes de MAS mettent en évidence le rôle différent que jouent les hommes et les femmes en matière d'accès au système de santé. Par exemple, au sein du ménage c'est plutôt la femme qui est en charge de la santé de la famille, c'est-à-dire d'elle-même, des enfants et le cas échéant des autres membres de sa famille 'élargie'. Dans ce sens, les femmes et les hommes devraient jouer un rôle plus équivalent au niveau décisif où l'on conçoit les paquets de prestations et les modalités d'assurances³³.

Le FG tiendra compte de ce critère en incitant une participation élargie de toutes les parties concernées par la bonne maîtrise et prise en charge des différents besoins de santé c'est à dire ceux, reconnus comme spécifiques, des femmes et des enfants matière d'accès à l'offre de soins. Ainsi une attention particulière sera portée sur le développement de partenariats avec toute organisation féminine déjà active dans l'une ou l'autre forme de MAS et/ou MIF. Plusieurs mutuelles de santé, surtout celles qui se développent sur le modèle communautaire, ont comme point d'ancrage des groupements de femmes, c'est le cas de l'APROFES et la mutuelle de santé Werwerlé, entre autres exemples. En effet, dans le mouvement mutualiste, la majorité des membres est constituée de femmes et leur implication dans les instances de décision sera significativement améliorée au cours de cette intervention. De même pour l'implication des jeunes.

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

³³ Fonteneau B., 2003. Les défis des systèmes de micro assurance santé en Afrique de l'Ouest. Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité. HIVA, KULeuven.

6.3 ECONOMIE SOCIALE

Les caractéristiques communes aux MS à base communautaire, sont d'abord dans l'ordre d'économie sociale : association volontaire, fonctionnement démocratique, autonomie de gestion et finalité du service aux membres ou à la collectivité plutôt que recherche du profit. Et la sécurisation financière ainsi que l'extension des risques induit par la mise en place du FG y contribuera significativement.

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

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

6.4 HIV/SIDA

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

Dans les démarches de contractualisation que les MS doivent mener, sous la couverture du FG, les cas spécifiques des malades atteints de SIDA devront faire l'objet d'une attention particulière. Si les traitements par Anti Rétro Viraux sont pris en charge par des programmes de lutte contre le SIDA, il n'en va pas de même pour tous les autres traitements et examens nécessaires dans la prise en charge du VIH/SIDA. Or ceux-ci sont bien souvent très coûteux, et pourraient, à la limite, causer la faillite de mutuelles de santé, ce qui aura un impact sur le bon fonctionnement de la fonction de « co-assurance ».

7. ANNEXES

1. Cadre logique
2. Budget et chronogramme
3. TDR du CTN/Co-responsable et du RAF
4. Organigramme du MSP
5. Schéma structurel proposé du FG et du SFG

7.1 CADRE LOGIQUE D'INTERVENTION

Objectif général			
L'accessibilité financière des populations aux soins de santé et à la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé est améliorée dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine			
Objectif spécifique	Indicateurs de l'objectif spécifique	Sources de vérification	Hypothèses
Des mécanismes de garantie permettent aux mutuelles de santé de contribuer à la prise en charge des démunis et des groupes vulnérables en collaboration avec l'Etat et les Collectivités Locales dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine, de manière à contribuer à couvrir des soins préventifs et curatifs au niveau primaire et dans les structures de référence	- Existence et fonctionnalité des structures mutualistes selon les normes et cadres de concertation aux différents niveaux	Documents d'évaluation des PA Documents d'évaluation du PSDMS Rapports annuels de la CAFSP Rapports techniques et comptables annuels du FG	- La performance des programmes de gratuité et de subventionnement s'améliore significativement
	- Couverture en MAS (quantitative et qualitative) de la population dans la zone de concentration		- Le renforcement de la qualité des soins préventifs et curatifs à tous les niveaux du système dans la zone de concentration doit resté prioritaire
	- Satisfaction des usagers et des prestataires par rapport au mouvement mutualistes et à l'administration sanitaire.		- La réforme globale de système d'assurance en matière de prévoyance sociale est effective
	- Les mécanismes de garantie et leurs structures sont fonctionnels et contribuent à la prise en charge des groupes cible et pour des risques de référence ³⁴		

