



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE

REVUE DES MECANISMES D'ACHATS STRATEGIQUES

RAPPORT FINAL

Février 2021



REVUE DES MECANISMES D'ACHATS STRATEGIQUES

RAPPORT FINAL



Sommaire

SIGLES ET ACCRONYMES	6
PREFACE	7
RESUME EXECUTIF	8
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET METHODOLOGIQUE	14
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	15
II. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE	16
II.1. Objectif général	16
II.2. Objectifs spécifiques	16
II.3. Questions à examiner	16
III. APPROCHE METHODOLOGIQUE	17
III.1. Cartographie et Revue documentaire des mécanismes d'achats existants au Sénégal	17
III.2. Enquête qualitative	17
DEUXIEME PARTIE : LES PRINCIPAUX RESULTATS	20
IV. LE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS (FBR)	21
IV.1. Analyse du dispositif de mise en œuvre	21
IV.2. Impact du financement base sur les résultats	26
IV.3. Analyse de la perception des acteurs	32
IV.4. Difficultés	33
V. LE FINANCEMENT DIRECT	33
V.1. Analyse du dispositif du fd	34
V.2. Impact du financement direct	38
V.3. Analyse de la perception des acteurs	42
V.4. Difficultés	42

VI.	LE MÉCANISME D'ACHAT DE PERFORMANCES	43
VI.1.	Dispositif de mise en oeuvre	43
VI.2.	Impact du mécanisme d'achats de performances	45
VI.3.	Les perceptions des acteurs	47
VI.4.	Difficultés	48
VII.	LE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS	48
VII.1.	Le dispositif du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	49
VII.2.	Impacts	51
VII.3.	Difficultés	54
	TROISIEME PARTIE PROPOSITION DE MECANISME D'ACHATS STRATEGIQUES A PORTER A GRANDE ECHELLE	56
VIII.	ANALYSE COMPARATIVE DES MÉCANISMES D'ACHATS STRATEGIQUES	57
VIII.1.	Pertinence	57
VIII.2.	Efficacité	57
VIII.3.	Pérennité	58
VIII.4.	Répliquabilité	59
VIII.5.	Impact	59
VIII.6.	Efficienc	60
VIII.7.	Equite	60
IX.	MÉCANISME D'ACHAT STRATÉGIQUE PROPOSÉ	65
IX.1.	Modalités de mise en œuvre	65
IX.2.	Cadre institutionnel propos	69
X.	CONCLUSION	71
XI.	RECOMMANDATIONS	72
	LES ANNEXES	73
	BIBLIOGRAPHIE	104

SIGLES ET ACCRONYMES

BM	Banque Mondiale
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRG	Comité Régional de Gestion
CRV	Comité Régional de Vérification
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DAGE	Direction de l'administration Générale et de l'Équipement
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGES	Direction Générale des Établissements de Santé
DGS	Direction Générale de la Santé
DHIS	District health information system (Système d'Information des Districts Sanitaires)
DPRS	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
ECD	Équipe Cadre de District
ECR	Équipe Cadre de Région
EPS	Établissement Public de Santé
FAA	Fixed Amount Award (Subvention secondaire à coût Fixe)
FARA	Fixed Amount Reimbursement Agreement (Accord de remboursement Forfaitaire des coûts)
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FD	Financement Direct
ICP	Infirmier Chef de Poste
IPM	Institut de Prévoyance Maladie
IPRES	Institut de Prévoyance Retraites du Sénégal
MAP	Mécanisme d'Achat de Performance
MAS	Mécanisme d'Achat Stratégique
MCD	Médecin chef de District
MCR	Médecin chef de Région
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
ODD	Objectif de Développement Durable
PNDSS	Plan de Développement Sanitaire et Social
PNFBR	Programme National de Financement basé sur les Résultats
PS	Poste de Santé
PTA	Plan de Travail annuel
RSS	Renforcement du Système de Santé
SNPS	Stratégie Nationale de Protection Sociale
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SNIS	Système d'Informations sanitaires
SRMNIA	Santé Reproductive Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'adolescent
USAID	Agence des États Unis pour le Développement International

PREFACE

Le Gouvernement du Sénégal a élevé l'accès équitable à des services de santé de qualité au rang de priorité nationale. Ainsi le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) a élaboré en juin 2017 une Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS) pour tendre vers la couverture sanitaire universelle (CSU). Elle s'inscrit dans la démarche globale du Plan Sénégal Émergent (PSE) et est conforme aux orientations des institutions internationales et régionales habilitées.

Le financement de la santé englobe la mobilisation des ressources, la mise en commun des ressources et l'achat de services. L'approche de financement du système de santé adopté par le Sénégal combine des mécanismes d'achats passifs basés sur des transferts budgétaires classiques et l'expérimentation de divers mécanismes d'achat stratégiques basés sur la performance.

En effet, l'achat stratégique est de plus en plus préconisé comme une des solutions pour améliorer la performance du système de santé. Il permet, (i) de renforcer l'équité dans la distribution des ressources, (ii) d'accroître l'efficacité, (iii) de gérer la croissance des dépenses et (iv) de promouvoir la qualité dans la prestation des services de santé. Il contribue également à l'amélioration de la gouvernance du système et à une plus grande responsabilité des prestataires et des acheteurs vis-à-vis de la population.

La réussite de la mise en œuvre de la SNFS nécessitant une meilleure prise en compte de l'achat stratégique, le MSAS, en collaboration avec les partenaires techniques et financiers et les autres secteurs, a élaboré la revue des mécanismes d'achats stratégiques en s'appuyant sur l'expérience acquise dans ce domaine et cela conformément à la feuille de route de la SNFS.

A cet effet, l'évaluation des mécanismes d'achat existants au Sénégal, a permis de proposer un modèle d'achat stratégique performant et durable qui pourra être mis à l'échelle.

Ce rapport fournit des résultats importants et instructifs, basés essentiellement sur une analyse documentaire et des données issues des enquêtes auprès des informateurs clefs du système de santé.

L'étude s'est focalisée sur le processus de mise en œuvre des Mécanismes d'Achats stratégiques (MAS) mais aussi sur la problématique de l'équité, de l'accès aux services de soins, sur les choix stratégiques et la durabilité du financement. Elle a mis en évidence les effets des différents mécanismes sur les performances du système de santé durant leur période de mise en œuvre, par rapport à la qualité, à l'utilisation des services et au comportement des acteurs.

Tous les MAS expérimentés au Sénégal se sont avérés pertinents pour les acteurs. Cependant, l'analyse comparative a donné un avantage au FBR intégré dans le système de santé.

Je remercie tous les partenaires techniques financiers pour leur appui constant au secteur de la santé et de l'action sociale, aussi les acteurs de santé qui ont contribué à cette étude que je vous invite à exploiter.

Dr Marie Khémesse NGOM NDIAYE
Ministre de la Santé et de l'Action sociale

RESUME EXECUTIF

Contexte

La revue des mécanismes d'achats survient dans un contexte où le Sénégal aspire à mettre en place la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). En vue de mieux coordonner ses efforts pour tendre vers la CSU, le Sénégal a développé une stratégie de financement de la santé, qui met l'accent sur les choix stratégiques visant à améliorer la protection en santé et la durabilité du financement. L'achat des services représente la troisième composante du financement de la santé à côté de celles liées à la mobilisation et à la mise en commun des ressources.

L'objectif général de cette étude est d'évaluer les mécanismes d'achat existants en vue de l'élaboration d'un document sur les achats stratégiques qui sera annexé au rapport de la SNFS.

Méthodologie de l'étude

La démarche méthodologique adoptée pour cette étude s'appuie sur une approche qualitative. L'étude s'est articulée autour de trois phases essentielles : le cadrage méthodologique et la conception des guides d'entretiens ; une cartographie des mécanismes d'achats dans le domaine de la santé mis en œuvre au Sénégal, une revue documentaire et la collecte des données qualitatives à travers une enquête de terrain ; l'exploitation et l'analyse des données

Nous avons ainsi effectué un inventaire des mécanismes d'achats mis en œuvre dans le domaine de la santé au Sénégal. Nous avons ensuite consulté tous les documents y afférents disponibles pour en extraire les informations jugées pertinentes ou susceptibles de nous aider dans l'étude. Nous avons ainsi identifié deux sortes de mécanismes : les mécanismes d'achats dits passifs et les mécanismes d'achats actifs ou stratégiques

L'enquête qualitative n'a porté que sur les mécanismes d'achats stratégiques, objets de l'étude. Des entretiens semi structurés ont été effectués auprès d'informateurs clés identifiés au niveau central, au niveau opérationnel et les partenaires technique et financiers de mise en œuvre.

Les guides d'entretiens conçus dans ce cadre ont servi de supports pour recueillir les perceptions des informateurs clés sur les mécanismes d'achat stratégiques.

Les enquêtes ont été effectuées par des enquêteurs expérimentés et formés.

Les données ont été analysées suivant les objectifs de l'étude en articulation avec les questions clés de recherche.

Les principaux résultats

Les résultats de cette revue sont basés essentiellement sur une analyse documentaire et de l'analyse des données issues des enquêtes auprès des informateurs clefs

◆ *Financement Base sur les Résultats*

Il s'agit d'un transfert de ressources en contrepartie de la prise d'une action mesurable liée à la santé ou de l'atteinte d'une cible de performance déterminée à l'avance

Son objectif général du FBR est de contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé au Sénégal.

Il est conçu par le Ministère de la Santé et mis en œuvre en deux phases : En pilote dans les régions de Kaffrine et Kolda avec l'appui de l'USAID puis étendu aux régions de Ziguinchor, Sédhiou, Tambacounda et Kédougou en faveur du Financement de la Banque mondiale. Les étapes de sa mise en œuvre sont les suivantes : la signature de contrat, la transmission des informations, la vérification, le paiement, les revues et révisions et suivi évaluation.

le FBR a favorisé le renforcement de la redevabilité et la transparence dans la gestion des données. Le système de contrôle institué (vérification technique, vérification communautaire et validation) a incité les prestataires à transmettre des données fiables et précises.

Des critères d'équité sont intégrés dans le calcul des bonus. Une prime additionnelle est accordée aux structures sanitaires qui doivent faire face à d'importants problèmes pouvant compromettre leurs performances à cause de leur situation géographique (zones difficiles d'accès).

La communication sur le FBR dès le début de la mise en œuvre à travers les instances de gestion et de suivi a facilité la collaboration et l'adhésion des acteurs à différents niveaux.

La qualité des services offerts est améliorée. L'accueil réservé aux patients a connu une nette amélioration dans la plupart des structures de santé.

Dans l'ensemble, les indicateurs quantitatifs ont évolué favorablement. Les prestataires ont utilisé de nombreuses stratégies pour l'amélioration de leurs performances : stratégies avancées, achat de matériels, amélioration du cadre de travail, recrutement de personnel additionnel, etc.

Le FBR a été une occasion d'assister à la transformation d'une tendance antérieure. Des changements ont été notés dans les pratiques et les comportements de certains prestataires. Ils sont devenus plus autonomes dans leurs prises de décisions, surtout, celles relatives à l'utilisation et à l'orientation des ressources allouées dans le cadre du FBR.

Ils sont plus motivés et sont engagés à relever le défi de la performance. Beaucoup d'initiatives ont été prises dans un but d'amélioration des conditions de travail et de réalisation de performance : recrutement de personnel additionnel notamment des sages-femmes pour réaliser les activités de santé de la reproduction, renforcement de la logistique achat de frigo, achat ou réparation d'ambulance et de motos ; achat de matériel médico-technique surtout pour les salles d'accouchement (les boîtes d'accouchements et du matériel de stérilisation).

Par ailleurs, l'étude a révélé des difficultés à différents niveaux du processus de mise en œuvre. Il s'agit entre autres de :

- L'insuffisance du portage du FBR par le niveau central. Les activités du FBR se sont arrêtées dès la fin de l'appui des bailleurs.
- La lourdeur des procédures dans la mobilisation des ressources de la Banque Mondiale n'a pas facilité la mise en œuvre de certaines activités.
- Les retards répétés dans la signature des contrats et le paiement des bonus ont entraîné la démotivation des prestataires de soins.
- Le manque de régularité dans la tenue des instances de coordination et suivi
- Le changement de manuel de procédure en cours de mise en œuvre a bouleversé le calcul des indicateurs rendant difficile le suivi.

◆ **Financement Direct**

Il consiste à transférer directement des ressources financières à un bénéficiaire qui en assure la gestion, pour appuyer la mise en œuvre d'activités éligibles, sur la base d'un contrat. Il est exécuté à travers deux modalités :

- Le type de contrat dit Fixed Amount Award (FAA) est une subvention à coût fixe que l'USAID octroie à une entité publique à travers une agence d'exécution ou une ONG.
- Le contrat de type Fixed Amount Reimbursement Agreement (FARA). Par lequel l'USAID octroie directement au Gouvernement du Sénégal les fonds destinés à l'atteinte d'un niveau de performance ou d'une étape (milestone) fixé à l'avance dans un contrat.

La mise en œuvre du FD a eu quelques effets positifs sur la gouvernance. L'amélioration de la transparence et la redevabilité dans la gestion du FD s'est traduite par la production régulière de rapports techniques et financiers et l'organisation de revue trimestrielle. La répartition des ressources financières prend en compte les critères d'équité. Cette répartition est en effet basée sur le poids démographique et le nombre de structures sanitaires et l'insularité de certaines localités (exemple de région de Fatick)

Il ressort de cette étude que l'environnement de travail a été amélioré avec un renforcement du plateau technique : renforcement de l'équipement des blocs opératoires, aménagement/ agrandissement de services de néonatalogie, renforcement de l'équipement des services de maternité et de pédiatrie : tables d'accouchements, des boîtes d'accouchement, etc.

Les indicateurs SRMNIA monitorés ont globalement bien évolué entre 2016 et 2017 avant de régresser en 2018. Cette situation s'explique par le mouvement d'humeur du personnel de santé qui a entraîné le boycott des stratégies avancées intégrées. La situation s'est améliorée en 2019 même s'il reste encore des efforts à faire

Cependant, les constats qui se dégagent à l'issue de cette étude permettent de relever et mettre en évidence plusieurs contraintes et gaps liés à la mise en œuvre du financement direct dont :

- La plus grande contrainte dans la mise en œuvre a été la grève des syndicats de la santé en 2018 entraîné le boycott des activités. Elle a eu comme conséquence la non-réalisation de certaines d'activités : les formations, les supervisions, les Stratégies Avancées Intégrées, les réunions de coordination non atteinte des livrables et le faible niveau des taux de mobilisation des ressources et d'exécution du budget dans les régions.
- Les lenteurs dans la remontée des pièces justificatives (districts vers RM) et de leur archivage : la transmission des documents comptables entre les districts et la RM d'une part et la transmission vers la DAGE d'autre part.
- La lourdeur dans le processus de remboursement avec la multiplicité des étapes de validation en interne au niveau de l'USAID.

◆ *Mécanisme d'Achats de Performances*

Le MAP est un dispositif d'incitations à la performance pour les équipes de management des districts et des régions. Il a été introduit en 2016 dans les régions d'intervention du projet SEN/027 : Saint-Louis, Louga et Matam. Les bénéficiaires sont ainsi les ECR et les ECD/

Les étapes de sa mise en œuvre comprennent : la négociation des contrats, la transmission et le suivi, le contrôle des résultats et le paiement.

Dans une courte période de mise en œuvre (trois trimestres), quelques effets positifs ont été notifiés. En effet, la recherche de performance a contribué à l'utilisation correcte du DHIS2 et au suivi régulier des activités des postes de santé dans les zones de responsabilité des bénéficiaires. Les capacités de gestion et d'organisation des ECR et ECD se sont renforcées : amélioration de la gestion des ressources humaines (élaboration de fiches de postes, confection de dossier de personnel), archivage des dossiers et des rapports, mise à jour des pièces comptables, rapprochement bancaire.

Le temps relativement court de la mise en œuvre du MAP ne permet pas une analyse profonde des indicateurs mais une appréciation basée sur une tendance en est faite. Il a été noté dans les régions d'intervention du MAP, une évolution globalement bonne des indicateurs par rapport à la période de référence.

Cependant, des acteurs interrogés considèrent le MAP comme un succès, un mécanisme qui aide les équipes de management des régions et des districts à s'améliorer

Quelques difficultés dans la mise en œuvre du MAP ont été notées soulevées. Il s'agit principalement de : i) la non-intégration du MAP dans la plateforme de coordination et de gestion du FBR. Néanmoins, la DPRS a assuré cette mission en collaboration avec le partenaire d'appui, ii) le retard important dans le paiement des primes de performance a été dénoncé par tous les acteurs. Ce retard est imputé à la difficulté pour le bailleur de mobiliser les fonds alloués au MAP. Les bénéficiaires ont perçu leurs primes bien après la fin de l'intervention. .

◆ **Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens**

Le CPOM est un engagement entre les pouvoirs publics et les EPS dans le but de les rendre plus performants afin de répondre aux attentes des populations, des usagers et du personnel.

L'objectif du CPOM est de Contribuer à la mise en œuvre des orientations prioritaires du projet d'établissement : l'accès aux soins, l'amélioration de la qualité des services et le renforcement de la gestion.

Les étapes suivantes sont ensuite à considérer dans le processus d'établissement et demise en œuvre des CPOM : réalisation du diagnostic partagé, définition des priorités, négociation du Contrat et le suivi. Le contrat est établi pour une durée de 3 ans et les signataires sont : le directeur de l'EPS, le ministre de la santé et le ministre chargé des Finances. Il est assuré par l'Etat à travers le Ministère chargé des Finances.

La mise en œuvre des CPOM a permis une redynamisation des cadres de concertations au sein des EPS : les réunions trimestrielles de coordination ; les cadres de concertation avec les partenaires sociaux, les sessions ordinaires du conseil d'administration.

La transmission des informations s'est renforcée avec la fourniture périodique des rapports aux directeurs des hôpitaux. En outre, un suivi rigoureux et judicieux est assuré par le comité de gestion.

D'importants investissements ont été réalisés dans l'optique d'améliorer les conditions de travail des prestataires. Ces investissements sont relatifs à : l'amélioration du plateau technique par l'acquisition de matériels modernes, l'élargissement et la diversification de l'offre de soins de qualité à travers le renforcement du personnel médical, paramédical et administratif, l'acquisition d'ambulances, et de véhicules de liaison.

Il y a une bonne évolution du volume des activités et des recettes dans les EPS. L'amélioration de la capacité de prise en charge des EPS et redressement du plateau technique ont entraîné une augmentation de la fréquentation.

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du CPOM sont relatives à ce qui suit : la non mise en place de cadre de pilotage et de suivi formel du CPOM. Le Financement n'a pas été à la hauteur des engagements ; la mise à disposition tardive des fonds a été déplorés par les acteurs, la survenue de la pandémie à coronavirus a entraîné une rupture d'allocation de fonds dédiés au fonctionnement des EPS. Les conventions et politiques de santé en faveur des CPOM sont actuellement dans une léthargie.

◆ **Mécanisme d'achat propose**

Nous avons procédé à une analyse comparative des différents mécanismes. L'analyse est basée sur les critères d'identification des approches porteuses. Nous utilisons pour cela, l'outil de sélection élaboré par le Ministère de la santé basée sur les critères de pertinence, d'efficacité, d'impact d'efficience et d'équité.

La sélection a montré un score plus élevé pour le FBR. Ainsi la revue des documents relatifs aux mécanismes d'achats stratégiques et l'analyse des résultats issus de l'enquête, nous proposons le Financement basé sur les résultats comme modèle à passer à grande échelle.

Le FBR constitue à notre avis la meilleure stratégie de réforme pour atteindre la couverture sanitaire universelle. Le FBR ne se contente pas d'introduire seulement des incitations financières mais, il favorise une réforme plus profonde avec notamment une amélioration de la gouvernance et une plus grande autonomie des structures de santé. Il crée un environnement concurrentiel dans la promotion de la qualité de la prestation des services. Le FBR participe à la distribution équitable des ressources en harmonisant le financement et les incitations avec les services¹.

Le modèle que nous proposons tient compte i) du contexte actuel d'accélération des progrès vers la couverture sanitaire universelle ii) de l'expérience du Sénégal dans la mise en œuvre du Financement basé sur les Résultats et, iii) des expériences et preuves issues de la littérature.

Sa mise en œuvre comme tout mécanisme d'achat stratégique repose sur le principe fondamental de la séparation des fonctions à savoir :

- La fonction de régulation
- La fonction de Contractualisation
- La fonction de prestation
- La Vérification des résultats
- Le paiement

◆ **Le financement du mécanisme proposé**

Le financement du FBR doit donc être assuré principalement par le gouvernement à travers le Ministère chargé des Finances. Les partenaires techniques et financières parties prenantes seront sollicités pour contribuer au financement. Les ressources seront gérées dans un compte ouvert pour la structure d'achat. La DAGE va apporter un appui substantiel à la gestion financière.

Conclusion

L'étude sur l'analyse des mécanismes d'achats stratégiques dans le cadre de l'accompagnement de la stratégie nationale de financement de la santé a fourni des résultats relativement importants

L'analyse s'est focalisée sur le processus de mise en œuvre des MAS, mais aussi sur la problématique de l'équité, de l'accès aux services de soins, sur les choix stratégiques et la durabilité du financement. Elle a donné une idée des effets des différents mécanismes sur les performances du système de santé durant leur période de mise en œuvre surtout, par rapport à la qualité, l'utilisation des services et le comportement des acteurs. La revue a permis de faire les constats ci-après :

- Les mécanismes d'achats stratégiques ont été bien développés dans tous les documents stratégiques qui opérationnalisent l'achat stratégique notamment la SNPS, le PNDSS et la SNFS qui sont des documents de référence ;
- Les mécanismes d'achats stratégiques constituent un apport de taille pour les usagers et les bénéficiaires parce qu'ils améliorent la performance des structures et participent à la réduction des coûts liés aux dépenses de santé ;
- La mise en place d'une institution chargée de leur pilotage et des organes de gestion constitue un point positif pour la réalisation des objectifs de performance ;
- Les MAS ont contribué à l'amélioration de l'accès aux services de soins de qualité dans les structures de santé. Ils ont participé au renforcement du fonctionnement des structures sanitaires ;
- Les imperfections notées dans la mise en œuvre constituent des contraintes face à la durabilité des mécanismes d'achats stratégiques étant donné que les ressources financières nécessaires pour honorer les engagements sont difficilement maîtrisables ;
- Les lenteurs constatées aussi bien dans le processus de transmission et de traitement des dossiers pour paiements ne contribuent pas à crédibiliser les MAS au niveau des acteurs du système de santé ;

¹ Adobor & McMullen, 2014

- Les retards dans le règlement des factures et la mise à dispositions des fonds contribuent à fragiliser les structures sanitaires dans la gestion de la prise en charge des patients ;
- Les insuffisances qui sont constatées dans les activités de vérification, de contrôle et de supervision peuvent contribuer à la persistance des pratiques qui vont à l'encontre de la mise en œuvre des mécanismes stratégiques.

Cependant, bien que la pertinence de tous mécanismes d'achats stratégiques soit avérée et qu'ils soient bien appréciés par les acteurs, l'analyse comparative par rapport à la pertinence, l'efficacité, la pérennité, la répliquabilité, l'impact, l'efficacité, ainsi que l'équité donne un avantage considérable au FBR. En fait, le FBR est celui qui, par sa méthodologie d'approche et ses effets positifs, devrait être étendu et totalement intégré dans le système de santé. Le FBR ne se contente pas d'introduire seulement des incitations financières mais, il favorise une réforme plus profonde avec notamment une amélioration de la gouvernance et une plus grande autonomie des structures de santé.

L'analyse de sa mise en œuvre a cependant révélé des défis réels qui risquent de compromettre sa durabilité. Ces défis sont surtout relatifs à : i) son financement insuffisant et exclusivement réalisé par des bailleurs, ii) les retards constatés dans les paiements des primes aux bénéficiaires

Recommandations

Au terme de la revue des mécanismes d'achats stratégiques et en s'appuyant sur les résultats en termes de constats, difficultés et leçons apprises, nous faisons les recommandations suivantes :

- Veiller à l'institutionnalisation du FBR et à son articulation avec les autres mécanismes de réforme du secteur de la santé
- Renforcer les structures de santé en équipements et en personnel nécessaires à leur bon fonctionnement. Ces mesures d'accompagnements sont essentielles à la prestation de services de qualité
- Veiller à la séparation des fonctions de médecin chef et de médecin chef avec l'affectation d'un médecin chef au niveau des centres de santé où il n'existe pas pour éviter le cumul de fonction constatés dans le cadre de la mise en œuvre des MAS.
- Faire un plaidoyer auprès des PTF afin de les fédérer autour de la mise en œuvre du FBR
- Garantir une mobilisation des fonds suffisants pour la mise en œuvre du FBR. Une alternative pour assurer la soutenabilité du FBR est la recherche de nouvelles sources de financement. A cet effet, un accent doit être mis sur le financement par les collectivités territoriales et d'autres financements innovants par la fiscalité sur les produits comme le tabac, l'alcool.
- Favoriser l'implication des collectivités territoriales et de la société civile dans le suivi et le contrôle du FBR. Elles constituent des partenaires importants du secteur de la santé. A ce titre, elles doivent jouer un rôle de premier plan dans la mise en œuvre du FBR. En dehors du fait qu'elles participent aux instances décisionnelles, les collectivités locales peuvent s'organiser et s'impliquer dans l'achat de performance surtout au regard de la décentralisation.
- Veiller à une meilleure articulation des différents mécanismes d'achats mis en œuvre. Certains mécanismes stratégiques sont mis en œuvre dans les mêmes zones et parfois pour les mêmes bénéficiaires. Ils visent les mêmes objectifs de renforcement du système de santé avec certes des approches différentes mais complémentaires. Bien que le FBR soit le mécanisme d'achat stratégique le plus pertinent et efficace, il peut être combiné à d'autres mécanismes stratégiques.
- Limiter la fragmentation des organes de gestion et de suivi des différents mécanismes d'achats stratégiques en les intégrant. Au niveau opérationnel, les mêmes acteurs se retrouvent dans plusieurs comités de mécanismes différents et pour les mêmes missions.



PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET METHODOLOGIQUE

XII. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le Sénégal a souscrit aux différents engagements internationaux en vue d'atteindre les Objectifs du Développement Durable (ODD) et aspire à mettre en place la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Cette volonté politique est matérialisée par l'axe II du Plan Sénégal Emergent (PSE) « capital humain, protection sociale et développement durable » qui vise une amélioration significative des conditions de vie des populations, une lutte plus soutenue contre les inégalités sociales tout en favorisant l'émergence des territoires viables. La contribution du secteur de la santé et de la protection sociale en général s'est traduit par l'adoption et la mise en œuvre de documents stratégiques notamment la SNPS, le PNDSS et la SNFS.

Les orientations majeures de ces documents permettent d'améliorer la capacité de l'offre de service de santé à répondre à la demande de services de santé préventifs, curatifs, palliatifs et promotionnels sur le territoire national.

Pour compléter les actions sur l'offre de services, l'Etat a mis en place, une politique de développement de mécanismes assurantiels (IPM, Mutuelles de santé, etc.) visant à réduire l'exposition des ménages (secteurs formel et informel) aux risques financiers liés à la santé. Ces mécanismes ciblent aussi les bénéficiaires du programme national de bourse de sécurité familiale (PNBSF) et les détenteurs de la carte d'égalité des chances.

L'Etat a aussi développé des mécanismes d'exemption destinés aux couches les plus vulnérables notamment les enfants âgés de moins de 5 ans, les personnes âgées de 60 ans et plus et les femmes enceintes (généralisation de la gratuité des accouchements par césarienne).

En outre, dans la mise en œuvre de cette politique d'assistance, il a aussi mis en place un dispositif de prise en charge des malades souffrant d'insuffisance rénale chronique (gratuité de la dialyse).

Par ailleurs, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale a mis en place à travers la DGAS un système d'assistance médicale et d'accompagnement psychosocial pour améliorer l'accessibilité aux soins des indigents et groupes vulnérables.

En vue de mieux coordonner ses efforts pour tendre vers la CSU, le Sénégal a développé une stratégie de financement de la santé, qui met l'accent sur les choix stratégiques visant à améliorer la protection en santé et la durabilité du financement. L'achat des services représente la troisième composante du financement de la santé à côté de celles liées à la mobilisation et à la mise en commun des ressources.

L'achat des services se réfère au processus par lequel les fonds sont alloués aux producteurs de services de santé². Il est défini comme l'allocation des fonds mis en commun aux prestataires des services de soins de santé au nom de la population concernée (population entière ; bénéficiaires d'un régime d'assurance maladie...).

Tout système de santé à travers son financement intègre la fonction d'achat, que ce soit sous la forme passive ou active.

C'est ainsi que le Sénégal met en œuvre une approche combinant des mécanismes d'achat passif basés sur des transferts budgétaires classiques (remboursement des factures des initiatives de gratuité, paiement à l'acte) et des mécanismes d'achat basés sur la performance (FBR, CPOM, Financement direct etc.).

L'achat passif, encore très répandu dans la plupart des pays, présente de nombreux inconvénients en raison des problèmes liés aux faibles rapports coût-bénéfice et coût-efficacité³. Ainsi, l'achat stratégique est de plus en plus préconisé comme une des solutions pour l'amélioration de la performance du système de santé⁴. Il permet (i) d'améliorer l'équité dans la distribution des ressources, (ii) d'accroître l'efficacité, (iii) de gérer la croissance des dépenses et (iv) de promouvoir la qualité dans la prestation des services de santé. Il sert également à améliorer la gouvernance du système et la responsabilité des prestataires et des acheteurs vis-à-vis de la population.

Une meilleure prise en compte de la fonction « achat » s'avère donc nécessaire pour la réussite de la mise en œuvre de la stratégie nationale de financement de la santé. Dans cette perspective, le MSAS, en collaboration avec les autres secteurs, envisage d'élaborer un document national sur les achats stratégiques en s'appuyant sur l'expérience acquise dans ce domaine. Cette revue constitue la première phase du processus.

XIII. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

XIII.1. Objectif général

L'objectif général de cette étude est d'évaluer les mécanismes d'achats existants en vue de l'élaboration d'un document sur les achats stratégiques qui sera annexé au rapport de la SNFS.

XIII.2. Objectifs spécifiques

Il s'agit plus spécifiquement de :

- Etablir la cartographie des différents mécanismes d'achat existants dans le domaine de la santé ;
- Déterminer les rôles et responsabilités des différents acteurs dans les différents mécanismes d'achats stratégiques au niveau national
- Procéder à l'analyse des différents mécanismes d'achat stratégique existants ;
- Proposer des mécanismes d'achats stratégiques adaptés ainsi que leurs modalités de mise en œuvre au Sénégal

XIII.3. Questions à examiner

L'étendue thématique de l'étude est structurée autour de quatre (4) questions clés de recherche. Elles sont ainsi résumées :

- Quels sont les mécanismes d'achats de performance existants au Sénégal ?
- Les mécanismes d'achats stratégiques ont-ils fonctionné conformément aux procédures définies ?

² Kutzin, 2001 - ³ Dehnavieh et al., 2016 - ⁴ Organisation Mondiale de la Santé, 2000

- Quels sont les impacts des mécanismes d'achats stratégiques sur le système de santé ?
- Quels sont les facteurs de succès et les contraintes dans la mise en œuvre des mécanismes d'achats stratégiques ?

XIV. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Pour l'exécution de l'étude, nous avons suivi la démarche ci-après :

XIV.1. Cartographie et Revue documentaire des mécanismes d'achats existants au Sénégal

Nous avons sur la base d'un outil élaboré à cet effet, ainsi procédé à un inventaire des mécanismes d'achats expérimentés dans le domaine de la santé au Sénégal. Nous avons ensuite consulté les documents disponibles y afférents. Les rapports d'activités, les rapports d'évaluation, les rapports de documentation, les procès-verbaux des réunions, les protocoles d'engagements, les accords de financement, les plans stratégiques et opérationnels ont été examinés pour en extraire les informations jugées pertinentes susceptibles de nous aider dans l'étude. Nous avons ainsi pu identifier les mécanismes d'achats suivants classés en deux types :

- **mécanismes d'achats dits passifs** dans lesquels les prestataires reçoivent automatiquement des allocations budgétaires ou des paiements, quelle que soit leur performance : i) le transfert traditionnel du budget de l'Etat à l'offre de service ; ii) les mécanismes assurantiels dans lesquels les soins sont achetés au profit des assurés ; iii) les initiatives de gratuité ; iv) la tarification forfaitaire.
- **mécanismes d'achats actifs ou stratégiques** qui consistent principalement à lier le financement de la santé à l'information sur (i) les besoins de santé de la population et (ii) la performance des prestataires de soins, sur la base d'un engagement actif et fondé sur des données probantes⁵. Ce sont le Financement Basé sur les Résultats, le Mécanisme d'Achat de Performance, le Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens et le Financement Direct.

Les informations relatives à la cartographie sont en annexe 1 du document

XIV.2. Enquête qualitative

L'enquête n'a porté que sur les mécanismes d'achats stratégiques identifiés et mis en œuvre au Sénégal, objet de l'étude.

XIV.2.1. Méthodologie d'échantillonnage

Nous avons réalisé des entretiens avec des informateurs clés qui sont des personnes susceptibles de nous apporter des informations pertinentes sur les mécanismes d'achats stratégiques identifiés. Ils sont constitués de parties prenantes et d'acteurs impliqués dans la gestion et/ou le suivi, dans la mise en œuvre de chaque mécanisme d'achat stratégique.

Le choix de l'échantillon s'est fait selon une approche intégrée combinant i) le choix raisonné en fonction du niveau d'implication dans la conception et/ou la mise en œuvre et ii) le choix aléatoire pour la sélection des unités auprès desquelles l'information sera collectée (unités d'observation). Les unités d'observation incluent les régions d'interventions et les structures qui interviennent dans la fourniture des services de soins de santé (postes de santé, centres de santé, EPS).

Les informateurs de chaque mécanisme d'achat stratégique ciblé ont constitué un sous échantillon, l'échantillon global de l'étude étant donc l'ensemble des sous- échantillons.

Les entretiens ci-dessous ont pu être réalisés :

- Financement basé sur les Résultats : niveau central DGS (n=1), DGES (n=1) ; DAGE (n=1), DPRS (n=1). USAID (n=1), Abt Associates/ Programme RSS+(n=1). Région de Kaffrine : ECR (n=1), ECD (n=1) EPS (n=2), CRG (n= 1), PS n=1 CS=1 ; Région de Ziguinchor : ECR (n=1), ECD (n=1) EPS (n=2), CRG (n=1), PS n=1 CS=1
- Mécanisme d'achat de performance : DPRS (n=1) DAGE (n=1), Région Louga ECR (n=1,) ECD (n= 1), Lux Dev (n=1)
- Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : DGES (n=1), DAGE (1) EPS Idrissa Pouye (n=4) Centre hospitalier régional de Louga (n=4),
- Financement Direct : DPRS (n=1), DAGE (n=1), région de Kaffrine : ECR (n=1), ECD (n=1), EPS(n=1), CRV n=1 USAID (n=1), Abt Associates/Programme RSS+(n=1)

XIV.2.2. Collecte des données sur le terrain

Différentes informations ont été collectées : celles issues de la revue des documents à partir de différentes sources et les données de l'enquête qualitative. Pour mettre en œuvre l'enquête qualitative, quatre enquêteurs expérimentés ont été formés et mobilisés durant une période de neuf (9) jours.

Des interviews semi-structurées ont été réalisées avec les informateurs. Il s'agit d'interviews individuelles dans la majorité des cas mais, parfois, selon les circonstances, il y a eu de petits groupes de discussion de deux ou trois personnes. Toutes les interviews ont été enregistrées sur un support audio sur autorisation de l'enquêté.

Sur le plan éthique, le consentement de l'enquêté(e) a été obtenu. La confidentialité des données et l'anonymat des informateurs ont été respectés.

XIV.2.3. Outils de Collecte

Des guides d'entretiens ont servi de supports pour recueillir les perceptions des informateurs clés sur les mécanismes d'achat stratégiques. Ils ont été élaborés pour chaque niveau de collecte des données, en fonction des rôles et des responsabilités des informateurs identifiés. Les guides s'articulent globalement autour des thèmes suivants :

- la coordination et le suivi des mécanismes d'achats stratégiques ;
- l'impact des mécanismes d'achats stratégiques ;
- l'allocation et l'utilisation des ressources ;
- la Communication et la collaboration entre les acteurs.

Ainsi les supports ci-après ont été élaborés :

- un guide d'entretiens destiné aux services du niveau central en charge ou impliqués dans les mécanismes d'achats stratégiques et les partenaires d'appui ;
- un guide d'entretien pour membres des équipes cadre, gestionnaires des EPS et les prestataires ;
- un guide d'entretiens destiné aux autorités administratives/ comités régionaux.

XIV.2.4. Difficultés rencontrées dans la collecte et limites

- La principale difficulté a été la non-disponibilité de certains acteurs clés. Les enquêteurs ont rencontré des difficultés à interroger certains acteurs clés malgré les dispositions prises en les informant à l'avance et en prenant des rendez-vous.
- Il nous a parfois été difficile d'avoir accès à certaines informations. Certains documents comme les rapports financiers n'étaient souvent pas disponibles. Bien que cela n'ait pas empêché le déroulement de notre collecte, leur consultation nous aurait beaucoup apporté dans l'analyse.
- Le temps relativement long mis entre la fin de la mise en œuvre de certains mécanismes (FBR et MAP) et la réalisation de l'enquête n'a permis pas à tous les enquêtés de répondre convenablement à certaines questions.
- Nous pouvons enfin évoquer la relative courte période que nous avons pu consacrer à la collecte des données, du fait des contraintes de calendrier.

XIV.2.5. Exploitation et analyse des données

Les informations recueillies sont rendues anonymes. Des codes ont été utilisés pour l'identification des informateurs.

La méthode d'analyse de Contenu a été utilisée pour les données issues des entretiens. Les informations recueillies ont été retranscrites sous forme de texte. Afin de rendre les informations accessibles à l'analyse, elles ont été traitées avec le logiciel Atlas TI 7. Les textes ont été classés en fonction des thèmes clés et par catégorie. Il nous a paru essentiel de ressortir les réponses requises aux questions clés de recherche et celles d'intérêt contenues dans les termes de référence ont servi de repères.

L'analyse des données secondaires issues des revues et des rapports a été réalisée sur Excel.



DEUXIEME PARTIE : LES PRINCIPAUX RESULTATS

L'étude cible essentiellement les mécanismes d'achats stratégiques mis en œuvre au Sénégal.

Les résultats sont obtenus à partir de différentes sources d'informations. Il s'agit des données issues de l'enquête qualitative et des données issues de la revue documentaire.

Depuis plusieurs années, le Sénégal a entrepris des réformes de son système de santé pour le rendre plus performant. A partir de 2010, des approches d'achats stratégiques (FBR, FD, CPOM, MAP) ont été expérimentées par le Ministère de la Santé.

XV. LE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS (FBR)

Transfert de ressources en contrepartie de la prise d'une action mesurable liée à la santé ou de l'atteinte d'une cible de performance déterminée à l'avance.

Il est conçu par le Ministère de la Santé comme une approche pour accélérer l'atteinte des objectifs du secteur. Il a été mis en œuvre dans un contexte où des évaluations avaient révélé que les indicateurs de santé n'avaient pas évolué comme le MSAS pouvait l'espérer, compte tenu de l'importance des moyens mobilisés. Par ailleurs, le personnel de santé insuffisant en quantité et en qualité, semblait peu motivé.

L'objectif général du FBR est de contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé au Sénégal.

Dans cette approche, des subventions sont accordées aux prestataires sur la base de leurs performances en plus d'un appui apporté au fonctionnement des structures sanitaires.

Les bénéficiaires du FBR sont les postes de santé, les centres de santé, les établissements publics de santé, les ECR, les ECD.

XV.1. ANALYSE DU DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre des activités du FBR au Sénégal a démarré effectivement en 2012 après un processus relativement long (2 ans) de réflexions et d'échanges entre différents acteurs de la santé.

Les activités relatives au FBR ont pris fin en juin 2019 après l'arrêt du financement par le Bailleur survenu en fin 2018.

La mise en œuvre s'est déroulée en deux phases :

- **Une phase pilote** qui couvre la période allant de 2012 à 2014. Au cours de cette période, le FBR a été mis en œuvre dans les régions de Kaffrine et de Kolda en deux étapes : i) dans la première étape (première année), la mise en œuvre a eu lieu dans deux districts de situations différentes : le district de Kolda qui connaissait une situation particulière par rapport à la santé de la mère, de l'enfant et au SIDA et le district de Kaffrine de moyenne performance; ii) à la deuxième étape (deuxième année), le reste des districts des régions de Kolda, et Kaffrine ont été enrôlés.
- **La phase d'extension** démarre effectivement en 2015 avec l'enrôlement de quatre (04) autres régions que sont : Tambacounda, Kédougou, Sédhiou et Ziguinchor. L'extension a été une occasion d'expérimenter le modèle de FBR demande à côté du modèle FBR Offre. Le FBR demande consistait à susciter la demande par des transferts monétaires conditionnels aux utilisatrices de services la santé de la reproduction. Nous

nous sommes intéressés dans cette étude au FBR centré sur l'offre, conçu pour renforcer le système de santé dans son ensemble.

XV.1.1. PARTIES PRENANTES

Le FBR comme tout achat stratégique va au-delà de la simple notion de contrat, son organisation a impliqué des jeux d'acteurs à différent niveau. Il s'agit du :

a. Niveau communautaire

- Les acteurs impliqués à ce niveau sont :
- les Agents Communautaire de Santé (ACS) ;
- les Comités de Développement Sanitaires (CDS) ;
- les organisations communautaires de base (OCB).

b. Niveau opérationnel

Il est composé de :

- **Structures de santé** (EPS, Centre de santé et poste de santé y comprises les structures communautaires) : Elles mettent en œuvre les activités de santé suivant les normes et les procédures définies.
- **L'équipe cadre de district** veille à sa bonne mise en œuvre des activités au sein du district. Au niveau de chaque ECD, il est nommé un point focal chargé de suivre toutes les activités en lien avec le PNFBR.
- **L'équipe cadre de région** chargée de suivre toutes les activités liées au FBR au niveau de la région et de veiller à la bonne mise en œuvre du FBR dans la région. Il est nommé un point focal régional qui est le répondant direct de celui du district. Un conseiller FBR est recruté pour accompagner la mise en œuvre du FBR au niveau de la région.
- **Le comité régional de gestion** chargé d'organiser des sessions de rapprochement et de validation des données des structures sanitaires dans les délais en vue du paiement.
- **Les collectivités territoriales et les autorités administratives** Dans le cadre de la décentralisation, la gestion des formations sanitaires est confiée aux collectivités territoriales. Les conseillers municipaux et les conseillers de département doivent être informés sur la mise en œuvre du FBR et appuyer dans sa mise en œuvre.
- **Les structures chargées de la vérification** assurent les vérifications quantitatives, qualitatives des données.

c. Niveau central

Il implique à la fois :

- **Le MSAS** à travers :
 - **Le PNFBR** chargé de la coordination du FBR
 - **La DAGE** : assure la tutelle financière et participe au paiement par la confirmation des demandes de paiement. Un sous compte est logé à la DAGE.
- **Le Ministère des Finances** assure la gestion des fonds à travers la Direction de la Coopération et des Financements Extérieures (DCFE) ;
- **Les Partenaires techniques et financiers** apportent un appui technique et financier. Ils mobilisent les ressources et participent aux réunions des instances de coordination et de suivi du niveau national

XV.1.2. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE

Il suit les étapes ci-après :

a. La signature des contrats de performance

Elle constitue la première étape dans le cycle de mise en œuvre du FBR. La contractualisation est basée sur des services effectivement produits, avec comme exigence la bonne qualité des prestations.

L'achat de services dans le cas du Sénégal est du ressort du Ministère de la Santé qui signe des contrats avec les médecins chefs de région et avec les directeurs des EPS. Le Médecin chef de région signe, au nom du Ministre de la Santé, des contrats avec les médecins chefs de district, les médecins chefs des centres de santé et les infirmiers chefs de postes pour le compte de leurs structures. Le PNFBR a signé un contrat de performance en 2017 et en 2018 avec la Banque mondiale. Les indicateurs ont été sélectionnés avec la collaboration des responsables des programmes du MSAS. Ils tiennent compte des priorités du PNDS et sont en rapport avec : i) la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ii) la lutte contre la maladie. Les indicateurs des ECR, ECD et du PNFBR sont en rapport avec leurs fonctions de management.

Le contrat de performance est annuel et décline clairement les engagements des parties prenantes (acheteurs et structures contractantes), leurs modalités de mise en œuvre ainsi que les cibles à atteindre. Jusqu'en 2016 les cibles quantitatives à atteindre étaient calculées en termes de couverture à partir des références de base (données de l'an n-1). A partir de 2017, des changements ont été apportés dans le mode de calcul des indicateurs. A partir de ce moment, ils ont été déterminés en termes de volume d'activités prestées.

Au total 373 structures de santé ont signé des contrats de performances. Il s'agit de 327 PS, 17 CS, 16 ECD, 6 EPS, 6 RM, et le PNFBR.

b. La transmission de l'information

La transmission de l'information est primordiale pour établir une culture organisationnelle basée sur la performance et la transparence. L'information est vraiment au cœur de la relation en matière de FBR.

Le système de collecte et la transmission des données du FBR est en parfaite cohérence avec celui du SNIS. La transmission des données liées à la performance suit le circuit du SNIS du niveau opérationnel au niveau central. Par ailleurs, les données collectées sont transmises et gérées à travers la plateforme web du PNFBR interconnectée au DHIS2. Les acteurs du PNFBR et du niveau opérationnel ont été formés à son utilisation.

c. La vérification et la validation

Les résultats mentionnés dans les rapports de performance et demandes de paiement sont vérifiés avant approbation. Cette démarche permet de s'assurer qu'on paye des soins dont les populations ont bénéficié et qu'il s'agit de soins de bonne qualité. Elle se fait en différentes étapes :

- **La vérification des données rapportées** est effectuée chaque trimestre auprès des bénéficiaires et des usagers. La vérification des données auprès des bénéficiaires est relative aux données quantitatives à partir des registres et aux données qualitatives sur la base d'une check liste. Elle a été réalisée à la première année de mise en œuvre par un auditeur externe, à la deuxième année par les CRG. A la phase d'extension, elle a été effectuée par des agences indépendantes. Les vérifications auprès des usagers ont été exécutées par les organisations communautaires de base (OCB).

- **La validation** ou rapprochement consiste à confronter les données déclarées par les bénéficiaires aux résultats de la vérification et de procéder à leur validation. Cette fonction de rapprochement a été assurée par les CRG.
- **La certification** est une étape introduite en 2018 avec la révision du manuel de procédures. Elle a été assurée par la structure chargée de la vérification (SCV). Elle consiste à attester que les factures validées par le CRG et celles produites par le PNFBR, vérifiées par la SCV sont authentiques et sincères. Cette certification autorise le payeur à procéder au transfert des primes.
- **La contre vérification** s'assure d'une part que le rapprochement portant sur la vérification précédente est correct et d'autre part que l'OCB a rempli les termes de son contrat comme il se doit. En 2018, elle était assignée à l'Inspection des Affaires Administratives et Financières (IAAF) du MSAS. Elle n'a cependant pas été effective.

d. Le paiement

Le paiement des primes de performance est trimestriel. L'argent est directement versé dans les comptes des bénéficiaires dédiés au FBR. Jusqu' en 2016, les montants payés dépendaient des éléments suivants :

- l'atteinte des cibles quantitatives ;
- le score obtenu sur la check-list qualité des soins ;
- les résultats vérifiés et validés.

A la révision des procédures, un bonus qualité (ou malus) et un bonus d'équité géographique ont été intégrés dans le calcul du montant des primes. Le calcul du bonus d'équité est basé sur les critères de détermination des zones difficiles d'accès du Ministère de la Santé.

Les subventions accordées sont réparties entre les prestataires et le fonctionnement. Pour les primes payées entre 2012 à 2016, les 75% du montant étaient destinés aux prestataires et les 25% en appui au fonctionnement de la structure. Par la suite les primes étaient réparties comme suit :

- Structures de santé (EPS, CS, PS) ; minimum de 50% réservé au fonctionnement ;
- ECD : 70% au personnel et de 30% pour le fonctionnement ;
- ECR : 80% au personnel et de 20% pour le fonctionnement ;
- PNFBR : 90% au personnel et 10% pour le fonctionnement.

e. Les revues et les révisions

Les revues sont des instances de partage de l'évolution de la mise en œuvre, d'identification des obstacles rencontrés à différents niveaux et de proposition de mesures pour remédier aux difficultés. La revue annuelle est nationale et les revues semestrielles sont régionales. Les revues n'ont pas pu se tenir toutes aux délais requis.

Le manuel de procédures a été révisé à deux reprises. La première révision a eu lieu en 2014 pour préparer l'extension du FBR, avec l'introduction de la vérification par une agence indépendante. La deuxième révision survenue en 2018 a apporté d'importants changements dans le contenu. Les indicateurs sont payés en volumes d'activités et non par atteinte de cibles prédéfinies.

f. Suivi et évaluation

Le suivi constitue une étape importante dans la mise en œuvre du FBR. En plus des supervisions effectuées pour renforcer les bénéficiaires, l'évolution de la mise en œuvre du Programme est suivie à travers la tenue régulière du comité technique de suivi du FBR. Les rencontres du comité technique

de suivi ont été des instances et partage d'informations et d'échanges sur les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du FBR.

Par ailleurs, des conseillers FBR ont été recrutés et affectés dans les régions médicales pour appuyer les équipes dans le suivi des interventions. Il est à souligner l'accompagnement apprécié des acteurs de terrain par le PNFBR à travers des supervisions et des formations.

Le processus de mise en œuvre du FBR a été documenté et les résultats partagés avec les différents acteurs lors de revues nationales. Les recommandations issues de ces documentations ont été prises en compte dans la révision du manuel de procédures et la suite de la mise en œuvre. (Rapport revue nationale 2015).