³⁴ Deux autres indicateurs d'impact du FG, un assurantiel et une autre assistanciel sur les bénéficiaires (MS et leurs adhérents) seront définis dans le cadre du troisième résultat

Résultat	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Hypothèse
Résultat 1. Les processus de mise en place, de gestion et de pérennisation du Fonds de garantie sont définis	<ul style="list-style-type: none"> - Le cahier de charge du FG est disponible et validé - Un protocole de RA est mis en oeuvre 	PV de validation des études Rapport Rapports annuels de la CAFSP	Les bailleurs engagés dans l'appui à la demande de santé participent à cette définition
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en Euros Contribution belge	Hypothèse
R1/A1: Mener un exercice de capitalisation d'expériences nationales en matière de mise en place de mécanismes de garantie de mutuelles communautaires	<ul style="list-style-type: none"> -Mener une étude de capitalisation (expertise nationale ou régionale) -Valider ses résultats avec toutes le parties prenantes -Rédiger le cahier des charges 	9.000	
R1/A2 : Définir les investissements et le mode de fonctionnement du mécanisme de garantie	<ul style="list-style-type: none"> -Confier cette définition à une expertise nationale ou régionale) -Valider ses résultats avec toutes le parties prenantes -Etablir un plan de Mise En Oeuvre 	17.000	
R1/A3: Mettre en place un processus de Recherche Action	<ul style="list-style-type: none"> -Etablir un protocole de RA -Le valider avec toutes les parties prenantes au niveau national -MEO de ce protocole -Valider les résultats par la CAFSP et les diffuser 	10.000	

Résultat	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 2. L'extension de couverture des paquets de soins et de mise en commun des gros risques par les MS est effective	<ul style="list-style-type: none"> - Les paquets de soins éligibles (incidences, ses coûts unitaires) - Les groupes cible prioritaires sont identifiés - Les mécanismes de mise en commun sont fonctionnels pour ces groupes cible 	PV de validation des études Rapport Rapports annuels de la CAFSP	<ul style="list-style-type: none"> -Les bailleurs engagés dans l'appui à la demande de santé participent à ces processus -La démarche d'identification des coûts réels sera une occasion de renforcement du partenariat avec les prestataires
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en Euros Contribution belge	Hypothèses
R2/A1 Identifier les paquets de soins éligibles	<ul style="list-style-type: none"> -Mener une étude par une expertise nationale dans la zone de concentration - Valider les résultats 	20.000	
R2/A2 Identifier les groupes cibles prioritaires : les populations vulnérables et indigentes	Faire un état des lieux de ces groupes dans la zone de concentration sur le dénominateur et sur la PEC existante de ces personnes	3.000	
R2/A3 Définir les mécanismes de mise en commun de ces paquets	<ul style="list-style-type: none"> - Mener une étude sur ces mécanismes (expertise nationale ou régionale) -Valider les résultats par la CAFSP 	10.000	

Résultat	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Hypothèse
Résultat 3. Les mécanismes de garantie sont mis en place et fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Le FG et ses structures déconcentrées sont fonctionnels conformément à ses mandats - Sa ré alimentation est assurée à un niveau acceptable tenant compte du protocole de RA (voir R1.A3) 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports annuels de la CAFSP Rapports techniques et comptables annuels du FG 	Les charges récurrentes de fonctionnement du FG sont de la responsabilité du MSP à dater de la signature de la convention de financement
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en Euros Contribution belge	Hypothèse
R3/A1 Acquérir les équipements et véhicules pour le fonctionnement du FG et des SFG	<ul style="list-style-type: none"> -Identification des besoins -Etablir un appel d'offre conforme aux procédures nationales -Les acquérir et les installer 	102.000	
R3/A2 Recruter et former les RH et identifier les ressources techniques et financières	<ul style="list-style-type: none"> -Identifier les besoins en terme de personnel -Le recruter et le former -Organiser une visite documentaire dans la région -Sélection des organismes de gestion (appel d'offre conforme aux procédures nationales) -Rédiger un manuel de procédures par une expertise nationale -Le valider sous le leadership du CAFSP Etablir un budget programme pour la durée de fonctionnement du FG 	20.000	
R3/A3 Mettre en place le FG couvrant les zones de concentration ainsi que le système de suivi/évaluation	<ul style="list-style-type: none"> -Etablir un plan de mise en place et de communication du FG et SFG -Etablir un plan de supervision semestriel -Rédiger un manuel de Suivi/Evaluation -Définir un processus de documentation sur le FG - Etablir une convention de financement avec le MSP et lancer le FG en libérant 500.000 euros en deux vagues 	1.020.000	

7.2 BUDGET ET CHRONOGRAMME

Projet d'appui au développement de la microassurance santé (PAMAS 2008-2011) Volet 3 - SEN 08 022 11			CHRONOGRAMME					
BUDGET TOTAL			Mode d'exéc.	Budget total	%	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3
A	Objectif spécifique: Des mécanismes de garantie permettent aux MS de contribuer à la prise en charge des démunis et des groupes vulnérables en collaboration avec l'Etat et les collectivités locales dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine, de manière à contribuer à couvrir les soins préventifs et curatifs au niveau primaire et dans les structures de référence			1.211.000	80,7%	70.333	1.136.333	4.333
A	01	<i>Les mécanismes de mise en place, de gestion et de pérennisation du FG sont définis</i>		36.000	2,4%	29.333	3.333	3.333
A	01	01 Mener un exercice de capitalisation des expériences nationales en matière de mise en place de mécanismes de garantie des MS communautaires	Cogestion	9.000		9.000		
A	01	02 Définir les investissements et modes de fonctionnement du mécanisme de garantie	Cogestion	17.000		17.000		
	01	03 Mettre en place un processus de Recherche Action	Cogestion	10.000		3.333	3.333	3.333
A	02	<i>Des mécanismes d'extension des paquets de soins et de mise en commun des gros risques par les MS</i>		33.000	2,2%	26.000	6.000	1.000
A	02	01 Identifier des paquets de soins éligibles	Cogestion	20.000		15.000	5.000	
A	02	02 Identifier les groupes cibles prioritaires	Cogestion	3.000		1.000	1.000	1.000
A	02	03 Identifier les mécanismes de mise en commun de ces paquets	Cogestion	10.000		10.000		
A	03	<i>Le FG est mis en place et est fonctionnel</i>		1.142.000	76,1%	15.000	1.127.000	0
A	03	01 Acquérir les équipements pour le fonctionnement du FG et des SFG (voir moyens généraux)	Cogestion	102.000		2.000	100.000	
A	03	02 Recruter les RH, les former et identifier les ressources techniques et financières récurrentes	Cogestion	20.000			20.000	
A	03	03 Mettre en place le FG dans les zones de concentration ainsi que le système de suivi/évaluation	Cogestion	1.020.000		13.000	1.007.000	
X	Réserve budgétaire (max 5% * total activités)			17.200	1,4%	5.733	5.733	5.733
X	01	02 Réserve budgétaire	Cogestion	17.200		5.733	5.733	5.733
Z	Moyens généraux			271.800	18,1%	119.850	78.850	73.100
Z	01	<i>Frais de personnel</i>		122.800	8,2%	40.933	40.933	40.933
Z	01	01 Conseiller Technique National	Régie	45.000		15.000	15.000	15.000
Z	01	02 Comptable (RAF)	Cogestion	37.800		12.600	12.600	12.600
Z	01	03 Secrétaire	Cogestion	20.000		6.667	6.667	6.667
Z	01	04 Chauffeurs (2)	Cogestion	20.000		6.667	6.667	6.667
Z	02	<i>Investissements</i>		54.000	3,6%	46.000	4.000	4.000
Z	02	01 Véhicules (2)	Cogestion	40.000		40.000		
Z	02	02 Equipement bureau et IT	Cogestion	12.000		4.000	4.000	4.000
Z	02	03 Aménagements du bureau	Cogestion	2.000		2.000		
Z	03	<i>Frais de fonctionnement</i>		70.000	4,7%	24.917	24.917	20.167
Z	03	01 Frais de fonctionnement des véhicules	Cogestion	9.500		4.750	4.750	
Z	03	02 Télécommunications	Cogestion	9.000		3.000	3.000	3.000
Z	03	03 Fournitures de bureau	Cogestion	6.000		2.000	2.000	2.000
Z	03	04 Missions à l'étranger	Régie	19.000		6.333	6.333	6.333
Z	03	05 Missions à l'intérieur	Régie	24.000		8.000	8.000	8.000
Z	03	06 Frais financiers	Cogestion	2.500		833	833	833
Z	04	<i>Audit et Suivi et Evaluation</i>		25.000	1,7%	8.000	9.000	8.000
Z	04	01 Frais de suivi et évaluation CTB/MTR/évaluation finale	Régie	15.000		3.000	9.000	3.000
Z	04	02 Audit	Régie	10.000		5.000		5.000
				1.500.000		195.917	1.220.917	83.167