Une évaluation d'impact a eu lieu en 2014. Elle a permis d'avoir la situation de base des indicateurs dans les zones d'extension. En cours d'exécution, une évaluation externe a été commanditée par le bailleur. Elle a conclu à la nécessité de réviser les procédures de mise en œuvre pour améliorer le taux de décaissement des fonds. L'évaluation d'impact en fin d'intervention du bailleur n'a pas été possible car les indicateurs et leur mode de calcul avaient changé entre la situation de base et la fin de l'appui.

XV.1.3. COORDINATION ET GESTION

Au démarrage de l'expérience FBR, il a été mis en place par arrêté ministériel n°22.02.2012*001717 le projet pilote FBR. Les différents organes de gestion du projet ont ainsi été définis.

- Le Comité de Pilotage (CP) présidé par le Secrétaire général du Ministère de la Santé est composé des directeurs et chefs de services centraux, du représentant du Ministère chargé des Finances, de représentants des collectivités territoriales. Il définit les orientations stratégiques du projet, valide le plan d'action et le budget.
- Le Comité technique de Gestion du Projet (CTGP) compte en son sein des représentants de certains services du ministère de la santé, des représentants de partenaires techniques et financiers parties prenantes du projet. Le rôle du CTGP est d'assurer la gestion technique du projet au niveau national.

Le Bureau d'Appui du Projet (BAP) chargé d'assister le CTGP dans la gestion administrative et financière du projet.

A partir de 2014, le projet a muté en programme national logé à la Direction de la Santé. Le CTGP et le BAP ont été remplacés par l'unité de coordination du Programme national de Financement basé sur les Résultats. Un comité technique de suivi a ainsi été mis en place. Il est chargé de suivre la mise en œuvre des décisions du CP, de préparer les revues du programme et les réunions de CP, d'appuyer les comités régionaux de gestion et de veiller à la documentation et au suivi des activités au niveau des régions

Au niveau régional, les gouverneurs ont pris des actes administratifs créant les Comité Régionaux de Gestion (CRG). Le comité régional a été d'abord présidé par le médecin-chef de région (MCR) ensuite, par le Gouverneur. Il est constitué en plus du Gouverneur et du MCR, par le point focal FBR à la Région Médicale, le représentant du Contrôleur Régional des Finances, le représentant du Directeur de l'ARD, un représentant de chaque PTF local partie prenante, les présidents des comités de santé de district, les représentants des collectivités territoriales, le Président de l'union régionale des mutuelles de santé. Le CRG a entre autres charges le suivi des activités du projet au niveau régional, les rapprochements et l'organisation des revues semestrielles régionales.

Les membres des CRG ont été orientés sur le dispositif FBR et leurs rôles et responsabilités dans la mise en œuvre.

XV.1.4. FINANCEMENT

Le financement du FBR est assuré exclusivement par les partenaires techniques et financiers. A la phase pilote le FBR était financé par l'USAID à travers sa composante Renforcement du Système de Santé mis en œuvre par Abt Associates. La Banque mondiale a pris le relais à la phase d'extension.

Un compte principal est ouvert au Ministère des Finances. Il alimente un sous compte ouvert à la (DAGE) du MSAS pour la gestion des fonds destinés au paiement des bonus.

Les paiements aux bénéficiaires sont faits par virements dans les comptes dédiés exclusivement au FBR. Pour l'équipe de coordination du PNFBR, les états de paiement des primes sont envoyés à la DAGE et le virement se fait directement dans les comptes personnels des agents.

XV.2. IMPACT DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

XV.2.1. GOUVERNANCE

La mise en œuvre du mécanisme de Financement basé sur les résultats a participé au renforcement de la gouvernance :

- Il a été mis en place dès la phase pilote un cadre légal et réglementaire avec la création par arrêté ministériel du projet pilote et la définition de cadres de gestion.
- L'intégration du FBR dans le système de santé est marqué par le passage du FBR de projet à programme national par arrêté 13.05.2014*08094.MSAS/DGS. Par ailleurs, le FBR est pris en compte dans les documents de politique et de programmation : PNDS, DPPD, SNFS
- La gestion et le suivi du FBR se fait à différents niveaux à travers les organes de gestion : comité de pilotage, comité technique de suivi et au niveau régional, le comité régional de gestion.
- La tenue régulière des réunions statutaires du comité technique de suivi du FBR a permis d'échanger sur des difficultés rencontrées par le PNFBR. La revue nationale est un bon cadre de concertation autour du FBR entre acteurs de plusieurs secteurs. Néanmoins, elle a connu une période de latence en 2016 et en 2017. Les tenues de réunions de coordination au niveau des districts ont été des opportunités de partage des résultats du FBR.
- La communication sur le FBR dès le début de la mise en œuvre à travers les instances de gestion et de suivi a facilité la collaboration et l'adhésion des acteurs à différents niveaux. Des rencontres d'orientation et de sensibilisation ont eu lieu à plusieurs niveaux : i) la tenue de Comités Régionaux de Développement (CRD, présidés par le Gouverneur de région, et de Comités Départementaux de Développement (CDD) présidés par le Préfet, au niveau des régions et districts pilotes, a permis de donner les informations utiles sur le FBR aux autorités administratives et aux différents partenaires intervenant dans le domaine de la santé, ii) des réunions ont été organisées au niveau communautaire avec des OCB et les élus locaux ; iii) les partenaires sociaux ont été sensibilisés sur le FBR ; iv) les prestataires ont tous été orientés sur le processus de mise en œuvre.
- Le FBR a favorisé le renforcement de la redevabilité et la transparence dans la gestion des données. Les bénéficiaires ont l'obligation de rendre compte des résultats obtenus pour prétendre au financement. Les données sont collectées chaque mois et rapportées au niveau central. L'utilisation de l'application web avec la saisie des données depuis le

niveau du PS participe à l'amélioration a raccourci les délais de transmission des informations dans les zones de mise en œuvre du FBR. le système de contrôle institué (vérification technique, vérification communautaire et validation) a incité les prestataires à transmettre des données fiables et précises.

- La gestion des ressources financières au niveau opérationnel se fait de manière transparente. Chaque structure contractée a ouvert un compte bancaire pour le versement des primes. Les critères de répartition des primes au sein de la structure sont connus de tous les prestataires interviewés. L'ensemble des informations budgétaires sur les motivations est partagé entre collègues. Après le partage des bonus, un procès-verbal est élaboré et partagé avec les instances concernées.
- La mise en œuvre du FBR a permis aux prestataires d'être plus autonomes dans l'utilisation et l'orientation des ressources et prennent plus d'initiatives : recrutement de personnel, achat de logistique et matériels médico- techniques. « *Nous n'avons pas besoin d'autorisation pour utiliser les primes, nous discutons seulement avec le CDS et nous faisons les dépenses en fonction des besoins* » selon un prestataire
- « *Le FBR nous a permis de documenter toutes les bonnes choses que nous faisons, mais aussi d'avoir plus de responsabilité et un leadership. Parce qu'avec le FBR, le bénéficiaire est tenu de faire une auto-évaluation et de chercher des stratégies qui vont lui permettre d'atteindre ses objectifs...* »
- La répartition des ressources se fait de manière équitable. Une prime additionnelle est accordée aux structures sanitaires qui doivent faire face à d'importants problèmes pouvant compromettre leurs performances à cause de leur situation géographique (zones difficiles d'accès).

XV.2.2. PERFORMANCES

a. Produits

Le FBR a été une occasion d'assister à la transformation d'une tendance antérieure. La qualité des services offerts est nettement améliorée. Elle est appréciée à travers les indicateurs relatifs à l'utilisation des partogrammes, aux accouchements assistés par un personnel qualifié mais aussi, à travers des transformations qui participent à l'amélioration de qualité des services offerts : **i)** l'accueil des utilisateurs des services de santé **ii)** la prévention des infections ; **iii)** le suivi des activités.

◆ *L'Accueil des utilisateurs des services*

La qualité de l'accueil réservé aux patients a connu une nette amélioration dans la plupart des structures de santé. Des panneaux ont été installés pour faciliter l'orientation des patients et des espaces d'attente ont été aménagés ou parfois réfectionnés pour permettre aux patients d'être à l'abri du soleil et de bénéficier de confort. la confection/ achat de paravent pour garantir la discrétion visuelle de la consultation. En témoigne un infirmier : « *autrefois, en période de forte affluence, les patients étaient dans un état pitoyable étaient souvent dans l'obligation de s'asseoir par terre avant d'entrer dans les salles de consultations. Avec l'avènement du FBR, des espaces ont été aménagés pour l'attente des patients. L'accueil est devenu favorable aux patients* ».

◆ *La sécurité dans les services offerts*

Les prestataires veillent au respect des procédures de décontamination et des mesures d'hygiène dans les services de soins : installation d'incinérateurs, disponibilité de poubelles à pédales, de produits antiseptiques.

Les soins sont prodigués dans les meilleures conditions de sécurité. Les comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) des hôpitaux sont redynamisés.

◆ *Suivi régulier des patients*

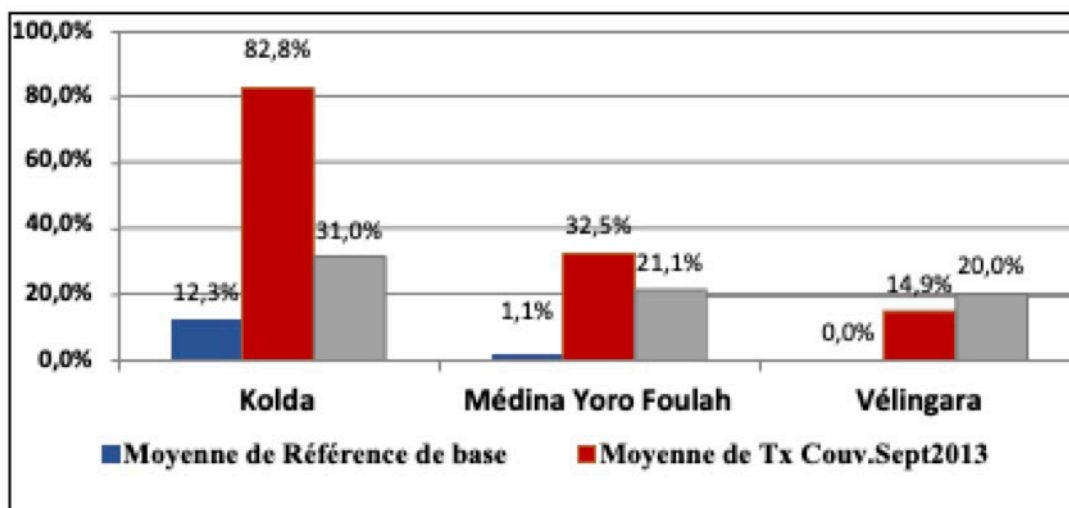
En sus de l'amélioration de l'accueil et de la qualité des soins, les populations bénéficient d'un suivi régulier rigoureux, clinique et personnalisé. Conscients de leurs objectifs de performances attendues, les prestataires prennent soin de mettre en pratique de méthodologies telles que la traçabilité de l'usage des services, la poursuite des perdus de vues afin d'assurer l'amélioration de la prise en charge. Ces efforts visent à atteindre les indicateurs suivants : « *couverture enadéquate en CPN* », « *guérison de la tuberculose* ».

b. Evolution des indicateurs

Dans l'ensemble, les indicateurs quantitatifs ont évolué favorablement. Les prestataires ont utilisé de beaucoup de stratégies pour l'amélioration de leurs performances : stratégies avancées, achat de matériels, amélioration cadre de travail, recrutement de personnel additionnel, etc.

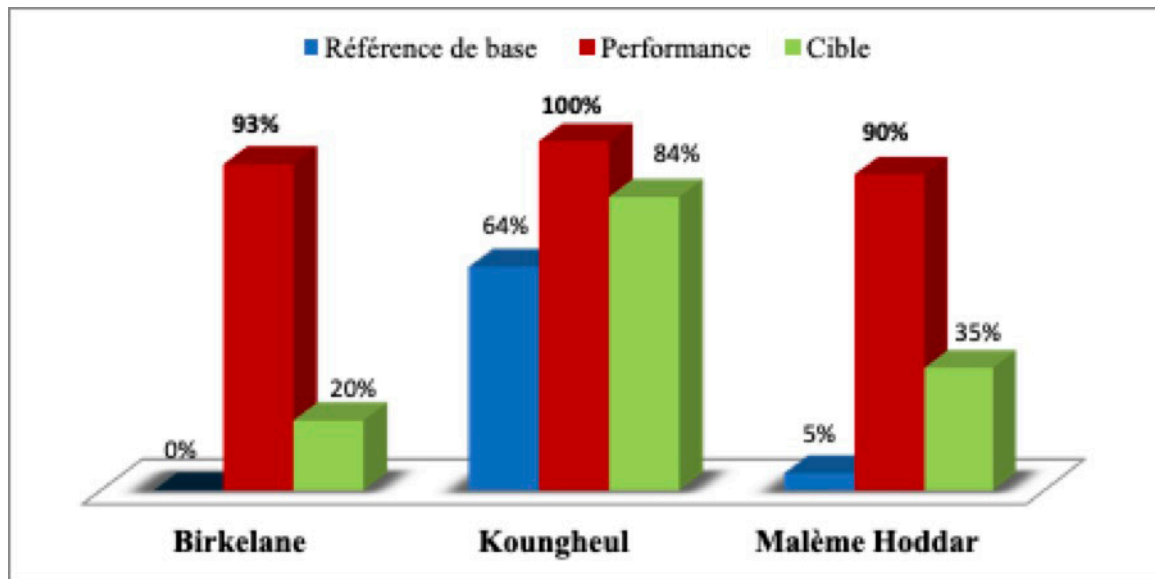
Les graphiques ci-dessous donnent un aperçu de l'évolution de quelques indicateurs dans la phase pilote.

Graphique 1 : Enfants 06 mois à moins de 12 mois ayant reçu 1 dose de Vit. A en 2013 dans la région de Kolda



Source revue PNFBR

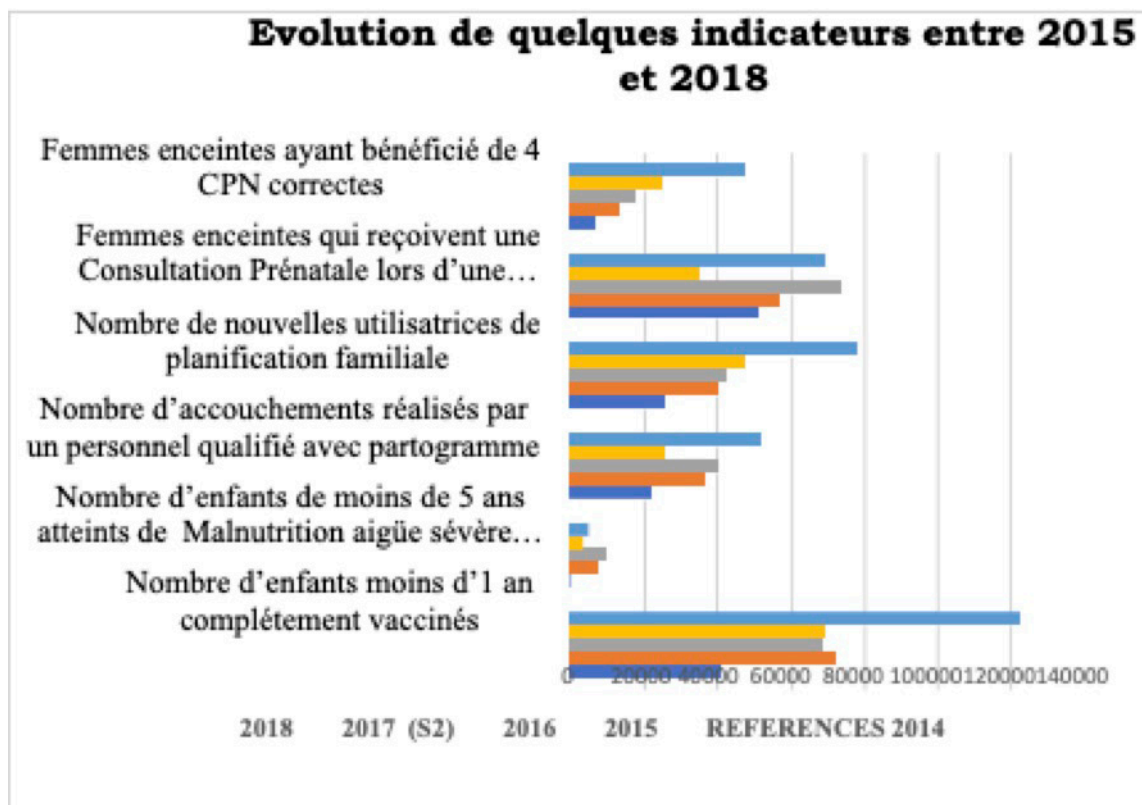
Graphique 2 : accouchements réalisés avec utilisation de partogramme dans les centres de santé de la région de Kaffrine en 2014



Source revue PNFBR

Ces deux graphiques montrent les efforts faits globalement par les districts des deux régions tests pour améliorer leur performance. Ces performances trouvent leur explication dans la mise à disposition de moyens financiers, des formations mais aussi et surtout la détermination et la motivation des prestataires à améliorer leurs résultats. Les prestataires se sont en effet beaucoup investis en termes de communication, stratégies avancées, confection d'outils et formation pour atteindre les cibles attendues et même les dépasser.

Graphique 3 : évolution de quelques indicateurs entre 2015 et 2018



Sources données PNFBR

On remarque une bonne évolution des indicateurs de 2014 à 2018. La baisse notée en 2017 est due au fait que les données collectées ne concernaient que le deuxième semestre. Par ailleurs, l'indicateur « Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de Malnutrition aiguë sévère compliquée PEC et déchargés » a connu une baisse en 2018. Cette contre-performance pourrait s'expliquer par le relâchement de la part des prestataires relatif au retard dans les paiements.

Nous avons donc voulu faire la situation d'un certain nombre d'indicateurs dans une même période des années 2017 et 2018 en l'occurrence, le second semestre.

Tableau 1 : Situation des indicateurs de centre de santé

Tableau : Indicateurs CS		
	Juil à Déc 2017	Juil à Déc 2018
Femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN correctes -	12647	12116
Nombre de complications obstétricales PEC selon les normes et protocoles -	2170	1849
Nombre de femmes ayant reçues au moins 3 consultations post natales (à J 42) -	19535	18341
Nombre de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de SP (TPI3) -	2676	1815
Nombre de femmes enceintes séropositives sous ARV -	339	164
Nombre de femmes prises en charge pour avortement par AMIU -	1096	948
Nombre de contre – références réalisé et remis au responsable du district pour transmission aux FS	27	63
Nombre de nouveaux cas de TPM+ dépistés et mis sous traitement -	640	672
Nombre de nouveaux consultants de 5 ans et + référés correctement pris en charge selon les normes et protocoles -	2317	492
Nombre de nouveaux consultants de moins de 5 ans référés correctement pris en charge selon les normes et protocoles -	1473	174
Nombre de nouvelles utilisatrices de planification familiale -	23813	16290
Nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié avec partogramme -	6055	6005
Nombre d'enfants 0-5 ans présentant une malnutrition aiguë sévère avec complication traités avec succès -	174	138
Nombre d'enfants 0-5 ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication correctement pris en charge -	3626	2562
Nombre d'enfants moins d'1 an complètement vaccinés -	34783	29375

Nombre d'enfants nés de mères séropositives missous ARV à titre prophylactique -	236	138
Nombre nouveaux cas de TPM+ dépistés traités avec succès -	382	511

Source : Données du programme FBR, 2017 et 2018

Les résultats du tableau montrent que pour la même période, le volume d'activités a considérablement baissé pour tous les indicateurs entre 2017 et 2018.

Les changements apportés dans le mode de calcul des indicateurs et les retards importants dans les signatures et paiements ont démotivé certainement les prestataires. Cette situation a eu des effets sur les indicateurs.

XV.2.3. PRATIQUES ET COMPORTEMENTS

Il est reconnu que l'amélioration de la santé dépend en grande partie du comportement des différents acteurs (agents de santé, communauté, etc.) à tous les niveaux.

Des changements ont été notés dans les pratiques et les comportements de certains prestataires. Ils sont devenus plus autonomes dans leurs prises de décisions surtout, celles relatives à l'utilisation et à l'orientation des ressources allouées dans le cadre du FBR. Ils sont plus motivés et sont engagés à relever le défi de la performance. Beaucoup d'initiatives ont été prises dans un but de d'amélioration des conditions de travail et de réalisation de performance.

- Recrutement de personnel additionnel notamment des sages-femmes pour réaliser les activités de santé de la reproduction,
- Gestion de la continuité des services avec la réorganisation des gardes et des permanences surtout dans les centres de santé et les hôpitaux
- Amélioration de la gestion de l'information sanitaire les données sont désormais analysées au niveau poste de santé où ne prestataires Certains prestataires au niveau poste de santé disent ne plus se limiter à transmettre les données à un niveau supérieur mais ils les analysent et en tirent des enseignements.
- « *Le FBR nous a permis de documenter toutes les bonnes choses que nous faisons, mais aussi d'avoir plus de responsabilité et un leadership. Parce qu'avec le FBR, le bénéficiaire est tenu de faire une auto-évaluation et de chercher des stratégies qui vont lui permettre d'atteindre ses objectifs...* »
- Construction/aménagement des locaux (exemple salle d'attente au PS de Bagadadji dans le district de Kolda, Réhabilitation de la Pédiatrie du CS de Bignona) et d'espace vert.
- Renforcement de la logistique achat de frigo, achat ou réparation d'ambulance et de motos
- Achat de matériel médico-technique surtout pour les salles d'accouchement « les primes nous ont permis d'acheter des boîtes d'accouchements et du matériel de stérilisation, »
- Amélioration de l'environnement de travail aménagement d'espace vert, propreté des locaux et de l'assainissement

Les quelques images ci-dessous sont des réalisations à partir des primes FBR. Elles illustrent parfaitement l'engagement et la motivation des prestataires à améliorer leurs conditions de travail.



Ambulance du PS de Dismiskha dans le district de Koungheul



Pédiatrie de Bignona Avant FBR et Après

XV.3. ANALYSE DE LA PERCEPTION DES ACTEURS

Au cours de l'enquête effectuée auprès des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du FBR. Nous avons recueilli leurs appréciations sur différents aspects essentiels :

a. Offre de soins

La plupart des acteurs interrogés pensent que le FBR est une bonne approche pour renforcer l'offre de soins en renforçant les équipements mais aussi la qualité des services. Leurs perceptions sont ainsi illustrées :

- « Après l'introduction du FBR, les conditions de travail se sont améliorées et les structures de santé ont commencé à mieux fonctionner » selon un informateur du niveau central.
- « Le FBR nous a réglé beaucoup de problèmes dans les centres de santé et *postes de santé bénéficiaires. Il nous a permis d'améliorer, l'accueil, l'environnement, la qualité des prestations en fait* », selon un informateur ECR.
- « *Les bénéficiaires prennent plus d'initiatives pour atteindre les objectifs. Beaucoup ont fait des investissements en termes d'équipements ou achat de logistique ; ambulance et motos par exemple. Il y a même des structures qui ont recruté du personnel* », selon un informateur du niveau central.
- « *Le FBR nous permet d'améliorer notre manière de travailler et la performance aussi... c'est très bénéfique ! Il ne s'agit pas uniquement de gain de points mais pour savoir comment analyser et interpréter certaines données. (ICP)*
- Le FBR contribue à l'amélioration des soins. « *Les partogrammes étaient inexistantes au niveau de notre Poste de Santé avant le programme, mais à l'heure actuelle, nous essayons d'en disposer de façon permanente pour le suivi des femmes enceintes qui sont à termes...* », (ICP, District de Birkelane).
- « *Le FBR nous a quand même beaucoup renforcés par rapport aux O5 S, par rapport au clin, par rapport aux respects des normes de préventions des infections. Et ça pour moi c'était la chose la plus importante* » selon un prestataire EPS.

b. Gestion

La gestion est une fonction très importante dans la mise en œuvre du FBR. L'information et les ressources financières constituent les socles du FBR.

La perception des acteurs par rapport à cette fonction est ainsi relatée :

- Certains acteurs interrogés disent que le FBR a amélioré la collecte et l'analyse des données. « *On responsabilise l'ICP. Parce qu'on sait que là où il n'y a pas le FBR, les gens font ce que nous faisons. La différence est que, nous avant de transmettre les rapports, nous analysons les résultats...j'ai un gap de tant, pourquoi ? Qu'est-ce que je dois faire pour combler ce gap-là ?* » dit un prestataire
- Pour certaines personnes interrogées, le FBR a amélioré les capacités de gestion financière des structures bénéficiaires. « *Notre rôle est de bien gérer les fonds obtenus. Donc moi tout ce que je peux dire est que le FBR nous a financé et on l'a utilisé judicieusement...* » (Informateur Kaffrine)

c. Communication

Le FBR a contribué à l'amélioration de la communication et la consolidation de la collaboration entre les différents acteurs de la santé.

« Effectivement ! Là pour dire vrai, il y a un très grand changement ! Parce que je disais que le contact avec le personnel communautaire n'était pas aussi permanent que ça. Mais avec le FBR, on fait des réunions mensuelles, donc je suis ces relais et ASC pas à pas. Donc franchement le FBR a changé beaucoup de choses sur les relations et surtout sur le travail qui me met en rapport avec les ASC » (ICP).

d. Changement de comportement

L'amélioration de la santé dépend en grande partie du comportement des différents acteurs. Presque tous les comportements ou activités peuvent avoir une influence sur les indicateurs du programme dans ce contexte. Les comportements de ces différents acteurs ont sans nul doute des conséquences sur le succès du FBR.

La mise en œuvre du FBR est un facteur d'émulation entre prestataires motivés, ce qui influence positivement sur les résultats :

« Je constate au niveau de la région une compétition saine entre prestataires pour améliorer leurs performances, Vous savez dès qu'une intervention apporte de bons résultats à une structure, les autres veulent faire la même chose ou plus... » (ECR)

« En fait moi je dirai que le FBR est une source de motivation... Il y avait une concurrence saine parce que c'est lors des réunions de coordination qu'on projetait les résultats ce qui poussait les ICP à augmenter d'efforts, c'était une sorte de fierté qu'on projette les bons résultats d'un poste devant ces collègues, non seulement il y avait de la motivation financière mais aussi une concurrence saine entre collègue » (ICP)

XV.4. DIFFICULTES

L'étude a révélé des difficultés à différents niveaux du processus de mise en œuvre. Il s'agit entre autres de :

- L'insuffisance du portage du FBR par le niveau central. En effet, malgré le passage de projet à programme national, le FBR n'a pas bénéficié de financement de part de l'Etat. Toutes les ressources proviennent des bailleurs. Ainsi, les activités du FBR se sont arrêtées dès la fin de l'appui des bailleurs.
- La lourdeur des procédures dans la mobilisation des ressources de la Banque Mondiale n'a pas facilité la mise en œuvre de certaines activités. En effet, le délai entre l'envoi des requêtes au PFSN et la réception de l'avis de non-objection (ANO) de la Banque mondiale est jugé très long.
- « Nous avons rencontré beaucoup de problèmes pour mobiliser les ressources de la BM (...) le délai pour recevoir les non-objection est trop long et cela a eu des répercussions sur la réalisation à temps des activités » selon un informateur clé.
- Les retards répétés dans la signature des contrats et le paiement des bonus ont entraîné la démotivation des prestataires de soins « Nous avons voulu arrêter le FBR parce que sommes restés plusieurs mois sans primes, même un an, par exemple les primes de 2017 ont été payés en 2018 et seulement le deuxième semestre » a dit un informateur
- Le manque de régularité dans la tenue des instances de coordination et suivi
- Le changement de manuel de procédure en cours de mise en œuvre a bouleversé le calcul des indicateurs rendu difficile le suivi.

XVI. LE FINANCEMENT DIRECT

Le Financement direct est un mécanisme qui consiste à transférer directement des ressources financières à un bénéficiaire qui en assure la gestion, pour appuyer la mise en œuvre d'activités éligibles, sur la base d'un contrat.

Il est introduit au Sénégal en 2013 dans le cadre du Programme Santé l'USAID. Les régions bénéficiaires en 2014 étaient : Diourbel, Sédhiou, Ziguinchor, Thiès, Kaolack et de Kolda

Dans le cadre du Programme Santé de l'USAID 2016-2021, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale et l'USAID mettent en œuvre deux modalités de Financement direct alignées aux procédures nationales au niveau de sept régions dites régions de consolidation.

- La première modalité, qui utilise un type de contrat dit Fixed Amount Award (FAA) qui est une subvention à coût fixe que l'USAID octroie à une entité publique à travers une agence d'exécution ou une ONG (subvention secondaire). Ce financement fonctionne à l'aide d'un mécanisme de remboursement des coûts fixés à l'avance dans un contrat dénommé lettre d'exécution, pour l'atteinte d'un niveau de performance (milestone). Il est mis en œuvre par le Programme RSS+.
- La deuxième modalité dite de « Gouvernement à Gouvernement (G2G) » utilise des contrats de type Fixed Amount Reimbursement Agreement (FARA). Par ce mécanisme, l'USAID octroie directement au Gouvernement du Sénégal les fonds destinés à l'atteinte d'un niveau de performance ou d'une étape (milestone) fixé à l'avance dans un contrat dénommé lettre d'exécution. Cet instrument de FD se définit comme une méthode de remboursement à taux forfaitaire.

Il a été préconisé le passage d'un certain nombre de régions sous Financement direct FAA au Financement direct G2G. Ce passage s'effectue suivant un processus de transition basé sur des critères objectifs. Il a débuté avec la région de Ziguinchor en 2019.

L'objectif général visé est d'accroître la redevabilité et la responsabilisation des acteurs

Les objectifs spécifiques visés dans le FD sont de :

- Contribuer au renforcement de la décentralisation des services de santé ;
- Améliorer le processus de planification, de budgétisation et de mise en œuvre des interventions sanitaires à tous les niveaux du système de santé publique ;
- Améliorer la transparence et l'obligation de rendre compte dans le secteur de la santé ;
- Renforcer les capacités de gestion des régions médicales, des districts sanitaires et des acteurs locaux de la santé

Les bénéficiaires sont les ECR, ECD et EPS dans les régions d'intervention :

- Pour le Fixed Amount Award (FAA) : régions de Dakar, Fatick, Kaolack, Louga, Thiès et Ziguinchor
- Pour le Fixed Amount Reimbursement Agreement (FARA) ; la région de Kaffrine sert de pilote

XVI.1. ANALYSE DU DISPOSITIF DU FD

XVI.1.1. PARTIES PRENANTES

Différents acteurs sont impliqués dans la mise en œuvre du FD.

- **Ministère/Ministre la santé** est signataire des lettres d'exécution et à travers :
 - **La DAGE** assure la tutelle financière pour le contrat FARA. Elle appuie au renforcement en gestion financières et comptables et au suivi pour les deux types de contrats
 - **La DPRS** : Assiste aux séances de signatures des lettres d'exécutions et participe aux rencontres de planification des FD
- **Ministère des Finances** : assure la gestion des fonds et est signataire des lettres d'exécution
- **Programme RSS/ USAID** à travers **Abt Associates et GoTap** : agences d'exécution de la mise en œuvre du programme FD, chargé de la supervision, de l'évaluation des pièces comptables en fonction des normes édictées.
- **Les ECD et les ECR** sont chargées d'exécuter tous les engagements figurant dans le PTA et d'élaborer des demandes de paiements sur la base du niveau d'atteinte des indicateurs. Ces deux entités ont par ailleurs comme assignée la supervision des activités des PPS et des Organisations Communautaires de Base.
- **Les Points focaux FD** appuient la planification des activités au moment de l'élaboration des plans d'action des entités bénéficiaires et font le suivi du niveau d'atteinte des résultats des milestones.
- **Les Gestionnaires** sont chargés de faire le suivi du budget du financement direct en rapport avec à la santé de la reproduction, la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent.
- **Les prestataires sanitaires** quant à eux s'assurent de rendre opérationnelles toutes les activités prévues dans les PTA pour l'atteinte des différents indicateurs de performance. Ils collectent et les données et l'élaboration des rapports visibles dans le DIHS 2.

XVI.1.2. PROCÉDURES DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre du FD est fait suivant le processus ci-après :

a. Planification

Le processus de planification du FD est aligné au système de planification et au cycle budgétaire du Ministère de la Santé. L'élaboration des plans de travail annuels (PTA) des districts sanitaires et des régions médicales fournit les bases pour l'identification des activités qui sont appuyées au cours d'une année donnée à travers le financement direct. Dès le mois de Juillet l'enveloppe concernant la subvention de l'USAID, est annoncée afin de permettre aux régions médicales (bénéficiaires) de procéder à sa répartition, entre les différents centres de responsabilité. Les régions médicales et les districts sanitaires identifient dans leurs PTA, les activités éligibles à soumettre au FD, sur la base d'un budget estimatif. Les PTA sont par la suite consolidés au cours de rencontres entre parties prenantes.

b. Contractualisation

Dans le contrat FAA, il est adopté un « Contrat Fixe » dénommé lettre d'exécution entre les agences de l'USAID et la Région Médicale. Deux sortes de contrats sont signés :

- La lettre d'exécution est signée entre le MCR et les COP des agences. La RM s'engage à réaliser des « milestones » et les CA à payer un montant par milestone, fixé à l'avance lors de la signature de la lettre d'exécution.
- La Région Médicale établit à son tour un contrat de performance avec les districts sanitaires.

Dans le contrat FARA. La lettre d'Exécution est signée entre l'USAID, le Ministère de l'Economie des Finances et du Plan (MEFP) et le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS).

La durée du contrat est annuelle avec un échéancier trimestriel pour les milestones.

Les milestones se définissent comme un ou plusieurs services, actions, résultats intermédiaires clés ou un indicateur de processus qui informe des progrès vers l'atteinte des résultats ou effets attendus des PTA des RM et des DS. Ils concernent les domaines éligibles : i) le renforcement des capacités des RM, des districts et des comités de santé, ii) la planification, Suivi et évaluation, iii) la coordination des interventions, iv) les activités de promotion de la santé, v) la gestion des médicaments et des produits spécifiques. Pour chaque domaine éligible, des interventions sont identifiées. Elles visent à améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et la lutte contre paludisme (pour le FARA)

Le contrat qui constitue un livrable du premier milestones, spécifie clairement les montants affectés et les performances attendues de chaque district

Le dossier de contractualisation est composé des éléments suivants : i) la lettre d'exécution ; ii) la liste des milestones et leurs moyens de vérification ; iii) le montant à payer par trimestre.

c. Transmission de l'information

La collecte des données se fait mensuellement à partir des registres de consultation, dossiers et autres documents d'enregistrement de données. Toutes les activités, les différentes rencontres, les déplacements sur le terrain pour le suivi et l'évaluation technique du financement FD font l'objet de rapports. Chaque trimestre un rapport de suivi du PTA est élaboré. Il permet de résumer l'exécution du PTA et prend en compte le niveau d'exécution du plan de travail trimestriel précédent et le trimestre suivant.

La documentation de l'atteinte d'un milestone est transmise par le MCR au Comité régional de vérification (CRV) qui procède à la vérification et à la validation de l'atteinte des milestones sur la base d'une checklist.

Le DHIS2 du SNIS a été utilisé dans la gestion des données et pour la mesure de l'atteinte des milestones.

d. Contrôle

Le CRV fait un rapport de vérification et de validation après la réception de la demande de paiement. Il dépose son rapport accompagné de toute la documentation au bureau régional du Programme RSS de l'USAID qui en assure l'archivage. En cas de manque de consensus ou de contestation de la décision, le Comité Technique Conjoint est saisi et décide en dernière instance.

Un audit est organisé chaque année pour l'exécution du contrôle des dépenses et l'établissement d'un rapport portant sur les lettres d'exécution financées par les CA. Les documents comptables sont archivés par les RM.

Le suivi régulier de la mise en œuvre du FD est matérialisé par les missions de suivi trimestriel des indicateurs SRMNIA/ PF, la tenue des revues trimestrielles et des rencontres de présentation des bilans annuels.

e. Paiement

Le paiement aux bénéficiaires est effectué chaque trimestre sur la base du niveau de réalisation des milestones. Pour chaque milestone, la RM fait sa demande de paiement en y attachant tous les moyens de vérification requis, provenant de tous les centres de responsabilité concernés par le milestone. Le MCR effectue un contrôle de qualité et fait la synthèse des résultats.

A la fin de chaque trimestre, le MCR transmet la demande de paiement et toute la documentation requise au comité régional de validation et en informe le coordonnateur du bureau régional.

Le paiement provient de plusieurs agences de coopération de l'USAID. Après notification par le BR, chaque agence verse sa quote-part directement dans le compte bancaire unique ouvert par la RM. Le compte est géré séparément des autres comptes de la Région Médicale.

La répartition des ressources dans chaque région médicale se fait sur la base des critères de poids démographique et de nombre de structures sanitaires. Dans la région de Fatick, l'insularité de certaines localités est prise en compte.

Par ailleurs, le pourcentage du crédit alloué aux rubriques est encadré (exemple la rubrique coordination et pilotage ne doit pas dépasser 30%)

f. Suivi et Evaluation

Le suivi régulier de la mise en œuvre du FD est matérialisé par les missions de suivi trimestriel des indicateurs SRMNIA/ PF, la tenue des revues trimestrielles et des rencontres de présentation des bilans annuels.

Le suivi technique et financier sur le terrain n'était pas régulier durant la première année de mise en œuvre. Des correctifs ont été ensuite apportés. Dès lors, les missions de suivi sont devenues trimestrielles avec l'appui de la DAGE pour le suivi financier et la participation de la DPRS, de la DSRSE et des acteurs locaux pour les domaines techniques.

Des rencontres se sont régulièrement tenues pour soit valider des PTA, soit faire le suivi technique de la mise en œuvre et de l'achèvement des milestones et des remboursements.

L'évaluation des capacités des régions à passer de FAA à FARA est basée sur un cadre référentiel qui définit les critères à apprécier pour chaque région. Ce cadre référentiel fournit une vision commune de ce que chaque région doit être en mesure de faire pour pouvoir utiliser efficacement les programmes G2G. L'année 2018 a été marquée par le début de processus de passage de 4 régions médicales (Dakar, Ziguinchor, Thiès et Kaolack) de FAA à FARA. Les critères de performance utilisés lors de l'évaluation ont placé la région de Ziguinchor en tête.

XVI.1.3. COORDINATION ET GESTION

Les instances suivantes ont été mises en place avec une description claire de leurs rôles et responsabilités des membres :

a. Comité de Pilotage

Le pilotage du FD se fait à travers le comité de pilotage du Programme Santé USAID créé au sein du Ministère de la Santé et de l'Action sociale.

Ce Comité est présidé par le Secrétaire général du MSAS et composé des représentants des différentes directions et services du MSAS, des partenaires techniques et financiers (OMS, USAID), des représentants de la société civile, d'un représentant de l'Alliance du Secteur privé de la Santé ; du représentant de l'Union nationale des Mutuelles de Santé, des Chefs d'Équipe des composantes du Programme Santé de l'USAID et des Médecins-Chefs de Région.

Le comité de pilotage a pour mission de veiller à la conformité des interventions des composantes du Programme Santé de l'USAID avec les orientations stratégiques et les priorités définies par le ministère et d'assurer le suivi de la mise en œuvre du dit programme. Il assure ainsi le suivi de la mise en œuvre du financement direct. Il se réunit deux fois par an.

b. Secrétariat Technique

Pour exécuter les décisions du comité de pilotage ; il est créé un secrétariat technique sous la coordination du DPRS avec comme rapporteur le DAGE du MSAS. Le secrétariat technique est chargé d'apporter un appui technique aux bénéficiaires lors du processus de planification, de faire le suivi technique de la mise en œuvre des plans validés, de veiller à la qualité des livrables, et de préparer les réunions du comité de pilotage

c. Comité Régional de Validation (CRV)

Il est mis en place par arrêté du Gouverneur et est chargé de vérifier l'atteinte des Milestones. Le CRV est présidé par le gouverneur de région et compte d'autres membres représentant : la Société Civile, l'agence régionale de développement, la région médicale, le contrôleur régional des Finances les agences d'exécution du Programme et les bureaux régionaux, ont été décrits. Le CRV se réunit chaque trimestre après réception de la demande de paiement soumise par le MCR qui a une voix consultative dans les instances du CRV. Les tenues régulières des réunions des CRV ont été des occasions de partage de l'évolution de la mise en œuvre des activités et des difficultés rencontrées.

d. Comité Interne de Suivi du Financement Direct

Le comité interne de suivi est présidé par le Chef d'Équipe de RSS+. Il est composé de l'adjoint au chef d'équipe chargé de l'administration et des finances, du Conseiller chargé du FD, du Comptable denier des Subventions à coûts fixes, des sous-contractants de la composante RSS+ et des chefs d'équipes régionales de RSS+. Le comité se réunit trimestriellement. Il a pour rôles essentiels :

- d'examiner systématiquement les rapports des régions annexés aux demandes de paiement ou de tout autre rapport lié au FD et feed-back à soumettre au Représentant de la Composante RSS+;
- de suivre la progression vers la réalisation des milestones objet des Lettres d'exécution ;
- de surveiller le processus de règlement des demandes de paiements et analyser les taux d'absorption des ressources du financement direct ;
- d'identifier à temps les goulots d'étranglement et formuler des recommandations pour améliorer la gestion du FD ;
- de piloter la réalisation de la documentation du processus.

XVI.1.4. FINANCEMENT

Le Financement direct est exclusivement financé par l'USAID à travers ses agences d'exécution.

Le rapport de 2019 a montré une performance financière faible car les régions médicales n'ont pas pu mobiliser les ressources prévues. Le taux d'exécution global du budget est d'environ 63% variant entre 45% pour la région de Fatick et 77% pour la région de Ziguinchor. La grève des syndicats de la santé survenue en 2018 a beaucoup contribué à cette contre-performance. En effet, cette grève a entraîné l'invalidation de beaucoup de Milestone.

La composante RSS+, en accord avec l'USAID, a permis aux régions d'utiliser les fonds non mobilisés en 2018. C'est ainsi que les régions ont signé un mémorandum d'entente avec RSS+ pour l'utilisation de ces fonds, soit 69 580 000 F CFA pour Kaolack, 66 350 000 F CFA pour Fatick, 89 700 000 FCFA pour

Dakar, 67 200 000 FCFA pour Thiès, 33.500.000 pour Louga et 27.713.968 FCFA pour Ziguinchor. Ces reliquats ont été exécutés à 94% à la fin du mois de Juin 2019.

XVI.2. IMPACT DU FINANCEMENT DIRECT

XVI.2.1. SUR LA GOUVERNANCE

La mise en œuvre du FD a eu quelques effets positifs sur la gouvernance.

- La gestion financière est améliorée au niveau des régions bénéficiaires du FD à travers plusieurs interventions dont le renforcement de capacités des gestionnaires en passation des marchés pour leur permettre de s'adapter aux procédures d'acquisition des biens et services. Par ailleurs, les missions de supervision conjointe DAGE/ Inspection interne du MSAS s'intéressent à la gestion financière et aux procédures de passation de marchés.
- L'instauration de contrôle interne dans les régions a permis de déterminer les risques dans la gestion financière et formuler des recommandations de mitigation surtout en 2018 avec la grève des syndicats de santé.
- L'amélioration de la transparence et la redevabilité dans la gestion du FD s'est traduite par la production régulière de rapports techniques et financiers et l'organisation de revue trimestrielle. Par ailleurs des progrès sont réalisés dans l'amélioration du dispositif de gestion financière et comptable avec le déploiement au niveau des RM bénéficiaires de la version Web du logiciel Tom2pro qui a permis l'interconnexion entre la DAGE et Les RM pour traçabilité des opérations financières aux niveaux des régions bénéficiaires. L'interconnexion entre les régions bénéficiaires et la DAGE a contribué à l'amélioration de la remontée des données et la traçabilité des opérations financières. Il faut également noté la mise à disposition d'un comptable professionnel dans les RM bénéficiaires
- La répartition des ressources financières prend en compte les critères d'équité. Cette répartition est en effet basée sur le poids démographique et le nombre de structures sanitaires. L'insularité de certaines localités (exemple de région de Fatick) est aussi prise en compte dans les critères.
- La régularité de la tenue des instances de gestion et de contrôle a participé à l'information des autorités administratives, des élus, de la société civile sur les performances des structures de santé de leur région.

XVI.2.2. PERFORMANCES

a. Réalisations

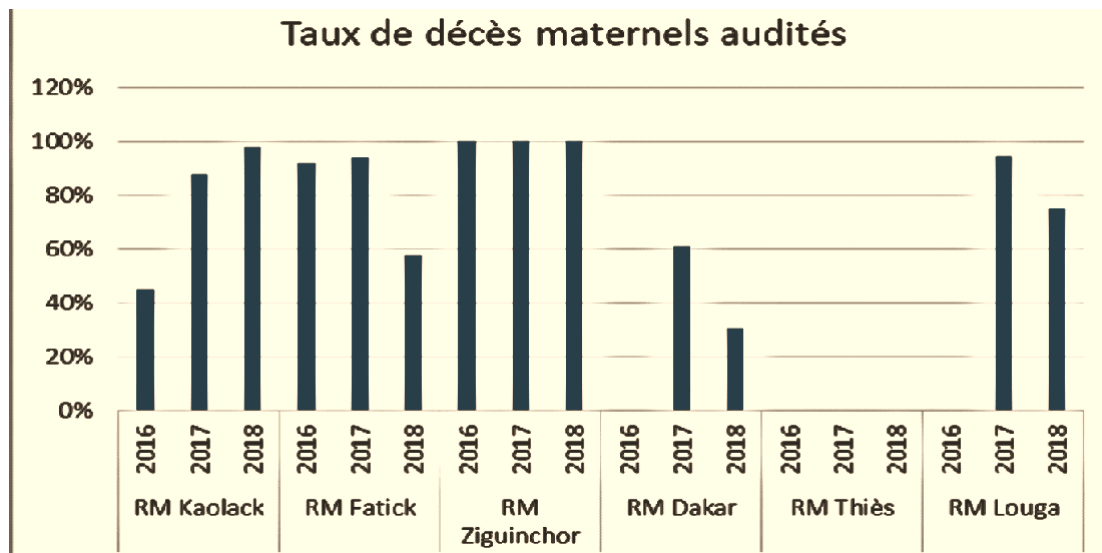
- Des améliorations dans l'environnement de travail avec un renforcement du plateau technique :
 - Aménagement/ agrandissement de services de néonatalogie pour renforcer les prestations des services SRMNIA
 - Renforcement de l'équipement des blocs opératoires
- La qualité des prestations en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant s'est amélioré au niveau des structures sanitaires par le renforcement de l'équipement des services de maternité et de pédiatrie : tables d'accouchements, des boîtes d'accouchement, des pèse-bébés, des lits d'hospitalisation, des autoclaves, des tables de consultation, des chariots, des minuteurs, des tables chauffantes et lampes chauffantes, des fichiers PF, des kits d'insertion/retrait de DIU, des kits d'insertion/retrait de jabelle, des armoires de rangement, des tensiomètres, etc.
- Renforcement de la logistique pour améliorer les performances en supervision : véhicules de supervision et motos

b. Evolution des indicateurs

Les indicateurs SRMNIA monitorés ont globalement bien évolué entre 2016 et 2017 avant de régresser en 2018. Cette situation s'explique par le mouvement d'humeur du personnel de santé qui a entraîné le boycott des stratégies avancées intégrées. Ainsi, peu de résultats ont été enregistrés.