7.3 TERMES DE RÉFÉRENCE DE L'ASSISTANCE TECHNIQUE ET DU RAF

7.3.1 Le Conseiller Technique National (CTN)

Son avec profil d'expertise sera de haut niveau, économiste de la santé ou compétence équivalente, ayant une large expérience nationale et internationale. Il aura également des compétences en Santé Publique, en management et en team building. Il dépend sur le plan administratif de la représentation de la CTB au Sénégal et sur le plan technique de l'UGP du PAMAS.

Justification

La coopération belgo-sénégalaise dans le secteur de la santé est active à travers 3 interventions qui appuient le système de santé dans son ensemble et à différents niveaux: (i) le projet ARMD II dans la région de Diourbel (qui est arrivé à terme fin 2007), (ii) le projet ASSRMKF dans les régions de Fatick, Kaolack et Kaffrine (qui arrive à terme fin 2010), (iii) le PAMAS qui appuie la CAFSP ainsi que les quatre (4) régions de la zone de concentration de l'intervention, soit celles de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine. Ce dernier a démarré en janvier 2009 pour une durée de 4 ans.

Le PAMAS, est réparti en trois interventions cohérentes et complémentaires, dans une vision 'système de santé'. Elles sont décrites ci dessous:

1. *Un appui institutionnel à la structure du Ministère chargée du financement de la santé et du partenariat (CAFSP)*
2. *Un renforcement des institutions mutualistes*
3. *Le développement de mécanismes de garantie favorisant l'accès aux soins des couches vulnérables.*

L'intervention porte sur le 3ème volet. Elle a pour objet le développement de mécanismes de garantie favorisant, dans la zone de concentration, l'adhésion des couches vulnérables et la prise en charge des soins plus coûteux par les systèmes de micro-assurance, sécurisés financièrement. L'approche de cette intervention est de la considérer comme une composante d'une **seule et même intervention : le PAMAS**, aussi bien sur ces éléments opérationnels que sur les modalités d'exécution. Elle a un **triple but**, à la fois : (i) celui de **consolider la surface financière** des MAS en les maintenant aptes à couvrir leurs mandats, (ii) celui **d'investir avec plus d'intensité dans la 'demande' des communautés** en matière de recours à des soins de qualité, en augmentant significativement la couverture du risque (soins plus coûteux), favorisant l'adhésion des couches plus vulnérables et démunies et, (iii) celui de démontrer **les conditions de pérennisation et d'appropriation** aux institutions responsables de la mise en place d'un tel mécanisme et ainsi créer un réceptacle pour d'autres interventions belgo-sénégalaises dans le cadre du prochain PIC 2010-2013.