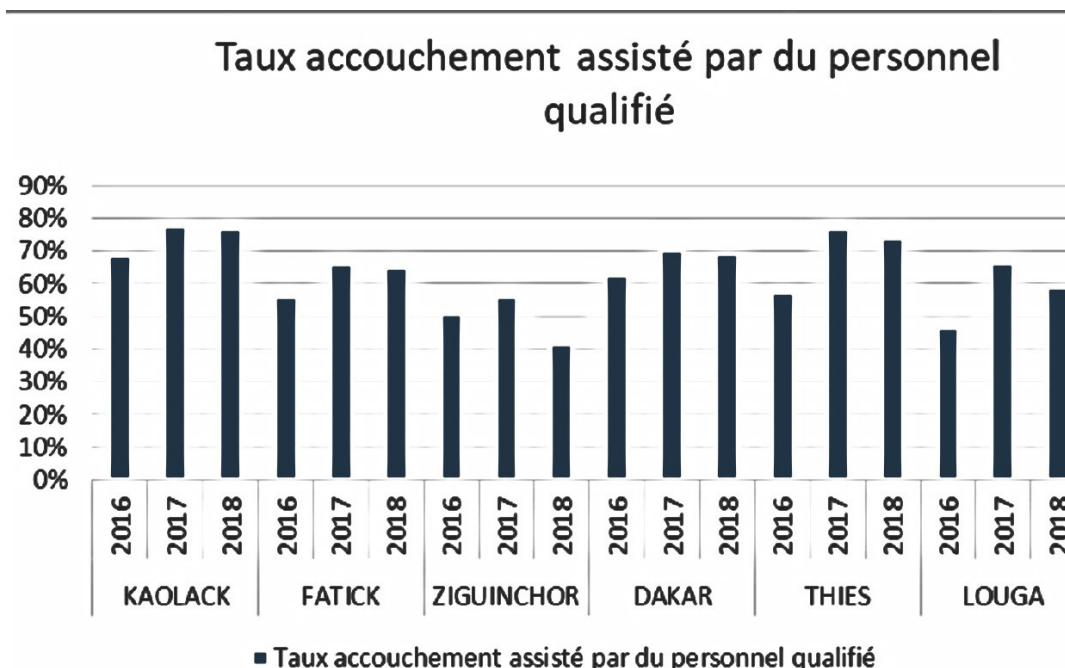
L'évolution de quelques indicateurs est illustrée dans les graphiques suivants :

Graphique 4 : Taux de décès maternels audités



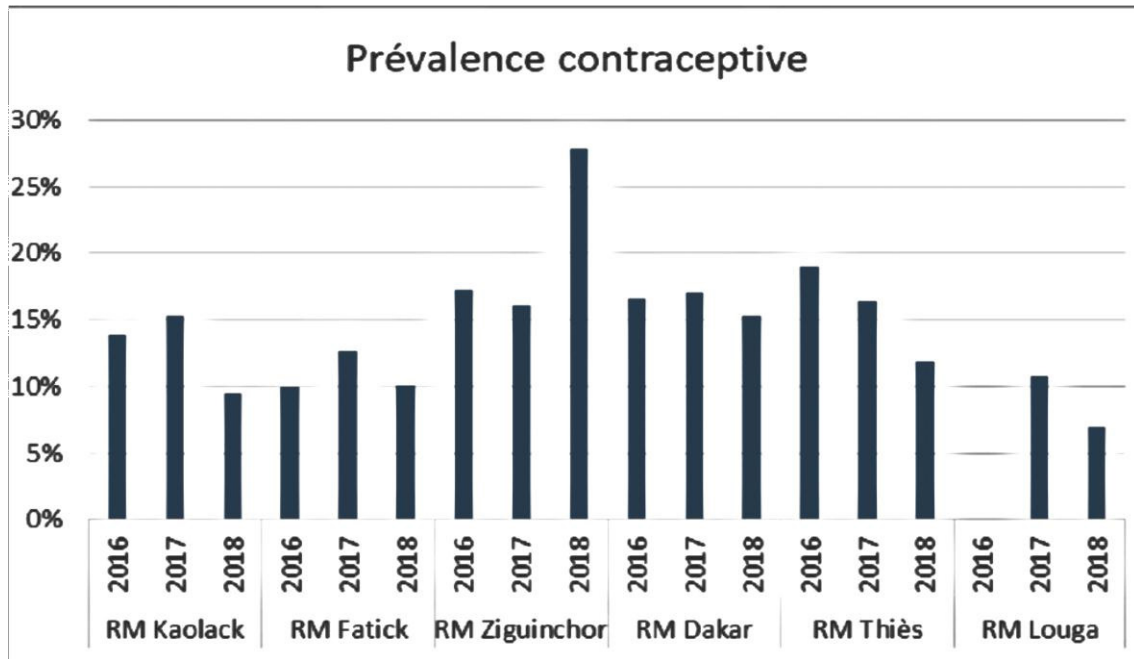
Source : rapport annuel programme RSS+

Graphique 5 : Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié



Source : rapport annuel programme RSS+

Graphique 6 : Prévalence contraceptive



Source : rapport annuel 2019 programme RSS+

Le tableau ci-après donne un aperçu sur certains indicateurs en 2019. Des avancées ont été notées mais des efforts sont encore à faire. Certains sont globalement en deçà des attentes surtout ceux en rapport avec l'accouchement (par un personnel qualifié et dans les structures) et ceux en rapport avec la planification. La sécurisation des produits SRSMNE reste encore un défi en 2019.

Tableau 2 : Suivi des indicateurs SRMNIA, Données FD 2019

Indicateurs	RM DAKAR		RM THIES		RM KAOLACK		RM FATICK		RM LOUGA	
	Cibles 2019	Résultats T3	Cibles 2019	Résultats T3	Cibles 2019	Résultats T3	Cibles 2019	Résultats T3	Cibles 2019	Résultats T3
SRMNIA										
Taux accouchement assisté par du personnel qualifié	75%	60%	62%	82%	77%	87%	69%	72%	70%	57%
Nombre d'accouchement réalisés dans les structures de santé	100 771	84 618	60 311	47 023	31 400	26 109	23 184	16 872	29000	22 167
Nombre de femmes enceintes protégées par le TPI3	53 583	52 206	32 664	28 855	21 210	23 863	15 210	13 207	22237	16 366
Taux de décès maternels audités	80%	40%	100%	94%	95%	100%	100%	46%	100%	100%
Nombre d'enfants de moins de cinq ans qui ont reçu une supplémentation de Vit A	216771	265538	305 749	278 555	71 100	79 614	142 391	15 276	80 172	38 776
Proportion d'enfants âgés de 0-11 mois complétement vaccinés	80%	82%	90%	111,31%	82,00%	100,00%	73,00%	115,00 %	90,00%	79,90%
Nombre de MILDA distribués		2030839	623 827	1174021	40 361	41 456	23 255	19 312	40 000	29 366
% structures ayant enregistré une rupture de stocks d'au moins d'un produit de la liste des produits SRSMNE	0%	54%	50%	70%	0%	0%	0%	0%	50%	60%
Planification Familiale										
Nombre de femmes sous méthode de planification familiale (nombre d'actives)	162578	144204	84 047	73 847	40 671	36 524	27 487	24 409	30 000	21 397
Nombre de nouvelles acceptantes des services de planification familiale	45160	51895	27 823	21 065	20 100	17 576	11 021	9 309	17 000	10 770
Prévalence contraceptive	18%	16%	16%	14%	15%	13%	14%	12%	12%	13%
% structures ayant enregistré une rupture de stocks d'au moins d'un produit contraceptif	0%	28,50%	50%	34,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,00%	20,00%

Sources données rapport sur le FD

XVI.2.3. PRATIQUES ET COMPORTEMENTS

La mise en œuvre du FD a apporté quelques changements dans les pratiques des prestataires. En effet, les prestataires prennent plus d'initiatives dans le but d'améliorer leur performance. Ces initiatives sont en rapport avec :

- L'amélioration de l'environnement de travail avec i) un renforcement du plateau technique (achat de matériel médical pour les salles d'accouchements et les salles de consultation) ; ii) un aménagement de salle d'attente et espace vert ; iii) l'amélioration de la tenue des dossiers des malades ;
- Le renforcement des stratégies mobiles intégrées pour atteindre les cibles
- Amélioration de la transmission des données avec une saisie primaire des données au niveau PS pour améliorer la remontée des données.

XVI.3. ANALYSE DE LA PERCEPTION DES ACTEURS

Le FD est perçu comme un mécanisme permettant d'améliorer la qualité et les conditions de travail des structures de santé « (...) le FD nous a permis de renforcer la qualité des prestations avec les formations, il y a aussi les équipements, l'aménagement des locaux, il faut voir la maternité... » selon un prestataire.

Dans les entretiens, il est apparu que le FD se focalise trop sur le préventif au détriment du curatif « La plupart des fonds vont plus aux districts parce qu'ils s'occupent de la prévention avec le paludisme, ce serait bien d'avoir un autre programme pour améliorer la gestion des urgences, les évacuations et les blocs opératoires » selon un informateur. « Depuis que je suis le point focal du financement direct, la plupart des montants vont au préventif. On a tendance à oublier le curatif, et le curatif est très important et coûteux... » dit un autre informateur.

XVI.4. DIFFICULTÉS

Leur finalité du FD étant le renforcement des capacités des RM et DS, de contribuer à la prévention et à l'amélioration de leur état de santé de la mère, ainsi que celui de l'enfant. Si les stratégies de gouvernance et de gestion mises en place sont efficaces, elles devraient assurer une disponibilité suffisante des ressources fournies en temps opportun (ou non) et la qualité des services offerts.

Cependant, les constats qui se dégagent à l'issue de cette étude permettent de relever et mettre en évidence plusieurs contraintes et gaps liés à la mise en œuvre du financement direct :

- La plus grande contrainte dans la mise en œuvre a été la grève des syndicats de la santé en 2018 entraînant le boycott des activités. Elle a eu comme conséquence la non-réalisation de certaines d'activités : les formations, les supervisions, les Stratégies Avancées Intégrées, les réunions de coordination non atteintes des livrables et le faible niveau des taux de mobilisation des ressources et d'exécution du budget dans les régions.
- La validation des milestones étant tributaire de la disponibilité et de la saisie des données sanitaires dans le DHIS2 par les prestataires. En effet, toute perturbation enregistrée dans le système de santé impacte négativement sur les performances.
- Le non-remboursement des préfinancements effectués par certains centres de responsabilité du fait de la non atteinte des milestones, constitue une difficulté majeure.
- Les lenteurs dans la remontée des pièces justificatives (districts vers RM) et de leur archivage : la transmission des documents comptables entre les districts et la RM d'une part et la transmission vers la DAGE d'autre part.
- La lourdeur dans le processus de remboursement avec la multiplicité des étapes de validation en interne au niveau de l'USAID

- Les lenteurs dans le traitement des dossiers entre l'USAID, le Ministère des Finances et la DAGE du MSAS

XVII. LE MÉCANISME D'ACHAT DE PERFORMANCES

Le Mécanisme d'Achat de Performances (MAP) a été mis en œuvre dans le cadre du Projet Santé de Base de coopération luxembourgeoise (PSB SEN/027). Le projet s'est appuyé sur un mécanisme d'achat des performances (MAP) pour stimuler et promouvoir la planification et la gestion axées sur les résultats dans ses régions d'interventions.

Le MAP est un dispositif d'incitations à la performance pour les équipes de management des districts et des régions. Il a été introduit en 2016 dans les régions d'intervention du projet SEN/027 : Saint-Louis, Louga et Matam.

La mise en place de ce dispositif d'achat de performances est intervenue dans un environnement propice avec la mise en œuvre par le MSAS depuis 2012 de l'approche FBR. Il est ainsi calqué sur l'approche FBR à la différence que le MAP s'est limité aux équipes cadres de régions et de districts et ne prend pas en compte les structures de santé.

XVII.1. DISPOSITIF DE MISE EN OEUVRE

L'objectif du MAP est d'améliorer les performances des gestionnaires des entités administratives des régions médicales et districts sanitaires des zones de concentration du PSB SEN/027 à travers le renforcement des fonctions régaliennes et la motivation des équipes-cadre.

XVII.1.1. PARTIES PRENANTES

Les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du MAP sont :

- **Le MSAS** à travers
 - **DPRS** : assure la coordination des interventions du MAP. Elle s'assure de l'effectivité de la mise en œuvre conformément au protocole d'engagements. Elle assure avec la DAGE et le partenaire la vérification trimestrielle des résultats.
 - **DAGE** est l'organe d'exécution financière nationale. Elle accompagne le bailleur dans l'exécution des engagements et les stratégies qui concourent à une meilleure mise en œuvre d'un commun accord avec LUXDEV. Elle participe à la vérification pour les aspects financiers et comptables
- **Ministère en charge des finances** veille au respect des principes directeurs qui sont tracés dans la législation du partenariat entre le Gouvernement et le Luxembourg
- **LUXDEV** est le principal contributeur financier du programme MAP.
- **ECR** : veille à l'exécution du MAP au niveau régional. Elle assure le suivi de la mise en œuvre du MAP.
- **ECD** : assurer le suivi de l'exécution du MAP au niveau District sous le patronage de l'ECR, organiser des réunions de coordination pour évaluer le niveau d'exécution des activités.
- **Cabinet de consultance** : Appuie la DPRS dans la formation des équipes cadres et le suivi des interventions du MAP. Il est chargé de la contre vérification

XVII.1.2. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE

Le MAP prône une approche systémique et tient compte des interventions mises en œuvre dans le système de santé. Son fonctionnement est en cohérence et en complémentarité avec celui de l'approche de Financement basé sur les Résultats mis en œuvre par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale depuis 2012.

a. Négociation des contrats

Les contrats de performances font l'objet de négociation entre les parties contractantes. Il s'agit du partage du contenu des contrats pour une bonne compréhension des termes du contrat. La DPRS est l'acheteur et signe les contrats avec les ECR qui signent à leurs tours des contrats avec les ECD.

Les indicateurs objets de contrat sont en rapport avec les fonctions de coordination, de suivi et de gestion des ressources (équipement, personnel, finances). La qualité dans la mise en œuvre des interventions est mesurée à partir d'une check-list. Pour chaque bénéficiaire (ECR et ECD), les cibles portant sur les différents indicateurs sélectionnés sont calculées à partir des références de base selon des règles prédéfinies.

Il a été procédé à la signature de 3 contrats d'ECR et 17 contrats d'ECD dans les 3 régions des contrats de performance.

b. Transmission des informations et Suivi

Le suivi du MAP repose sur un processus de collecte et de monitoring des données relatives à la mise en œuvre pour s'assurer que le MAP évolue tel que prévu.

Les rapports trimestriels des ECD sont envoyés à l'ECR qui élabore son rapport et envoie les deux rapports au niveau central. Les rapports de performances trimestriels en rapport le MAP ont été transmis à la DPRS accompagnés des demandes de paiement.

Le suivi est assuré par des missions de supervisions et les revues semestrielles inter-régions. Cependant, les revues inter-régions sur le MAP n'ont pas été effectives.

c. Contrôle des Résultats

Le contrôle des résultats est déclenché après la réception des rapports par la DPRS. La vérification s'assure que les activités mentionnées dans les rapports de performance ont été effectivement exécutées et que les soins sont de qualité. Il s'agit de :

- La vérification des données quantitatives sur la base de l'analyse de divers documents : rapports, registres, cahiers de supervision.
- La vérification des données qualitatives s'appuie sur check-list qualité. La DPRS et la DAGE sont chargées de la vérification auprès des ECR et ECD.

Trois missions de vérifications ont été réalisées par l'équipe de la DPRS.

Le démarrage de la mise en œuvre du MAP étant effectif à partir de juillet 2016, seules trois missions de vérification ont pu être effectuées par l'équipe du niveau central. Elles ont



Séance de vérification des données dans le DS de KOKI / Région de Louga

été suivies de trois missions de contre vérification faites par un organisme externe. La première vérification était relative aux données du troisième trimestre de 2016, la mission est relative aux données du quatrième trimestre 2016 et la troisième vérification était relative aux données du premier trimestre de l'année 2017. Les séances de feedback après vérification des données ont été aussi des instances d'échanges très appréciées par les ECD. « *les feedbacks nous ont beaucoup aidé, nous avons pris pour des supervisions* » selon un informateur.

d. Paiement

Des primes sont octroyées aux équipes cadres de région et aux équipes cadres de district (ECD) en fonction de leurs résultats en guise de motivations du personnel et d'appui au fonctionnement des structures de gestion. Cependant, les paiements aux bénéficiaires ont accusé beaucoup de retards. Cette situation est relative aux difficultés du bailleur à mobiliser les fonds.

XVII.1.3. COORDINATION ET GESTION

Dans un souci d'harmonisation par le niveau central de la coordination des différents mécanismes d'achat de performance, le pilotage du MAP est confié au comité de pilotage du FBR. Il avait alors un rôle normatif et régulateur de la mise en œuvre du MAP.

La gestion technique est confiée à un comité composé de la DPRS (qui en assure la coordination), des représentants de la DAGE, de la DGS, des conseillers du projet PSB SEN/O27, du partenaire technique et Financier partie prenante. Ce comité a en charge la coordination de la mise en œuvre, du suivi et l'évaluation du MAP. Il a aussi eu un rôle d'encadrement des ECR et ECD. Le Comité Technique se réunira au moins une fois par trimestre au sein de la DPRS.

XVII.1.4. FINANCEMENT

Le financement est à la charge de Lux Dev La mobilisation des ressources dédiées au paiement des primes a été très difficile.

XVII.2. IMPACT DU MECANISME D'ACHATS DE PERFORMANCES

XVII.2.1. GOUVERNANCE

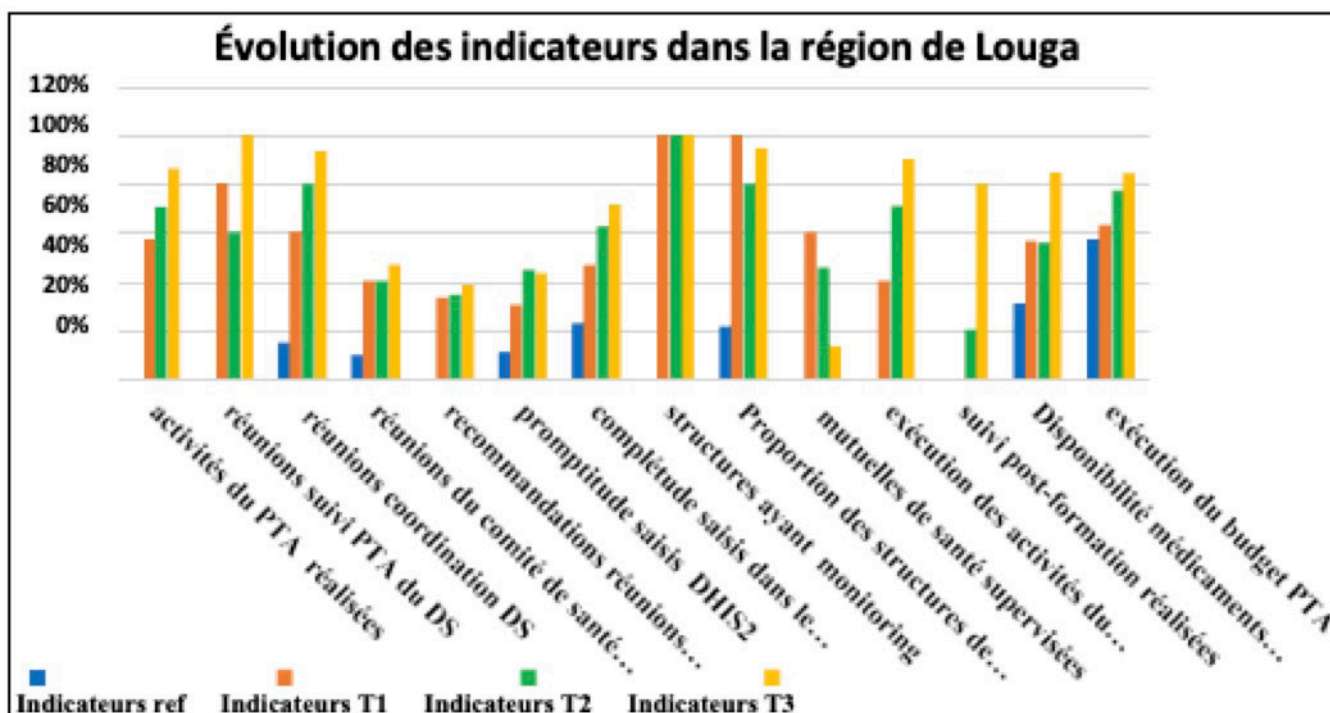
Les ECD et ECR étant les bénéficiaires du MAP, il est attendu un renforcement de leurs capacités de management et une amélioration de la gouvernance au niveau locale. Les effets suivants ont été constatés dans une période courte de mise en œuvre. Les activités du MAP ont, en effet, cessé au bout de trois trimestres de mise en œuvre.

- a. La recherche de performance a contribué à l'utilisation correcte du DHIS2 et au suivi régulier des activités des postes de santé dans les zones de responsabilité des bénéficiaires.
- b. Les capacités de gestion et d'organisation des ECR et ECD se sont renforcées
 - amélioration de la gestion des ressources humaines (élaboration de fiches de postes, confection de dossier de personnel)
 - archivage des dossiers et des rapports
 - mise à jour des pièces comptables, rapprochement bancaire, ...

XVII.2.2. PERFORMANCES

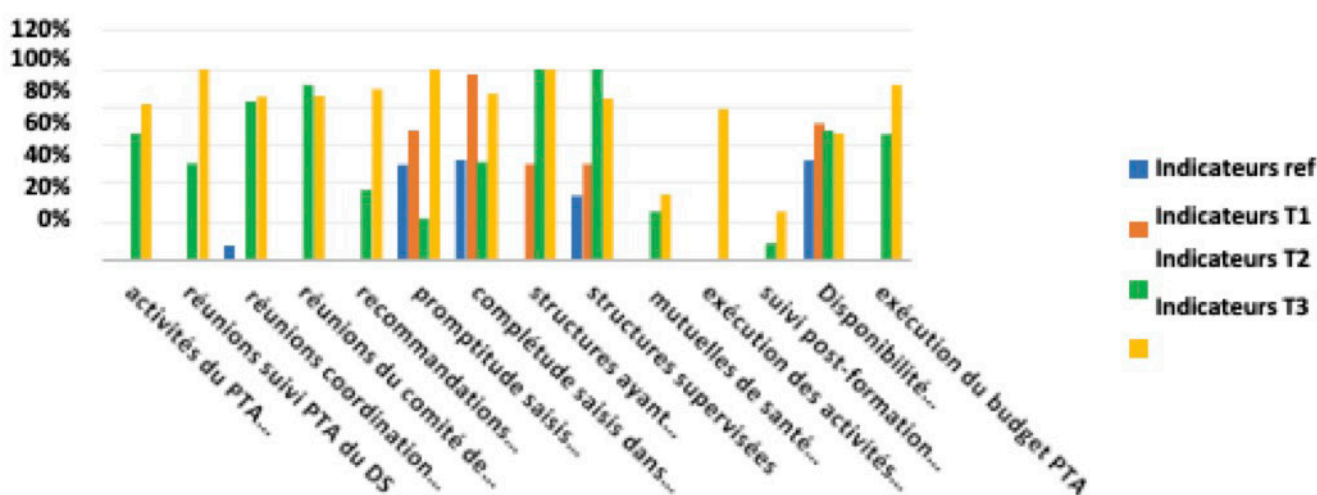
L'évolution des indicateurs au cours des trois trimestres de mise en œuvre du MAP est illustrée dans les graphiques ci-dessous.

Graphique 7 : Evolution des indicateurs de la région de Louga

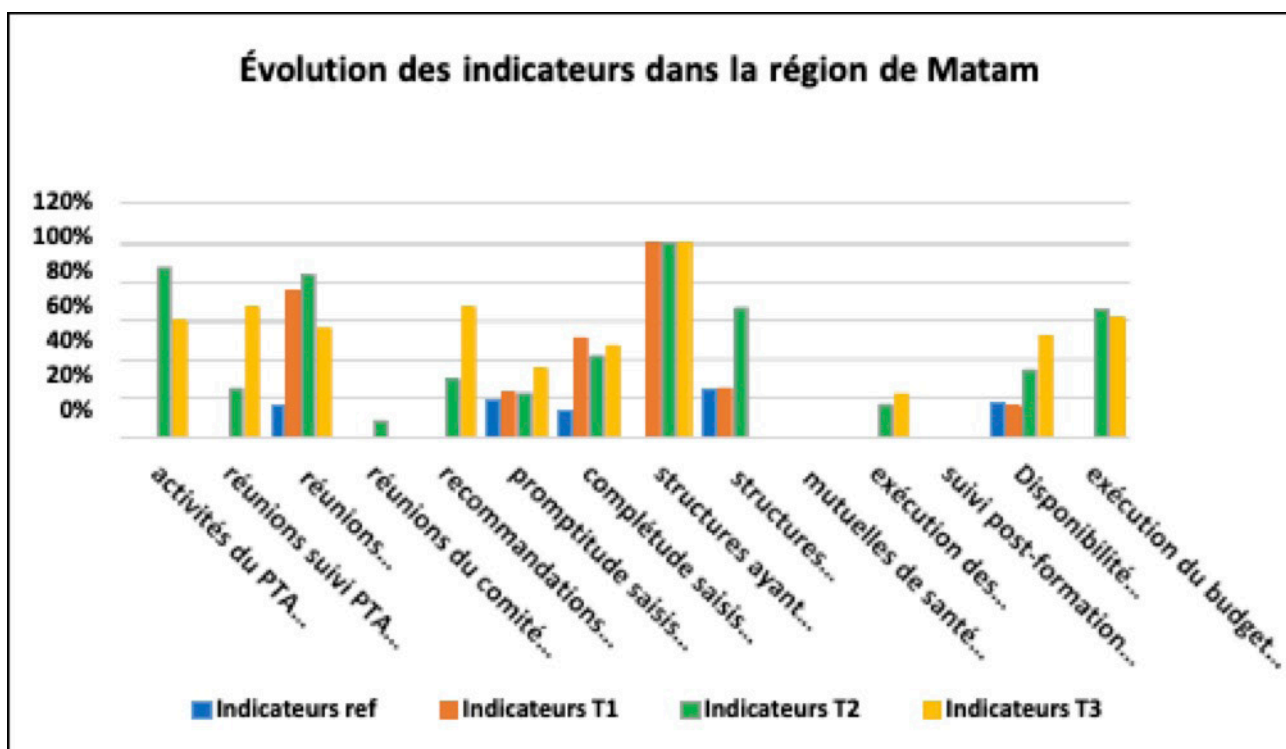


Graphique 8 : Evolution des indicateurs de la région de Saint-Louis

Évolution des indicateurs dans la région de Saint-Louis



Source rapport documentation MAP

Graphique 9 : Evolution des indicateurs de la région de Matam

Source rapport documentation MAP

Le temps relativement court (trois trimestres) de la mise en œuvre du MAP ne permet pas une analyse profonde des indicateurs. L'appréciation est faite et basée sur une tendance d'évolution. Il a été noté dans les régions d'intervention du MAP, une évolution globalement bonne des indicateurs par rapport à la période de référence.

XVII.2.3. PRATIQUES ET COMPORTEMENTS

Au bout de trois trimestres d'exécution du MAP, il a été noté :

- l'engagement des bénéficiaires à mieux organiser le travail (systématisation des réunions de coordination, mise aux normes du dépôt de médicament)
- des efforts ont été faits dans la gestion du personnel avec l'élaboration de fiches de poste, de dossiers du personnel, etc.
- le suivi de la gestion financière s'est beaucoup amélioré avec la mise en œuvre du MAP : mise à jour des pièces comptables, rapprochement bancaire, etc.
- un sentiment développé de responsabilité de la part des ECR et ECD
- Le MAP a permis d'améliorer la tenue des supervisions, jadis déficitaires ou absentes dans la durée dans certaines zones.

XVII.3. LES PERCEPTIONS DES ACTEURS

Les personnes enquêtées ont fait part de leurs perceptions sur la mise en œuvre du MAP.

Ainsi, la plupart d'entre eux trouvent que le MAP a contribué à renforcer leurs capacités de management « le MAP nous a renoué avec les réunions de coordination... J'avoue qu'avant elles n'étaient pas régulières », selon un informateur clé.

Les propos recueillis chez certains enquêtés illustrent leur regret de l'arrêt de la mise en œuvre du MAP.

« Je ne sais pas pourquoi on a arrêté la mise en œuvre, on commence quelque chose de bon et on l'arrête alors que c'était bien pour nous. Les supervisions qu'opérait le niveau central pour le suivi des activités des Districts sanitaires sont dans une léthargie notoire ».

Cependant, des acteurs interrogés considèrent le MAP comme un succès, un mécanisme qui aide les équipes de management des régions et des districts à s'améliorer.

« Nous avons compris que l'objectif du MAP était de nous aider à améliorer ce que nous devons faire, c'était vraiment un succès, c'est dommage » selon un informateur. Un autre dira « on avait des taux élevés de disponibilité de médicaments de ceci parce ce qu'on monitorait tout et qu'il y avait des ruptures on demande c'est dû à quoi, et comment faire pour pallier cela, quelque chose comme ça ».

Les informations obtenues lors des interviews montrent que les performances assignées ont encouragé une détermination des bénéficiaires fondée sur l'honneur individuel et la crédibilité. Les propos de cette personne le confirment « le MAPa permis quand même le changement de comportement de beaucoup en tout cas de personnes pour quand même essayer de réaliser les activités qui y sont inscrites dans le contrat »

Certains acteurs clés interrogés déplorent la non-implication des centres de santé et des postes de santé dans le MAP. Le mécanisme d'achat de performance exige l'élaboration de rapports périodiques qui font état du niveau de performance des structures de santé. Ce qui fait dire à ce membre d'ECD « il était de notre prérogative d'appeler et de mettre la pression aux ICP pour qu'ils envoient leurs rapports (...) des retards ont été notés dans la transmission des données..., pour que les données soient rendues disponibles à la période convenue, il faut qu'ils soient motivés ».

XVII.4. DIFFICULTES

Quelques difficultés dans la mise en œuvre du MAP ont été notées soulevées. Il s'agit principalement de :

- La non-intégration du MAP dans la plateforme de coordination et de gestion du FBR. En effet, le pilotage du MAP n'a pas été effectif au sein de l'instance. Néanmoins, la DPRS a assuré cette mission en collaboration avec le partenaire d'appui.
- Le retard important dans le paiement des primes de performance a été dénoncé par tous les acteurs. Ce retard est imputé à la difficulté pour le bailleur de mobiliser les fonds alloués au MAP. Les bénéficiaires ont perçu leurs primes bien après la fin de l'intervention.
- la non-teneur des revues prévues dans le manuel de procédures et la mobilité des ECR/ ECD qui n'ont pas facilité une bonne capitalisation des acquis.

XVIII. LE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DEMOYENS

L'introduction du Projet d'Établissement (PE) dans le fonctionnement des hôpitaux a constitué une innovation majeure de cette Réforme hospitalière. Mais, malgré les importants fonds alloués aux EPS, la gestion administrative, financière et comptable a été décriée aussi bien par le personnel que par les usagers.

Le CPOM est un engagement entre les pouvoirs publics et les EPS dans le but de les rendre plus performants afin de répondre aux attentes des populations, des usagers et du personnel.

L'objectif du CPOM est de Contribuer à la mise en œuvre des orientations prioritaires du projet d'établissement : l'accès aux soins, l'amélioration de la qualité des services et le renforcement de la gestion.

XVIII.1. LE DISPOSITIF DU CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFSET DE MOYENS

XVIII.1.1. PARTIES PRENANTES

Ce mécanisme a vu l'implication des acteurs suivants :

- **Le Ministre de la santé** : participe à la signature des contrats entre les parties prenantes et à travers ses services veille à la bonne exécution des CPOM
 - **Le Ministère des finances** est le principal garant de la gestion financière du programme CPOM. C'est l'instance qui collecte les recettes, veille sur les demandes essentielles émises par les hôpitaux et établissements de santé. Parallèlement, il est l'instance qui procède à la validation et à la mise à disposition des fonds dédiés aux établissements publics de santé.
 - **la DAGE** assure la programmation budgétaire du CPOM en collaboration avec la direction générale des établissements de santé.
- **La Direction générale des Établissements de Santé** : assure le suivi de mise en œuvre des CPOM. Elle effectue avec des services du MSAS et le Ministère des finances des visites périodiques au niveau des EPS contractants afin d'évaluer les résultats en termes d'acquis, de difficultés et de trouver des solutions pertinentes pour une meilleure mise en œuvre du CPOM.
- **L'Établissement public de Santé** est le niveau où sont rendus effectifs la mise en œuvre du CPOM par le biais des prestataires de santé et d'un gestionnaire qui émet les demandes de transferts de fonds.

XVIII.1.2. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE

Pour bénéficier d'un CPOM il faut disposer d'un projet d'établissement validé ou en cours d'exécution.

La mise en œuvre des CPOM s'est déroulée en cinq (05) générations avant le démarrage de la phase de généralisation : première génération 2011-2013, deuxième génération 2014-2016, troisième génération 2015-2017, quatrième génération 2016-2018, cinquième génération 2017-2019

Les étapes suivantes sont ensuite à considérer le processus d'établissement et de mise en œuvre des CPOM

a. Réalisation du diagnostic partagé

L'état des lieux de la situation des établissements constitue la première étape dans l'élaboration du CPOM. Ainsi, le diagnostic effectué permet de faire une analyse globale des forces et des faiblesses de l'environnement externe, de l'environnement interne (cadre structural, organisation, les ressources, les capacités de gestion) de l'EPS.

b. Définition des priorités

Les activités prioritaires sont déterminées dans l'élaboration d'un plan d'actions. Le plan est accompagné d'un échéancier financier, d'un plan d'investissement et du cadre de suivi accompagnent.

c. Négociation du Contrat

Le contrat est établi pour une durée de 3 ans. Les signataires sont : le directeur de l'EPS, le ministre de la santé et le ministre chargé des Finances. Les engagements des différentes parties prenantes sont stipulés dans le contrat :

- L'EPS s'engage à atteindre les objectifs du contrat pluriannuel conformément aux dispositions fixées en matière de prestations de service, de gestion et d'organisation s'engage à réaliser les actions inscrites dans le plan d'action annexé au présent contrat.
- l'Etat s'engage à i) Contribuer à la prise en charge des investissements figurant dans le plan pluriannuel d'investissement et retenues prioritairement dans le CPOM, ii) doter l'Hôpital de ressources humaines qualifiées conformément aux dispositions du CPOM, iii) Contribuer au financement des actions retenues d'un commun accord dans le contrat selon les procédures réglementaires et suivant les échéanciers prévus.

Au total 25 contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens ont été signés entre 2011 et 2017 avec les EPS de : CHN de FANN ; CHN DANTEC, Idrissa POUYE (HOGIP 2fois), Hôpital d' Enfants Albert Royer, CHN Thiaroye, CH Abass Ndao, CHN Pikine, CNTS, Centre Nationale Appareillage et d'Orthopédie, SAMU ; EPS FAWZEYNI de Touba, CHR de Diourbel, CHR de Saint-Louis, CHR de Ourosogui, EPS 1 de Richard Toll, CHR de Ndioum, CHR de Thiès, CHR Louga, EPS1 de Linguère, CHR de Kaolack, CHR de Ziguinchor, CHR Kolda, CHR Tambacounda.

d. Suivi

Le suivi des CPOM est assuré par un comité composé de représentants des Directions du MSAS (DAGE, DIEM, DES) et d'un représentant du Ministère chargé des Finances. Le Ministère de la Santé assure le secrétariat de ce comité. Il se réunit au moins, une fois par trimestre ou à la demande expresse de l'une des deux parties. Dans tous les cas, une réunion se tiendra avant le début de la session budgétaire.

Le suivi est aussi effectué à travers des missions de supervisions et de suivi qui permettent d'identifier les difficultés survenues en cours d'exécution de faire des recommandations y afférentes.

L'état d'avancement de l'atteinte des objectifs est examiné à travers des rapports trimestriels d'étape établis par l'établissement. Ces rapports décrivent la situation des indicateurs retenus.

Un rapport semestriel sur l'état d'exécution du plan d'actions est transmis aux cocontractants

XVIII.1.3. COORDINATION ET GESTION

Il n'a pas été mis en place un cadre réglementaire formel de pilotage du CPOM. Néanmoins, sa mise en œuvre a été gérée par les parties prenantes suivantes :

Le Ministère de la Santé à travers i) la Direction Générale des Établissements de Santé par sa mission de gestion et promotion de la santé et ii) la DAGE qui assure la programmation budgétaire du CPOM en collaboration avec la direction générale des établissements de santé, iii) l'EPS où est mis en œuvre le CPOM par le biais des prestataires de santé et d'un gestionnaire qui émet les demandes de transferts de fonds.

Le ministère des finances est le principal garant de la gestion financière du programme CPOM. C'est l'instance qui collecte les recettes, veille sur les demandes essentielles émises par les hôpitaux et établissements de santé. Parallèlement, il est l'instance qui procède à la validation et à la mise à disposition des fonds dédiés aux EPS.

XVIII.1.4. FINANCEMENT

Il est assuré par l'Etat à travers le Ministère chargé des Finances. Le budget de fonctionnement est fixé, pour chacun des exercices couverts par le contrat, conformément au régime financier, aux dispositions applicables aux Établissements publics de Santé (EPS) et aux orientations et règles qui président à l'allocation des ressources.

Les propositions budgétaires présentées pour chaque exercice font apparaître : i) les dépenses nécessaires au fonctionnement courant de l'établissement ; ii) les moyens nécessaires à la mise en œuvre des opérations d'investissement à réaliser en application du présent contrat ainsi que leurs modalités de financement.

L'allocation budgétaire est faite dans la perspective d'une enveloppe pluriannuelle couvrant la durée du contrat et pouvant donner lieu à une modulation selon l'état d'avancement des opérations.

Les taux de financement des CPOM ont baissé de génération en génération⁶. A la première génération le taux de financement des CPOM pour 6 EPS était de 89,89%. Il était ensuite pour la deuxième génération de 49,64% pour cinq EPS concernés. Le taux de financement des quatre EPS de la troisième génération est de 29,05%. Pour la quatrième génération le taux est de 18,48% pour trois EPS.

XVIII.2. IMPACTS

XVIII.2.1. GOUVERNANCE

La mise en œuvre des CPOM a permis une redynamisation des cadres de concertations au sein des EPS. Parmi eux :

- Les cadres de concertation avec les partenaires sociaux
- Les réunions trimestrielles de coordination
- Les sessions ordinaires du conseil d'administration

La transmission et le partage des informations ont été renforcés. Outre le rapport de passation des marchés, les rapports d'activités tels que stipulés dans un plan de travail établi de manière consensuelle entre parties prenantes sont fournis de manière périodique aux directeurs des hôpitaux.

La gestion financière est améliorée : toutes les dépenses en termes d'équipement et de fonctionnement des EPS sont justifiées et les pièces archivées. En plus, un suivi rigoureux et judicieux est assuré par le comité de gestion.

XVIII.2.2. PERFORMANCES

a. Réalisations

Il est noté une bonne appropriation du CPOM par les services administratifs des EPS qui s'impliquent beaucoup dans la réalisation des objectifs des CPOM

Les EPS ont réalisé d'importants investissements dans l'optique d'améliorer les conditions de travail des prestataires. Ces investissements sont relatifs à :

- L'amélioration du plateau technique par l'acquisition de matériels modernes :
 - Equipement en matériels moderne des blocs opératoires : tables d'opération, Scialytiques, respirateurs, instruments
 - Equipement/ aménagement des services : radiologie, laboratoire, cardiologie, la néonatalogie pôle mères enfant
- L'élargissement et la diversification de l'offre de soins de qualité à travers le renforcement du personnel médical, paramédical et administratif : contractualisation avec des spécialistes « *le niveau de recettes qui a augmenté, a permis à l'hôpital de contractualiser des spécialistes ce qui a également amélioré la qualité du service* » selon un informateur.

- L'acquisition de logistiques : ambulances, véhicules de liaison
- La réfection de locaux, l'aménagement d'espaces confortables d'attente au bénéfice des patients et accompagnants, le renforcement du parc automobiles

Les photos en ci-dessous illustrent quelques acquisitions

Respirateur d'anesthésie CHR Ziguinchor



Lampe Scialytique CHR Kaolack



Source : Evaluation réalisations CPOM

Ionogramme CRH Louga



Réfracto-Kératomètre CHN Touba



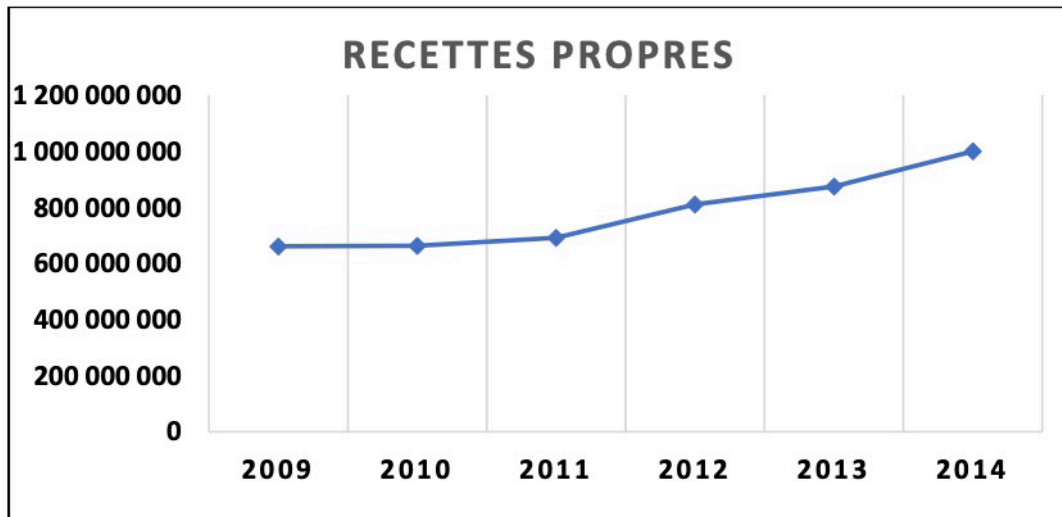
Source : Evaluation réalisations CPOM

b. Evolution des indicateurs

Il y a une bonne évolution du volume des activités et des recettes dans les EPS. L'amélioration de la capacité de prise en charge des EPS a entraîné une forte affluence des patients. Cette augmentation de la fréquentation est tributaire du redressement du plateau technique, et à l'implantation d'infrastructures adaptées.

Les réformes organisationnelles et la qualité des prestations sanitaires ont contribué favorablement à la survenue de moyens permettant de renforcer les EPS. Les recettes propres ont ainsi nettement augmenté. Certains EPS ont eu des augmentations de plus de 50% en trois ans. A Louga, par exemple, les recettes propres de l'hôpital ont progressé de 70,5% entre 2014 et 2016.

A l'hôpital national Matlaboul Fawzaïni, les ressources propres de l'hôpital national Matlaboul Fawzaïni de Touba ont augmenté de 23, 29% entre 2012 et 2014 passant de 661 139 029 en 2009 à 999 718 341 en 2014. (voir graphique)

Graphique 10 : Evolution des recettes propres à centre hospitalier National M FAWZAINI de Touba entre 2009 et 2014

Source : rapport CPOM CHNMF Touba

Il a été constaté aussi à l'hôpital national Matlaboul Fawzaïni de Touba, une hausse des activités de laboratoire de 2009 à 2014. La hausse est plus remarquable à partir de 2012 date à laquelle, le laboratoire a pu bénéficier de nouveaux équipements. (Voir tableau en dessous)

Tableau 3 : évolution des activités du centre hospitalier National M FAWZAINI de Touba entre 2009 et 2014

EXAMENS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hématologie	6748	6890	6868	19501	28204	38017
Biochimie	28479	29450	24890	19232	33219	36684
Bactériologie	3478	2284	2077	2403	2705	2685
Sérologie	6684	6929	9692	2946	12110	11303
Total	45389	45553	43527	44082	76238	88689

Source rapport évaluation

Les ressources propres de l'hôpital national Matlaboul Fawzaïni de Touba ont augmenté de 23, 29% entre 2012 et 2014 passant de 661 139 029 en 2009 à 999718 341 en 2014(voir graphique en dessous)

XVIII.2.3. PRATIQUES ET COMPORTEMENTS

L'augmentation des recettes hospitalières avec les CPOM a permis aux acteurs stratégiques de procéder à une démarche productive et efficace visant à recruter un personnel contractuel qualifié (ORL, Psychiatres, gynécologues par exemple) pour pallier la surcharge de travail

Pour réaliser des progrès vers l'atteinte des objectifs, des initiatives ont été prises dans certains EPS pour augmenter la fréquentation : amélioration de l'accueil, aménagement d'espaces confortables d'attente au bénéfice des patients et accompagnants et le cloisonnement des salles de consultation pour le respect de la confidentialité.

Il est noté aussi une bonne appropriation du CPOM par les services administratifs des EPS qui s'impliquent beaucoup dans la réalisation des objectifs des CPOM.

XVIII.2.4. PERCEPTIONS DES ACTEURS

Les entretiens avec les informateurs clés nous ont permis d'avoir leurs appréciations par rapport à la mise en œuvre des CPOM. Elles sont en rapport avec :

- **Le renforcement du plateau technique :**

Les acteurs pensent que la mise en œuvre des CPOM a amélioré le plateau technique des EPS *« vous le savez tous que les hôpitaux ont des plateaux techniques vétustes. Et, je me souviens bien, on était en 2014 ou 2015 avec un taux de vétusté de presque 83% ou 87%. Ce qui veut dire que le taux de vétusté était important. Mais pour que l'on puisse vraiment changer, relever nos plateaux techniques et aller vers un investissement nouveau c'est-à-dire, un investissement d'augmentation de capacité et de renouvellement, nous avons besoin de ces CPOM »* (Homme, directeur d'hôpital).

- **La fréquentation des EPS**

Le taux de fréquentation s'est nettement amélioré grâce aux efforts faits dans l'équipement des services entraînant ainsi une augmentation des recettes selon les enquêtés.

« On a une constante augmentation du taux de fréquentation. Le CPOM a amélioré l'environnement de travail, si on voit bien, il y a quand même une certaine augmentation dans l'utilisation des services. Surtout au niveau de la pédiatrie où je mène mes prestations » (un prestataire)

« Il y a eu une hausse très rapide de ces niveaux de recettes. Un hôpital qui était un peu avant CPOM à un peu moins de 30 millions de recettes mensuelles, peut aller maintenant à presque 70 à 80 millions de recettes mensuelles »

- **Le Renforcement en ressources humaines**

La mise en œuvre des CPOM a participé à l'élargissement et la diversification de l'offre de soins de qualité à travers le renforcement du personnel médical, para médical et administratif, le relèvement du plateau technique médical par du matériel moderne : *« on peut montrer les réalisations au niveau des services, au niveau du bloc opératoire, au niveau du SAU, entre autres et au niveau du pôle mère-enfant. Et ce sont sur ces fonds que nous avons pu bâtir le service du pôle mère-enfant. Et c'est de visu, voilà donc et c'est grâce aux CPOM »* a mentionné un responsable administratif

- **La communication sur les CPOM**

Certains acteurs, parties prenantes à un niveau stratégique, déplorent l'insuffisance dans le partage des informations sur MAP entre parties prenantes.

« Nous ne sommes pas tous au même niveau d'informations par rapport au déroulement des activités du CPOM, la gestion est inclusive, nous ne recevons pas de rapports sur la gestion financière »

XVIII.3. DIFFICULTES

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du CPOM sont relatives à ce qui suit :

- Il a été noté des difficultés dans la gouvernance des CPOM. Il n'a pas été mis en place un cadre de pilotage du CPOM. Il n'y a pas non plus de cadre de suivi formel de l'évolution de la mise en œuvre.
- Il est ressorti des entretiens effectués que les différentes parties prenantes au niveau central ne sont pas au même niveau d'informations.
- Les financements accordés aux EPS1 de Linguère et de Richard Toll après signatures de contrats ont été notifiés par l'Etat en 2017 mais n'ont jamais été mobilisés ;
- La mise à disposition tardive des fonds a été déplorée par le niveau central et les EPS ;
- Les lenteurs dans les procédures de passation des marchés ;
- La durée du contrat n'est pas respectée par les EPS ;
- Le non-respect de l'échéancier de financement dans le transfert des fonds ;
- La priorisation initiale est parfois remise en question et la modification de la planification au niveau des EPS se fait sans concertation avec la tutelle
- La survenue de la pandémie à coronavirus a entraîné une rupture d'allocation de fonds dédiés au fonctionnement des EPS. Les conventions et politiques de santé en faveur des CPOM sont actuellement dans une léthargie.



TROISIEME PARTIE PROPOSITIONE DE MECANISME D'ACHATSSTRATEGIQUES A PORTER A GRANDE ECHELLE

XIX. ANALYSE COMPARATIVE DES MÉCANISMES D'ACHATS STRATEGIQUES

Notre méthodologie d'analyse est basée sur les critères d'identification des approches porteuses. Nous avons utilisé à cet effet, l'outil de sélection élaboré par le Ministère de la santé. Il s'agit d'une grille de scores basée sur les critères de pertinence, d'efficacité, d'impact, d'efficience et d'équité.

XIX.1. PERTINENCE

◆ *Financement Basé sur les Résultats*

Il a été mis en œuvre dans un contexte où des évaluations avaient révélé que les indicateurs de santé n'avaient pas évolué comme le MSAS pouvait l'espérer, compte tenu de l'importance des moyens mobilisés. Par ailleurs, le personnel de santé insuffisant en quantité et en qualité, semblait peu motivé. Il a été conçu pour accélérer l'atteinte des objectifs du secteur. Les indicateurs achetés sont en rapport avec les priorités du MSAS et sont en parfaite cohérence avec ceux des programmes/

◆ *Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens*

Les approches de diagnostic partagé ont permis de faire face aux différents problèmes matérialisés par la vétusté des infrastructures hospitalières, le manque d'équipements médicaux modernes, le déficit de personnel qualifié pour la prise en charge correcte des patients. Le diagnostic a mis en exergue l'insuffisance des ressources financières. Les recettes hospitalières ne permettaient pas de couvrir toutes les dépenses favorables à une prise en charge médicale optimale en faveur des patients. Le CPOM est ainsi mis en œuvre pour répondre aux attentes des populations, des usagers et du personnel, l'amélioration de la performance des hôpitaux. Son objectif est de contribuer à l'amélioration de la qualité des services, de l'accès aux soins et au renforcement de la gestion.

◆ *Financement Direct*

Le FD vise à renforcer les capacités de gestion des régions médicales, des districts sanitaires, améliorer le processus de planification, de budgétisation et de mise en œuvre des interventions sanitaires à tous les niveaux du système de santé publique, améliorer la transparence et l'obligation de rendre compte dans le secteur de la santé.

Les interventions éligibles visent à améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

◆ *Mécanisme d'Achat de Performance*

Le MAP est pour stimuler et promouvoir la planification et la gestion axées sur les résultats dans ses régions d'interventions

Le MAP est un dispositif d'incitations à la performance pour les équipes de management des districts et des régions. Il a été introduit en 2016 dans les régions d'intervention du projet SEN/027 : Saint-Louis, Louga et Matam.

XIX.2. EFFICACITÉ

XIX.2.1. Financement Basé sur les Résultats

Certains indicateurs ont évolué favorablement. Ils sont en rapport avec : les accouchements par un personnel qualifié ; les consultations prénatales ; les nouvelles utilisatrices de PF, les enfants complètement vaccinés, les enfants supplémentés en vitamine A. D'autres indicateurs surtout ceux en rapport avec la nutrition et l'audit des décès maternels n'ont pas évolué comme prévu.

La qualité des services s'est amélioré si on considère le score qui s'est amélioré entre le début de la mise en œuvre et la fin des activités

◆ **Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens**

L'un des objectifs des CPOM est de relever le plateau technique médical en octroyant aux EPS des financements. Dans la plupart des EPS, il est noté un relèvement du plateau technique avec l'achat d'équipements médicaux modernes. Certains ont procédé à la réhabilitation des locaux pour les rendre plus fonctionnels. Ces initiatives s'inscrivent dans une démarche d'offre de soins de qualité

◆ **Financement Direct**

Il est noté un renforcement des capacités de gestion et des équipes de régions et de districts. Les gestionnaires ont été formés dans les procédures de passation de marchés. Ce qui leur a permis de mieux s'approprier des procédures d'acquisition de biens et services, des capacités de gestion des régions médicales, des districts sanitaires, améliorer le processus de planification, de budgétisation

Les indicateurs SRMNIA/PF ont évolué en dents de scie. Entre 2016 et 2017 ils ont progressé avant de connaître une baisse en 2018. Cette régression est imputable à la grave survenue cette année dans le secteur de la santé. En 2019, la situation ne s'est pas beaucoup améliorée.