Sur base de la fiche d'identification, le présent DTF est édifié sur (i) une analyse situationnelle du contexte général, et de la santé et des MAS en particulier, en extrayant les leçons positives ou non des interventions précédentes et actuelles, et (ii) une vision claire des fonctions que les mécanismes de garantie pourraient assumer.

Suite à cette analyse, les orientations stratégiques sont définies et la planification opérationnelle est décrite dans la deuxième partie.

L'objectif global de cette intervention est celui du PAMAS: « *L'accessibilité financière des populations aux soins de santé et à la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé est améliorée dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine* »

L'objectif spécifique de ce projet est : « *Des mécanismes de garantie permettent aux mutuelles de santé de contribuer à la prise en charge des démunis et des groupes vulnérables en collaboration avec l'état et les Collectivités Locales dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine, de manière à contribuer à couvrir des soins préventifs et curatifs au niveau primaire et dans les structures de référence* »

Cet objectif spécifique sera atteint, dans le cadre du présent projet par les **3 résultats** présentés ci dessous :

- R1** : Les processus de mise en place, de fonctionnement, de gestion et de pérennisation du mécanisme de garantie sont définis ;
- R2** : L'extension de couverture des paquets de soins et de mise en commun des gros risques par les MS est effective ;
- R3** : Les mécanismes de garantie sont mis en place et fonctionnels.

Fonction et tâches

Sa fonction est le Sous Co-Responsable au sein de l'équipe d'exécution de l'intervention.

Ses principales tâches (voir Annexe...) sont de:

- Etre en contact planifié et régulier avec les 4 DRS des Régions Médicales (RM) qu'elles ouvrent ;
- Assurer le secrétariat du SMCL du PAMAS sur toute matière afférente au développement et du fonctionnement du FG et des SFG ;
- Organiser et superviser le travail du RAF de la présente intervention et en assumer la responsabilité ;
- Assumer, sous la supervision de l'ATI du PAMAS, la coordination des intervenants entre autre les URMS et les Comités Régionaux ;
- Etablir les TDR des expertises ponctuelles (voir ci-dessous) conformément aux procédures sénégalaises et en assurer le suivi jusqu'à la validation des résultats ;
- Etre responsable de la documentation du processus dans une optique de répliation/extension.

Il disposera de moyens en personnels d'appui et de matériels partagés (véhicule, télécommunications, reprographie, réseau Internet, ...) dont il disposera selon les besoins de sa fonction et ses tâches.

Profil :

diplômes

- économiste de la santé ou compétence équivalente
- formation complémentaire en planification de programmes de formation continue et andragogie, est souhaité

expériences

- Expériences d'au moins 10 ans dans le domaine de l'Assurance Santé et/ou en micro-finances, en management et en team building.

autres

- Bonne maîtrise de l'outil informatique et des logiciels de base (Word, Excell, PP, ...)
- Bonnes compétences en Santé Publique et organisation des systèmes de santé
- Compétences en facilitation, communication, médiation et négociation
- Capacité à initier des idées nouvelles, les débattre, les mettre en œuvre et les remettre éventuellement en question
- Très bonnes capacités en matière de relations interpersonnelles

- Excellent niveau d'écriture et d'expression en français et en anglais.
- Familier de la Recherche Action.

Lieu de travail

Il sera ancré institutionnellement au niveau de la CAFSP à Dakar. Sa responsabilité première, partagée avec le Responsable délégué, est l'atteinte des 3 résultats par tous les intervenants, mais il sera amené à se rendre régulièrement dans les 4 Régions couvertes par l'intervention.

Durée

Le poste est prévu pour la durée de l'intervention, soit trois ans.

Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Sénégal. Le candidat sera sélectionné sur la base des procédures de la CTB en concertation avec le partenaire nigérien pour un avis de non-objection.