Dans le domaine du renforcement des capacités, les formations en passation des marchés ont été déroulées.

◆ **Mécanisme d'Achat de Performance**

Le MAP n'a été exécuté que pendant 3 trimestres. Au cours de la période d'exécution, il a été noté une tendance évolutive globale favorable des indicateurs dans les zones d'interventions.

XIX.3. PÉRENNITÉ

La pérennité ou viabilité peut être analysée sous deux angles : sur le plan institutionnel et sur le plan financier.

◆ **Financement Basé sur les Résultats**

Sur le plan institutionnel, des mesures ont été prises pour la viabilité du FBR. Différents acteurs participent aux instances de gestion et de suivi à travers le comité de pilotage, le comité technique de suivi et le comité régional de gestion. Les autorités administratives locales et les acteurs communautaires ont été bien impliqués dans le processus de suivi. Ils étaient représentés dans les instances du niveau opérationnel. Les OCB étaient chargées de la vérification des informations au niveau communautaire. Il faut aussi noter l'engagement des prestataires dans la mise en œuvre. Par ailleurs un nombre non négligeable de personnes ont été formées à l'international sur le FBR

Sur le plan de la viabilité financière, des difficultés ont été notées dans la mobilisation des ressources à temps voulu. Le FBR était exclusivement financé par des bailleurs : l'USAID et la Banque mondiale. Les activités ont d'ailleurs cessé dès l'arrêt du financement par les partenaires.

◆ **Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens**

Sur le plan institutionnel, les EPS sont engagés à mettre en œuvre le CPOM. L'inexistence d'instances formelles de pilotage et de suivi est à déplorer.

Il n'y a peut-être pas de problème lié à la viabilité financière. Le budget provient de l'Etat. Seulement il faut plus de diligence dans l'allocation des ressources. Par ailleurs, le financement doit être sécurisé pour permettre une atteinte des objectifs.

◆ **Financement Direct**

Sur le plan Institutionnel : des instances de suivi a impliqué les autorités locales. Elles sont engagées dans la mise en œuvre et la recherche de solutions à travers les CRV, surtout pendant la période de rétention d'information que le secteur de la santé a connu en 2018.

Comme le FBR, le FD est exclusivement financé par les bailleurs, l'USAID en l'occurrence.

◆ **Mécanisme d'Achat de Performance**

Sur le plan institutionnel le MAP n'a pas été intégré au système de santé. Le pilotage et le suivi du MAP par les cadres existants n'ont pas été effectifs.

Le financement du MAP est exclusivement du ressort de la Coopération luxembourgeoise (Lux Dev). Le paiement des bonus n'a cependant pas pu se faire durant les trois trimestres d'exécution de l'approche. Ces deux situations n'ont pas été en faveur de la viabilité du mécanisme qui a été brutalement arrêté.

XIX.4. RÉPLICABILITÉ

◆ **Financement Basé sur les Résultats**

Sa répliquabilité ne posera pas de problème. Le FBR a connu deux phases de mise en œuvre. Sa conception a mis deux ans pour cerner tout ce qui pouvait être un obstacle. Il a d'abord été testé dans deux régions avant d'être étendu à quatre autres régions. Les documentations du processus et les revues effectuées ont montré que le FBR était bien accepté des prestataires et autres acteurs de mise en œuvre. Le MSAS n'a pas besoin de compétence extérieure pour faciliter sa mise en œuvre car, il existe en son sein une manne de personnes compétentes.

◆ **Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens**

Il est déjà mis en œuvre en plus de 5 générations dans beaucoup d'EPS. La généralisation est en cours.

◆ **Financement Direct**

Dans les régions de mise en œuvre, sa mise en œuvre est appréciée par toutes les parties prenantes. Aucun problème lié à sa mise en œuvre n'a été souligné.

◆ **Mécanisme d'Achat de Performance**

Le MAP est bien apprécié des prestataires. Il a été conçu comme le FBR à la différence que les bénéficiaires étaient limités aux équipes de management des régions et districts. Il peut être transposé sans difficulté dans toute autre région.

XIX.5. IMPACT

Il sera apprécié dans cette étude en termes d'effets bénéfiques.

◆ **Financement Basé sur les Résultats**

A côté de l'évolution appréciable des indicateurs, on note une amélioration de la qualité de soins. Le FBR a apporté des changements positifs dans le comportement de certains prestataires. Ils sont plus autonomes dans les prises de décisions relatives à l'utilisation et à l'orientation des ressources allouées. Ils sont plus motivés et engagés à relever le défi de la performance. Beaucoup d'initiatives ont été prises dans un but d'amélioration des conditions de travail et de réalisation de performance : équipement et recrutement de personnel. La gouvernance s'est aussi renforcée.

◆ *Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens*

Les EPS ont réalisé d'importants investissements dans l'optique d'améliorer leur plateau technique et les conditions de travail des prestataires. Ces investissements sont relatifs à :

- L'amélioration du plateau technique par l'acquisition de matériels modernes : équipement en matériels moderne des blocs opératoires aménagement des services
- L'élargissement et la diversification de l'offre de soins de qualité à travers le renforcement du personnel médical, paramédical et administratif : contractualisation avec des spécialistes « le niveau de recettes qui a augmenté, a permis à l'hôpital de contractualiser des spécialistes ce qui a également amélioré la qualité du service »

◆ *Financement Direct*

L'amélioration de la qualité des services rendue possible grâce au financement octroyé par le programme pour l'achat d'équipements et de matériels médicalisés L'amélioration de la gestion financière au niveau des régions bénéficiaires du FD à travers le renforcement de capacités des gestionnaires en passation des marchés

Les ressources du FD ont largement contribué à renforcer les prestations des services SRMNIA dans les structures par l'acquisition d'intrants.

◆ *Mécanisme d'Achat de Performance*

Il a été constaté une tendance à une évolution favorable des indicateurs suivis dans le MAP au bout de trois trimestres de mise en œuvre.

La mise en œuvre du MAP a renforcé les capacités gestion et d'organisation des ECR et ECD, plus particulièrement dans :

- l'utilisation du DHIS2 ;
- la gestion des ressources humaines (élaboration de fiches de postes, confection de dossier de personnel) ;
- la mise à jour des pièces comptables, rapprochement bancaire

XIX.6. EFFICIENCE

Elle apprécie le rapport coût efficacité. Notre analyse s'est limitée à examiner la relation entre les réalisations, les résultats effectifs des mécanismes et les ressources disponibles.

Pour presque tous les mécanismes, les ressources ont plutôt servi à acheter le matériel manquant : i) équipement de salles d'accouchement, de blocs opératoires, de laboratoires, ii) achat de logistiques ; recrutement de personnel additionnel, renforcement de capacités.

XIX.7. EQUITE

◆ *Financement Basé sur les Résultats*

La répartition des ressources s'est faite de manière équitable. Une prime additionnelle est accordée aux structures sanitaires qui doivent faire face à d'importants problèmes pouvant compromettre leurs performances de leur situation géographique (zones difficiles d'accès)

◆ *Financement Direct*

La répartition des ressources financières intègre les critères d'équité. Elle est en effet basée sur le poids démographique et le nombre de structures sanitaires. L'insularité de certaines localités (exemple de région de Fatick) est aussi prise en compte dans ces critères.

Tableau 4 : SCORE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

Critères	Items	Informations	Score	Score maximum
Pertinence	Réponse aux besoins identifiés	Vise le renforcement du système de santé par le renforcement de la gouvernance et l'amélioration de l'offre de service de qualité	20	20
	En rapport avec les objectifs du PNDS	Les objectifs sont en parfaite cohérence avec les priorités du secteur Les indicateurs sont ceux des programmes du PNDS		
Efficacité	Production de résultats attendus	Bonne évolution des indicateurs Qualité des soins améliorée	12	15
Pérennité	Participation à toutes les étapes du processus	Viabilité sur le plan Institutionnel Participation de différents acteurs aux instances de gestion et de suivi	12	15
	Engagement des acteurs	Engagement des prestataires dans la mise en œuvre Engagement financier insuffisant Financé exclusivement par les bailleurs		
Réplicabilité	Facilité d'utilisation,	Capitalisation des années d'expériences. Existence de compétences FBR dans le pays.	11	15
	Faisabilité financière	Acceptés par les parties prenantes Mobilisation de ressources nécessaire		
Impact	Effets bénéfiques	Bonne évolution des indicateurs Effets bénéfiques sur les pratiques et les comportements Motivation et engagement des prestataires	12	15
Efficienc	Résultats souhaités avec ressources raisonnables	Analyse des ressources difficile mais résultats obtenus appréciables	6	10
Equité	Equité, justice	Respect de l'équité dans la répartition des ressources	8	10
Total			81	100

Tableau 5 : SCORE DU CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DEMOYEN

Critères	Items	Informations	Score	Score maximum
Pertinence	Réponse aux besoins identifiés	Planification en fonction des besoins identifiés	20	20
	En rapport avec les objectifs du PNDS	Les objectifs sont en parfaite cohérence avec les priorités du secteur Les indicateurs sont ceux des programmes du PNDS		
Efficacité	Production de résultats attendus	Investissements, Qualité des soins améliorée	10	15
Pérennité	Participation à toutes les étapes du processus	Viabilité sur le plan Institutionnel Participation de différents acteurs aux instances de gestion et de suivi	11	15
	Engagement des acteurs	Engagement des prestataires dans la mise en œuvre/ Financement par Etat mais insuffisant / Engagement non respecté		
Répliquabilité	Facilité d'utilisation	En cours de généralisation	11	15
	Faisabilité financière	Mobilisation des ressources insuffisante Mobilisation de ressources nécessaire		
Impact	Effets bénéfiques	Amélioration Plateau technique. Engagements non respectés Augmentation des recettes propres importants Effets sur	10	15
Efficience	Résultats souhaités avec ressources raisonnables	Analyse des ressources difficilemais résultats obtenus appréciables	6	10
Equité	Equité, justice	Répartition des ressources en fonction des besoins exprimés	5	10
Total			73	100

Tableau 6 : SCORE FINANCEMENT DIRECT

Critères	Items	Informations	Score	Score maximum
Pertinence	Réponse aux besoins identifiés	Les objectifs sont en parfaite cohérence avec les priorités du secteur	20	20
	En rapport avec les objectifs du PNDS	Les indicateurs sont ceux des programmes du PNDS		
Efficacité	Production de résultats attendus	Evolution favorable de indicateurs atteinte de certains milestones	11	15
		Qualité des soins améliorée		
Pérennité	Participation à toutes les étapes du processus	Viabilité sur le plan Institutionnel Participation de différents acteurs aux instances de gestion et de suivi	10	15
	Engagement des acteurs	Engagement des prestataires dans la mise en œuvre exclusivement par les bailleurs		
Réplicabilité	Facilité d'utilisation,	Capitalise deux types de contrats des expériences	11	15
	Faisabilité financière	Acceptés par les parties prenantes Mobilisation de ressources difficiles		
Impact	Effets bénéfiques	Bonne évolution des indicateurs Equipements en matériel et en logistiques	11	15
Efficience	Résultats souhaités avec ressources raisonnables	Analyse des ressources difficile mais résultats obtenus appréciables Financé par bailleurs	6	10
Equité	Equité, justice	Critères démographique et géographiques pris en compte dans la réparation des ressources	7	10
Total			76	100

Tableau 7 : SCORE DU MÉCANISME D'ACHAT DE PERFORMANCE

Critères	Items	Informations	Score	Score maximum
Pertinence	Réponse aux besoins identifiés	Les objectifs sont en parfaite cohérence avec les priorités du secteur	20	20
	En rapport avec les objectifs du PNDS	Les indicateurs sont ceux des programmes du PNDS		
Efficacité	Production de résultats attendus	Evolution favorable de certains indicateurs Qualité des soins améliorée	11	15
Pérennité	Participation à toutes les étapes du processus	Viabilité sur le plan Institutionnel Participation de différents acteurs aux instances de gestion et de suivi	12	15
	Engagement des acteurs	Engagement des prestataires Exclusivement financé par un bailleur		
Réplicabilité	Facilité d'utilisation	Capitalisation d'expériences Ne nécessite pas d'experts externe. Acteurs locaux impliqués dans l'exécution	12	15
	Faisabilité et financière	Acceptés par les parties prenantes Mobilisation de ressources difficiles Financé par bailleurs		
Impact	Effets bénéfiques	Bonne évolution des indicateurs Changements dans les pratiques	11	15
Efficienc	Résultats souhaités ressources raisonnables	Analyse des ressources difficile résultats appréciables bonus non mobilisées	6	10
Equité	Equité, justice	Appui en matériel en fonction des besoins	5	10
Total			77	100

XX. MÉCANISME D'ACHAT STRATÉGIQUE PROPOSÉ

L'analyse comparative des mécanismes d'achats stratégiques mis en œuvre au Sénégal avec l'outil de sélection des approches porteuses du MSAS, montre un score plus élevé pour le FBR. Ainsi la revue des documents relatifs aux mécanismes d'achats stratégiques et l'analyse des résultats issus de l'enquête, nous proposons le Financement basé sur les résultats comme modèle à passer à grande échelle.

Le FBR constitue à notre avis la meilleure stratégie de réforme pour atteindre la couverture sanitaire universelle. Le FBR ne se contente pas d'introduire seulement des incitations financières mais, il favorise une réforme plus profonde avec notamment une amélioration de la gouvernance et une plus grande autonomie des structures de santé. Il crée un environnement concurrentiel dans la promotion de la qualité de la prestation des services. Le Financement basé sur les Résultats favorise l'efficacité dans l'utilisation des ressources. Il participe à la distribution équitable des ressources en harmonisant le financement et les incitations avec les services⁷.

Le FBR, tel que mis en œuvre au Sénégal, est en parfaite cohérence avec le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS). Sa pertinence est liée au fait qu'il contribue fortement à l'amélioration de la performance des structures de santé.

Le FBR, malgré son efficacité, n'a eu qu'un effet limité dans les zones où il a été mis en œuvre. Il peut, cependant, servir de levier au Ministère de la Santé pour améliorer les performances du système de santé. Son extension à grande échelle s'avère nécessaire pour relever les défis de la performance du système de santé.

XX.1. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Le modèle que nous proposons tient compte i) du contexte actuel d'accélération des progrès vers la couverture sanitaire universelle ii) de l'expérience du Sénégal dans la mise en œuvre du Financement basé sur les Résultats et, iii) des expériences et preuves issues de la littérature.

La mise en œuvre de tout mécanisme d'achat stratégique repose sur le principe fondamental de la séparation des fonctions.

Le respect des éléments suivants est aussi essentiel dans la mise en œuvre du FBR :

- Une définition d'objectifs clairs objectifs clairement définis
- La détermination des services/indicateurs à acheter
- La description claire des rôles et responsabilités des acteurs
- L'uniformisation des systèmes de collecte et de transmission des données
- La mise en place d'un mécanisme de vérification/ validation des données cohérent
- La bonne gouvernance est très importante dans la mise en œuvre du FBR. Le FBR doit obéir à la transparence, l'obligation de rendre compte, l'équité, la responsabilisation et l'autonomie de gestion.

XX.1.1. LA SÉPARATION DES FONCTIONS

Elle constitue un préalable pour tout achat stratégique de service et vise à prévenir d'éventuels conflits d'intérêts et à réduire le cumul de fonctions. L'accent doit être mis sur une séparation des fonctions entre acheteur, prestataire, régulateur et vérificateur.

⁷ Adobor & McMullen, 2014

L'intégration d'une telle approche dans un système de santé peut entraîner une révision des arrangements institutionnels⁸.

a. La fonction de régulation

Elle consiste à faire respecter la politique, les stratégies, les normes et les protocoles établis. Cette fonction est du ressort du Ministère de la Santé. La fonction de régulation sera assurée à travers les directions et les services centraux. Les autorités sanitaires définissent les cibles pour les objectifs attendus et la qualité.

b. La fonction de Contractualisation

Cette étape est matérialisée par la signature de contrats qui est un engagement entre un contractant et un contracté. La durée du contrat de performance sera d'année. L'élaboration des contrats de performance devra respecter les étapes du processus contractuel conformément à la politique de contractualisation du Sénégal. La signature de contrat est du ressort de l'acheteur.

Le Ministère de la Santé ayant basculé officiellement sous budget programme qui est un système de programmation basé sur la Gestion axée sur les résultats, les crédits sont désormais affectés aux programmes. Les responsables de ces programmes auxquels est assignée une obligation de résultats, pourraient utiliser le FBR comme une plateforme d'amélioration de leurs performances. Ils devront ainsi s'engager dans l'achat des indicateurs du FBR. Cet achat de performances leur permettra un meilleur suivi de leurs activités et un contrôle efficace des résultats.

Les responsables des programmes DPPD vont ainsi identifier les activités et/ou les indicateurs à acheter en termes de quantité et de qualité.

Nous proposons que l'achat soit confié à une structure créée à cet effet et, ayant une autonomie de gestion. La structure d'achat sera sous la tutelle du Ministre de la Santé et travaillera en étroite collaboration avec les responsables des programmes. Les contrats seront signés entre la structure d'achat et les ECR, les EPS et l'unité de coordination du FBR au niveau central. Au niveau régional, la signature de contrats est déléguée au MCR pour les PS, CS et ECD.

c. La fonction de prestation

La prestation des services de qualité aux populations bénéficiaires est assurée par les PS, les CS, les EPS.

Les bénéficiaires du FBR seront :

- les structures de santé : EPS, CS, PS y compris les structures communautaires participant aux soins. Les structures privées du niveau opérationnel peuvent être intégrées dans la mise en œuvre du FBR.
- Les ECR et ECD par leurs rôles de coordination et de suivi
- L'unité chargée au niveau central de coordonner la mise en œuvre et d'assurer le suivi

d. La Vérification des résultats

Elle se fera en deux étapes : i) la vérification des données quantitatives et des données qualitatives qui se fait dans les structures bénéficiaires et ii) la vérification des informations auprès des usagers ou vérification communautaire.

Dans les expériences de beaucoup de pays, la vérification de la quantité et de la qualité des données dans les structures est confiée à une structure externe. Cette stratégie a déjà été utilisée à deux reprises au Sénégal. Elle participe certes à limiter les conflits d'intérêts mais elle est très lourde sur le plan financier et sur le plan fonctionnel. Dans un souci de pérennisation de FBR et de rationalisation

⁸ Fritsche et al., 2014

des coûts, nous proposons que cette vérification technique soit confiée à un groupe ou un service compétent du Ministère de la santé. L'identification du service ou la composition du groupe sera du ressort du Ministère de la Santé. Cette entité devrait avoir les compétences requises avec une description claire de ses tâches et une certaine indépendance dans l'exécution de sa mission.

La périodicité de la vérification sera déterminée avec les acteurs impliqués dans le FBR. Dans l'expérience passée, elle se déroulait tous les trimestres. La vérification communautaire devrait être confiée à des organisations issues de la communauté qui sont plus indiquées pour faire des enquêtes auprès des usagers.

La vérification sera suivie d'une validation ou rapprochement des données qui doit être confié à l'organe de gestion du FBR au niveau régional.

e. Le paiement

La fonction d'achat des résultats consiste à payer pour les services effectivement produits en termes de quantité et de qualité.

Le calcul du montant des crédits est du ressort du MSAS. Le montant des primes aux bénéficiaires ne sera pas excessif mais devra être suffisamment motivant pour déclencher les résultats escomptés.

La répartition des crédits devra se faire dans le respect de l'équité. Une prime additionnelle ou « bonus d'équité » sera accordée aux structures qui doivent faire face à d'importants problèmes qui pèsent sur leur performance (enclavement, pauvreté) et qu'elles ne peuvent pas résoudre elles-mêmes. Les critères d'équité géographique seront basés sur la grille de cotation des critères d'identification des zones dites difficiles du MSAS. Des critères de poids démographique peuvent aussi être pris en compte dans le calcul des bonus.

Le montant des primes sera destiné aux prestataires et à l'appui au fonctionnement des entités bénéficiaires suivant des proportions définies de manière consensuelle.

Un contrôle financier sera effectué par les services du MSAS compétents en la matière. Les paiements aux bénéficiaires seront directement versés dans des comptes dédiés au FBR.

Les procédures de mise en œuvre du FBR seront détaillées dans un manuel qui servira de guide aux différents acteurs impliqués dans l'exécution du FBR.

XX.1.2. LE FINANCEMENT

Le financement du FBR doit donc être assuré principalement par le gouvernement à travers le Ministère chargé des Finances. Les partenaires techniques et financières parties prenantes seront sollicités pour contribuer au financement. Les ressources seront gérées dans un compte ouvert pour la structure d'achat. La DAGE va apporter un appui substantiel à la gestion financière.

XX.1.3. DÉFINITION DE PARTIES PRENANTES IMPLIQUÉES

Il est important de déterminer les différents acteurs (individus, groupes d'individus ou organisations) impliqués dans la mise en œuvre du FBR. Une description claire de leurs rôles est essentielle pour la bonne conduite du FBR.

◆ Au niveau central

a. Ministère de la Santé et de l'Action sociale

- Dans son rôle de dans son rôle de régulateur du système de santé, il sera chargé entre autres de :
- Définir des priorités en fonction des objectifs du système de santé

- Déterminer les stratégies de mise en œuvre et les orientations
- Définir les services/ indicateurs à acheter
- Mettre en place des mécanismes pour garantir la redevabilité et la transparence
- Concevoir les méthodes de paiement des primes
- Veiller à l'allocation régulière et équitable des ressources financières

b. Ministère Chargé des Finances

- Assurer la mobilisation adéquate des ressources pour faire face aux besoins
- Assurer le transfert des ressources par le biais du Ministère de la Santé
- Participer aux instances de décisions

c. Partenaires techniques et financiers

- Participer aux instances de décisions sur le FBR
- Accompagner le MSAS dans le suivi technique de la mise en œuvre
- Apporter un appui financier dans la mise en œuvre du FBR

d. La structure d'achat

- Procéder en collaboration avec les responsables de programmes à l'achat des services de formations sanitaires sur la base d'un contrat de performance ;
- payer les services rendus par les formations sanitaires sur la base d'un contrat de performance
- Veiller au versement des primes aux bénéficiaires dans les délais requis

◆ Au niveau opérationnel

a. Les collectivités territoriales

La gestion des formations sanitaires est confiée aux collectivités territoriales dans le cadre de la décentralisation. Les conseillers municipaux et les conseillers de département doivent avoir toutes les informations requises afin d'accompagner la mise en œuvre du FBR dans leurs localités. Ils doivent participer à la mobilisation des ressources locales et même s'inscrire dans une perspective d'acheteurs de services.

b. Les équipes cadre de région et les équipes cadre de districts :

- assurer leurs rôles régaliens de management et de régulation.
- veiller à la transmission dans les délais des données
- veiller à la tenue des instances du niveau régional

c. Les prestataires

Ils vont, au niveau des structures de santé (EPS, CS, PS), favoriser la performance en offrant des services dans le respect des normes de qualité définies. Les structures du secteur privé figurant dans la carte sanitaire peuvent être intégrées dans la mise en œuvre FBR.

d. Les organisations communautaires

Les Comités de Développement Sanitaires (CDS), les organisations communautaires de base (OCB), les agents communautaires de santé (ACS) vont dans leurs zones de responsabilité appuyer les structures dans la communication. Les OCB vont participer à la vérification en s'occupant des enquêtes auprès des usagers.