Gestion du contrat

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

7.3.2 Le Responsable Administratif et Financier (RAF)

Un responsable administratif et financier (RAF) sera recruté sur le budget de la présente intervention. La description de son profil se fera conformément aux procédures en vigueur à la CTB. Le MSP donnera son agrément lors de sa sélection.

Il bénéficiera dès son affectation d'une formation aux procédures de gestion administrative et financière en vigueur à la CTB. Il sera intégralement financé et inscrit au budget de l'intervention. Il sera placé sous l'autorité directe de l'équipe d'exécution de l'intervention.

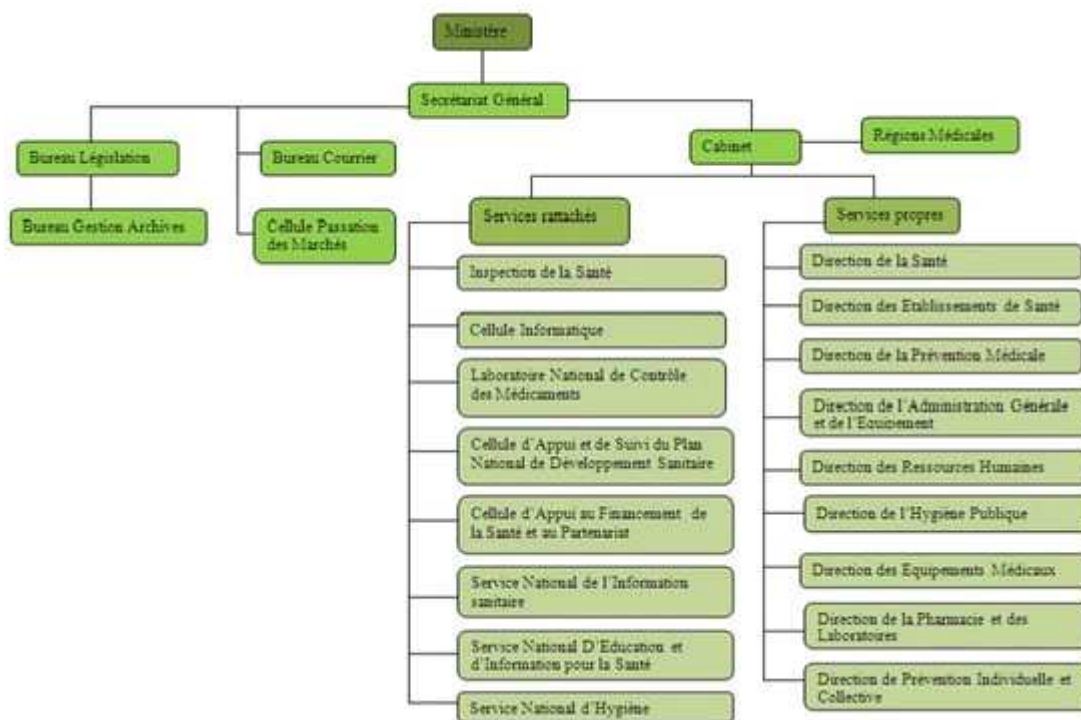
Durant la durée de l'intervention, il sera utilisé à temps plein pour la gestion administrative et financière de l'intervention et du Fonds de garantie, quand il sera fonctionnel, sous la responsabilité de l'équipe d'exécution de la présente intervention.

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

Il est proposé qu'il assume, sous la responsabilité de la direction de la CAFSP, lors du démarrage des activités du FG, la gestion administrative et financière, en plus de ses charges de RAF pour la présente intervention, même si les activités d'appui après le lancement sont réduites. Ce qui sera spécifiquement notifié dans la convention de financement entre la Coopération et le Ministère de la Santé Publique.

Il sera basé à la CAFSP, mais se déplacera très fréquemment dans les 4 Régions de la zone de concentration, en fonction des besoins du projet.

7.4 ORGANIGRAMME DU MSP



7.5 SCHÉMA PROPOSÉ POUR LE PILOTAGE ET L'APPUI DU FG (À TITRE INDICATIF)