XX.1.4. ORGANES DE GESTION ET DE SUIVI

Il est important de décrire les organes de coordination, gestion et suivi, décrire leurs compositions et les rôles et responsabilités dans la mise en œuvre. Ces organes doivent :

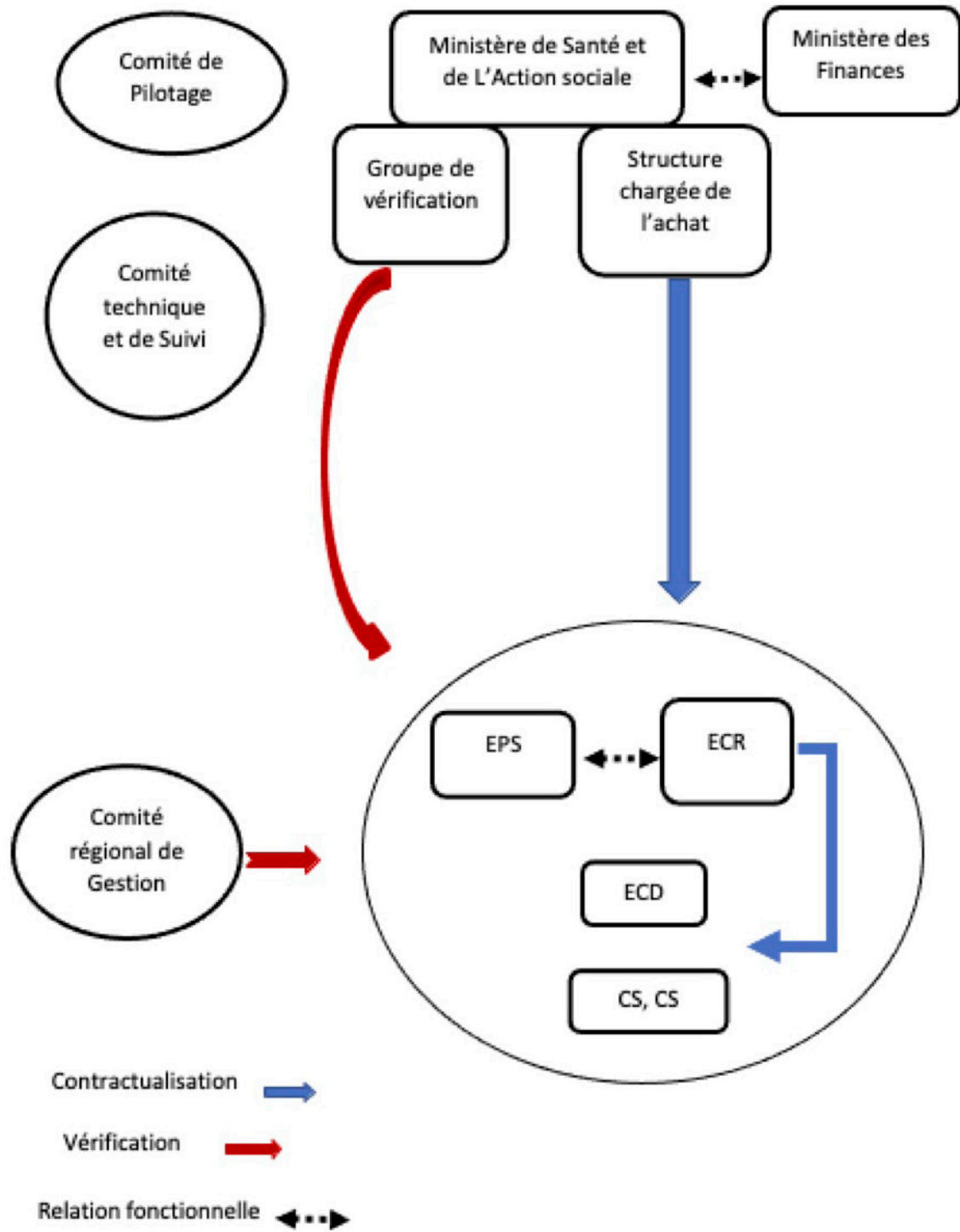
◆ *Au niveau central*

- **Un comité de pilotage** : composé des directions et services du Ministère de la Santé, le Ministère des Finances, les représentants de collectivités territoriales, et les partenaires techniques du MSAS. Il doit être présidé par le Secrétaire général du MSAS et sera chargé de définir les orientations stratégiques du FBR et de valider le budget. Le CP devrait se réunir tous les semestres.
- **Un comité de suivi** : composé de responsables des programmes du DPPD, des représentants de Directions et services du MSAS, de l'inspection technique et financière du MSAS et des partenaires techniques et Financiers. Il sera présidé par le Conseiller technique du Ministre de la santé et le secrétariat sera assuré la responsable de l'Unité de Coordination. Il aura entre autres missions l'organisation des réunions du CP, le suivi de la mise en œuvre du FBR
- **Le Programme National de Financement basé sur les Résultats** : le coordonnateur nommé par le Ministre, sera appuyé par une équipe administrative et Technique. Le Programme national FBR est chargé de la coordination technique et de la mise en œuvre du FBR.

◆ *Au niveau régional.*

Il sera mis en place un comité de gestion réunit autour du Gouverneur. Il sera composé du MCR, du Contrôleur régional des Finances, d'un représentant des conseils de département, du président du comité de développement sanitaire de chaque district, du président de l'Union régionale des mutuelles. Ce comité sera chargé entre autres d'assurer le suivi au niveau régional et la validation des résultats vérifiés.

XX.2. CADRE INSTITUTIONNEL PROPOS



XXI. CONCLUSION

L'étude sur l'analyse des mécanismes d'achats stratégiques dans le cadre de l'accompagnement de la stratégie nationale de financement de la santé a fourni des résultats relativement importants.

L'analyse s'est focalisée sur la mise en place, le processus de mise en œuvre des MAS, mais aussi sur la problématique de l'équité, de l'accès aux services de soins, sur les choix stratégiques et la durabilité du financement. Elle a donné une idée des effets des différents mécanismes sur les performances du système de santé durant leur période de mise en œuvre surtout, par rapport à la qualité, l'utilisation des services et le comportement des acteurs. La revue a permis de faire les constats ci-après :

- Les mécanismes d'achats stratégiques ont été bien développés dans tous les documents stratégiques qui opérationnalisent l'achat stratégique notamment la SNPS, le PNDSS et la SNFS qui sont des documents de référence.
- Les mécanismes d'achats stratégiques constituent un apport de taille pour les usagers et les bénéficiaires parce qu'ils améliorent la performance des structures et participent à la réduction des coûts liés aux dépenses de santé.
- La mise en place d'une institution chargée de leur pilotage et des organes de gestion constitue un point positif pour la réalisation des objectifs de performance ;
- La mise en œuvre des MAS a eu un impact positif. Les MAS ont contribué à l'amélioration de l'accès aux services de soins de qualité dans les structures de santé. Ils ont participé au renforcement du fonctionnement des structures sanitaires ;
- Les imperfections notées dans la mise en œuvre constituent des contraintes face à la durabilité des mécanismes d'achats stratégiques étant donné que les ressources financières nécessaires pour honorer les engagements sont difficilement maîtrisables ;
- Les lenteurs constatées aussi bien dans le processus de transmission et de traitement des dossiers pour paiements ne contribuent pas à crédibiliser les MAS au niveau des acteurs du système de santé ;
- Les retards dans le règlement des factures et la mise à disposition des fonds contribuent à fragiliser les structures sanitaires dans la gestion de la prise en charge des patients ;
- Les insuffisances qui sont constatées dans les activités de vérification, de contrôle et de supervision peuvent contribuer à la persistance des pratiques qui vont à l'encontre de la mise en œuvre des mécanismes stratégiques ;

Cependant, bien que la pertinence de tous les mécanismes d'achats stratégiques soit avérée et qu'ils soient bien appréciés par les acteurs, l'analyse comparative par rapport à la pertinence, l'efficacité, la pérennité, la répliquabilité, l'impact, l'efficience, ainsi que l'équité donne un avantage considérable au FBR. En fait, le FBR est celui qui, par sa méthodologie d'approche et ses effets positifs, devrait être étendu et totalement intégré dans le système de santé. Le FBR ne se contente pas d'introduire seulement des incitations financières mais, il favorise une réforme plus profonde avec notamment une amélioration de la gouvernance et une plus grande autonomie des structures de santé.

L'analyse de sa mise en œuvre a cependant révélé des défis réels qui risquent de compromettre sa durabilité. Ces défis sont surtout relatifs à : i) son financement insuffisant et exclusivement réalisé par des bailleurs, ii) les retards constatés dans les paiements des primes aux bénéficiaires.

XXII. RECOMMANDATIONS

Au terme de la revue des mécanismes d'achats stratégiques et en s'appuyant sur les résultats en termes de constats, difficultés et leçons apprises, nous faisons les recommandations suivantes :

- Veiller à l'institutionnalisation du FBR et à son articulation avec les autres mécanismes de réforme du secteur de la santé
- Renforcer les structures de santé en équipements et en personnel nécessaires à leur bon fonctionnement. Ces mesures d'accompagnements sont essentielles à la prestation de services de qualité
- Veiller à la séparation des fonctions de médecin chef et de médecin chef avec l'affectation d'un médecin chef au niveau des centres de santé où il en n'existe pas pour éviter le cumul de fonction constatés dans le cadre de la mise en œuvre des MAS.
- Faire un plaidoyer auprès des PTF afin de les fédérer autour de la mise en œuvre du FBR
- Garantir une mobilisation de fonds suffisants pour la mise en œuvre du FBR. Une alternative pour assurer la soutenabilité du FBR est la recherche de nouvelles sources de financement. A cet effet, un accent doit être mis sur le financement par les collectivités territoriales et d'autres financements innovants par la fiscalité sur les produits comme le tabac, l'alcool.
- Favoriser l'implication des collectivités territoriales et de la société civile dans le suivi et le contrôle du FBR. Elles constituent des partenaires importants du secteur de la santé. A ce titre, elles doivent jouer un rôle de premier plan dans la mise en œuvre du FBR. En dehors du fait qu'elles participent aux instances décisionnelles, les collectivités locales peuvent s'organiser et s'impliquer dans l'achat de performance surtout au regard de la décentralisation.
- Veiller à une meilleure articulation des différents mécanismes d'achats mis en œuvre. Certains mécanismes stratégiques sont mis en œuvre dans les mêmes zones et parfois pour les mêmes bénéficiaires. Ils visent les mêmes objectifs de renforcement du système de santé avec certes des approches différentes mais complémentaires. Bien que le FBR soit le mécanisme d'achat stratégique le plus pertinent et efficace, il peut être combiné à d'autres mécanismes stratégiques.
- Limiter la fragmentation des organes de gestion et de suivi des différents mécanismes d'achats stratégiques en les intégrant. Au niveau opérationnel, les mêmes acteurs se retrouvent dans plusieurs comités de mécanismes différents et pour les mêmes missions.



LES ANNEXES

XXII.1. ANNEXES 1 CARTOGRAPHIE DES MECANISMES D'ACHATS STRATEGIQUES

TRANSFERT BUDGETAIRE	
Descriptif	<p>Mécanismes de transfert des ressources de l'Etat à l'offre de services de santé en vue de réaliser ses missions.</p> <p>Le Sénégal a adopté le nouveau cadre harmonisé de gestion des finances publiques à l'instar des autres pays membres de l'UEMOA, Le budget programme qui repose sur une logique de gestion axée sur les résultats remplace le budget dit de moyens où les ressources sont affectées à des services. Les ressources sont désormais affectées aux programmes auxquels sont associés des objectifs et des résultats attendus. L'atteinte des résultats est mesurée par des indicateurs de performance. Le basculement au budget programme est effectif depuis janvier 2020. Le MSAS a identifié quatre programmes et nommé les responsables chargés de leur pilotage (arrêté du 02, AVR.2020*008505).</p>
Zones de mise en œuvre	Entendue du territoire national
Services achetés	Les activités dévolues aux structures de santé.
Bénéficiaires	Structures de santé du secteur public
Acteurs impliqués	Ministère des finances, Ministre de la santé, les responsables de programmes BP, les prestataires de services
Financement	Etat à travers le Ministère des Finances
PRISE EN CHARGE MEDICALES DES AGENTS DE L'ETAT	
Descriptif	Il s'agit de la prise en charge des soins de santé de tout agent de l'état ou fonctionnaire à la retraite dans les structures agréées. La prise en charge inclut les conjoints et les enfants à charge. La prise en charge se fait à travers la délivrance d'une imputation budgétaire. Lorsque l'agent est toujours en service, l'imputation est délivrée et signée par son ministère utilisateur. Pour les personnes retraitées du FNR, l'imputation est délivrée par la Direction de la Solde ou par les Contrôles régionaux des Finances.
Zones de mise en œuvre	Entendue du territoire national
Services achetés	Consultation médicale, hospitalisation et analyses. L'agent ne payer que le 1/5 de la totalité des frais médicaux à l'exclusion des frais de médicaments
bénéficiaires	Tout agent de l'état ou fonctionnaire à la retraite
Acteurs impliqués	Agent, Ministère utilisateur, Ministère des finances

Source de Financement	Financement Paiement effectué sur l'Etat à travers la Paierie générale du Trésor. L'Etat prend en charge 4/5 du montant de la facture. Pour les consultations (soins externes), l'agent règle le 1/5 de la facture au niveau de l'hôpital ou de la clinique en question. Pour les soins internes (hospitalisations) l'ensemble de la facture est payé par la solde, le 1/5 à la charge de l'agent fait l'objet d'une retenue sur salaire ou la pension
LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES EMPLOYES DU SECTEUR PRIVÉ A TRAVERS LES IPM	
Descriptif	La protection des salariés permanents des entreprises privées ainsi que de leurs familles, est assurée par les Instituts de prévoyance maladie (IPM) Ils assurent la prise en charge partielle des frais médicaux engagés des travailleurs du secteur privé et leurs ayants droits.
Zones de mise en œuvre	Entendue du territoire national
Services achetés	Les consultations de médecine générale et de médecine spécialisée, les analyses, radios et médicaments, les hospitalisations, les interventions chirurgicales, les soins dentaires, l'optique médicale
Bénéficiaires	Les salariés permanents du secteur privé formel, leurs conjoints et enfants en charge
Acteurs impliqués	Les chefs d'entreprises et directeurs de services privés, les salariés du secteur privé, les prestataires des structures de santé agréées, les instituts de prévoyance maladie
Source de Financement	Cotisation paritaire : employeur/travailleur des contributions et subventions, des dons et legs, des produits des placements
PRISE EN CHARGE MEDICALE DES RETRAITES DE L'IPRES	
Descriptif	Prise en charge médicale des retraités du secteur privé et des retraités de l'Etat non-fonctionnaires Les soins sont dispensés dans les centres médico-sociaux de Dakar et des régions où la prise en charge est gratuite et dans les hôpitaux. La prise en charge des pathologies à soins coûteux nécessite la délibération de la Commission Santé et Affaires Sociales qui se réunit mensuellement
Zones de mise en œuvre	Entendue du territoire national
Services achetés	Les consultations en médecine générale, Gériatrie et spécialités médicales, la chirurgicale générale et cancérologique, les médicaments, les analyses, la Rééducation fonctionnelle et la kinésithérapie, les soins dentaires
Bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> • les retraités et leurs ayant-droits (épouses et les enfants âgés de moins de 21 ans) • les veuves et veufs titulaires d'une pension • les orphelins titulaires d'une pension
Acteurs impliqués	Conseil d'Administration de l'IPRES, les bénéficiaires, les prestataires des centres médico-sociaux et les prestataires des hôpitaux
Source de Financement	Cotisation allocataires, les employeurs, subventions, dons et legs, les revenus de placement des fonds

LES MUTUELLES COMMUNAUTAIRES

Descriptif	<p>Ce sont des Associations de personnes volontaires, à but non lucratif qui mènent des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité, en direction d'elles-mêmes ou de leur famille en vue de prendre en charge les risques sanitaires liés à la personne.</p> <p>Des instances de coordination et pilotage ont été mises en place au niveau national, régional, départemental</p>
Zones de mise en œuvre	Tous les départements et les communes

Services achetés	<p>Paquet de base au niveau poste et centre de santé pris en charge à 80% par les mutuelles</p> <p>Paquet complémentaire au niveau des hôpitaux pris en charge à 80% par les unions départementales</p> <p>Médicaments de spécialités (pharmacies privées) prise en charge à 50%</p>
bénéficiaires	Toute personne ne bénéficiant d'aucune protection risque maladie et le désirant
Acteurs impliqués	Bénéficiaires, les gestionnaires des mutuelles, l'agence de couverture maladie universelle, les prestataires des structures ayant signé des conventions
Source de Financement	<p>Subventions de l'Etat à hauteur de 50% pour les personnes qui ont la capacité de cotiser, soit une contribution de 3500 F par personne et par an.</p> <p>Prise en charge gratuite des personnes indigentes par la subvention de la cotisation et du ticket modérateur, à hauteur de 100%.</p>

ASSURANCES PRIVÉES

Descriptif	<p>la prise en charge des frais médicaux consécutifs à une maladie, un accident, une maternité.</p> <p>Elles couvrent en règle générale des particuliers qui ont un niveau de revenu assez élevé Elles couvrent en règle générale des particuliers qui ont un niveau de revenu assez élevé.</p>
Zones de mise en œuvre	Étendue du pays
Services achetés	Consultations générales, maternité, chirurgie, accidents du travail
bénéficiaires	Travailleurs des entreprises privées, travailleurs indépendants ayant souscrit à une police d'assurance

Acteurs impliqués	Personnes ayant souscrit à une assurance privée, les assureurs, les employeurs
Sources de Financement	Cotisation des assurés, contribution des employeurs
MÉCANISMES D'EXEMPTION	
Descriptif	<p>Ce sont des politiques de gratuité des soins qui ciblent d'une part des pathologies comme le sida, le paludisme simple, la tuberculose et d'autre part, des interventions comme la césarienne obligatoire, la prise en charge des enfants de moins de 5 ans, la dialyse et le plan SESAME</p> <p>Le plan SESAME a pour mission d'assurer aux sénégalais âgés de 60 ans et plus une prise en charge des soins de santé éligibles, au niveau des structures de santé publiques. Cette prise en charge qui est de 100% pour les Personnes À leur Frais (PAF), ne concerne que la part dévolue au patient pour ceux bénéficiant d'une autre prise en charge (IPRES, FNR).</p>
Zones de mise en œuvre	Etendue du territoire
Services achetés	<p>Gratuité des soins des enfants âgés de moins de cinq</p> <ul style="list-style-type: none"> • (5) ans : Les consultations, les médicaments et les frais d'hospitalisation sont pris en charge dans toutes les structures sanitaires publiques du pays (poste de santé, centre de santé et hôpital) sont concernées par cette gratuité. • SESAME : consultations, médicaments et produits essentiels, examens complémentaires, actes médicochirurgicaux, hospitalisations. • Césarienne : acte opératoire, bilan pré opératoire, kit de médicaments et de produits consommables, séjour hospitalier n'excédant pas cinq (5) jour • Dialyse: La pose de la fistule artérioveineuse, séances d'hémodialyse à raison de 03 séances par semaine, kit d'hémodialyse et complément, kit de dialyse péritonéale
Bénéficiaires	<p>Enfant de moins de 5 ans</p> <p>Femmes devant subir une césarienne obligatoire césarienne de nécessité et césarienne de prudence</p> <p>SESAME : Personne de 60 ans et plus à leur Frais (PAF), personnes bénéficiant d'une autre prise en charge (IPRES, FNR).</p> <p>Dialyse : Tout patient sénégalais souffrant d'une insuffisance rénale chronique au stade terminal ou d'une insuffisance rénale aiguë, est éligible au programme</p>
Acteurs impliqués	Bénéficiaires, MSAS, Ministère des Finances, les prestataires, CMU

Sources de Financement	Les coûts des soins sont subventionnés par l'Etat.
TARIFICATION FORFAITAIRE	
Acteurs impliqués	MSAS (SG, DGS, DGES, DAGE, bénéficiaires), PTF, Ministère des Finances, Collectivités administratives et territoriales au niveau locale territoriales, organisations communautaires
Sources de Financement	USAID, Banque mondiale
CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)	
Descriptif	<p>Le CPOM est un engagement entre les pouvoirs publics et les EPS dans le but de les rendre plus performants afin de répondre aux attentes des populations, des usagers et du personnel.</p> <p>L'objectif du CPOM est de Contribuer à la mise en œuvre des orientations prioritaires du projet d'établissement : l'accès aux soins, l'amélioration de la qualité des services et le renforcement de la gestion.</p> <p>Ainsi pour répondre aux attentes des populations, des usagers et du personnel, l'amélioration de la performance des hôpitaux a été une conditionnalité pour l'appui budgétaire de la Banque mondiale à l'Etat du Sénégal en 2010.</p>
Zones de mise en œuvre	<p>Dans diverses régions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dakar : CHN de Fann, CHN Le Dantec, HOGIP , Hôpital Albert Royer, CHN Thiaroye, CH Abass Ndao, CHN Pikine, CNTS, Centre nationale Appareillage et d'Orthopédie, SAMU ; • Diourbel CNH Touba, CHR Diourbel, • Saint-Louis CHR Saint-Louis, CHR de Ourossogui, EPS 1 de Richard Toll, • Matam : CHR Ndioum, • Thiès CHR Thiès • Louga ; CHR Louga, EPS1 de Linguère, • Kaolack CHR Kaolack • Ziguinchor CHR de Ziguinchor, • Kolda CHR Kolda • Tambacounda CHR Tambacounda
Services achetés	Priorités identifiées dans diagnostic de la situation dans les domaines d'amélioration de la qualité ou de la performance opérationnelle des EPS.
bénéficiaires	EPS

Acteurs impliqués	DGES, DAGE, Ministère Finances, direction et prestataires EPS
Sources de Financement	Etat et appui BM
MECANISME D'ACHAT DE PERFORMANCE (MAP)	
Descriptif	<p>Le Mécanisme d'Achat de Performances (MAP) mis en œuvre dans le cadre du Projet Santé de Base de coopération luxembourgeoise (PSB SEN/027) pour stimuler et promouvoir la planification et la gestion axées sur les résultats dans ses régions d'interventions</p> <p>Le MAP est un dispositif d'incitations à la performance pour les équipes de management des districts et des régions.</p> <p>Il a été introduit en 2016, sa mise en œuvre a duré trois trimestres</p>
Zones de mise en œuvre	les régions de Saint-Louis, Louga et Matam.
Services achetés	Les indicateurs achetés sont en rapport avec les fonctions de planification, de coordination, de suivi et de gestion des ressources (équipement, personnel, finances).
bénéficiaires	ECR et ECD
Acteurs impliqués	MSAS (DPRS, DAGE), PTF (Lux Dev), ECR, ECD
Source de Financement	Lux Dev
FINANCEMENT DIRECT (FD)	
Descriptif	<p>Le financement direct est un mécanisme qui consiste à transférer directement des ressources à un bénéficiaire qui assure la gestion pour appuyer la mise en œuvre d'activités éligibles sur la base d'un contrat.</p> <p>Il est mis en œuvre dans le cadre du programme Santé de l'USAID. Introduit depuis 2013.</p> <p>Deux mécanismes de financement direct sont actuellement mis en œuvre par l'USAID au Sénégal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le fixed Amount Award (FAA) qui est une subvention à coût fixe que l'USAID octroie à une entité publique à travers une agence d'exécution ou une ONG (subvention secondaire). • Fixed Amount Reimbursement Agreement (FARA) : par ce mécanisme l'USAID octroie directement au Gouvernement du Sénégal les fonds destinés à l'atteinte d'un niveau de performance
Zones de mise en œuvre	Ziguinchor, Thiès, Kaolack, Dakar, Louga; Kaffrine et Fatick

Services achetés	<p>il y a 5 domaines éligibles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités des RM, des districts et des comités de santé • Planification, Suivi et évaluation • Coordination des interventions • Activités de promotion de la santé • Système de gestion des médicaments et produits spécifiques <p>Pour chaque domaine éligible, des interventions qui visent à améliorer la santé de la reproduction</p>
Bénéficiaires	ECR, ECD, EPS
Acteurs impliqués	DAGE, DPRS, ECR, ECD, directeur EPS, Ministère des Finances, autorités administratives et territoriales locales
Source de Financement	l'USAID détermine le montant de l'enveloppe globale destinée au financement direct et les agences d'exécution vont jouer un rôle de mandataires de l'USAID dans ce mécanisme
Descriptif	<p>Transfert de ressources en contrepartie de la prise d'une action mesurable liée à la santé ou de l'atteinte d'une cible de performance déterminée à l'avance</p> <p>Le FBR repose sur une contractualisation basée sur des services effectivement produits, avec comme exigence la bonne qualité des prestations</p> <p>Dans cette approche, des subventions sont accordées aux prestataires sur la base de leurs performances en plus d'un appui apporté au fonctionnement des structures sanitaires. Période de mise en œuvre : 2012-2019</p>
Zones de mise en œuvre	Régions de Kaffrine, Kolda, Ziguinchor, Sédhiou, Tambacounda et Kédougou
Services achetés	<p>Le choix des services achetés est guidé par les priorités du pays. en rapport avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, • la lutte contre la maladie • la gouvernance sanitaire
bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe cadre de région (ECR) • L'équipe cadre de district (ECD) • Etablissement Public de Santé • Le centre de santé (CS) • Le poste de santé (PS) (y compris les cases de santé et les maternités rurales dont celui-ci est responsable) <p>Au total 5 EPS, 16 districts sanitaires (ECD), 15 centres de santé, 278 postes de santé ont été bénéficiaires</p>

Acteurs impliqués	MSAS (SG, DGS, DGES, DAGE, bénéficiaires), PTF, Ministère des Finances, Collectivités administratives et territoriales au niveau locale territoriales, organisations communautaires
Sources de Financement	USAID, Banque mondiale
CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)	
Descriptif	<p>Le CPOM est un engagement entre les pouvoirs publics et les EPS dans le but de les rendre plus performants afin de répondre aux attentes des populations, des usagers et du personnel.</p> <p>L'objectif du CPOM est de Contribuer à la mise en œuvre des orientations prioritaires du projet d'établissement : l'accès aux soins, l'amélioration de la qualité des services et le renforcement de la gestion.</p> <p>Ainsi pour répondre aux attentes des populations, des usagers et du personnel, l'amélioration de la performance des hôpitaux a été une conditionnalité pour l'appui budgétaire de la Banque mondiale à l'Etat du Sénégal en 2010.</p>
Zones de mise en œuvre	<p>Les s régions de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dakar : CHN de Fann, CHN le Dantec, HOGIP , Hôpital Albert Royer, CHN Thiaroye, CH Abass Ndao, CHN Pikine, CNTS, Centre nationale Appareillage et d'Orthopédie, SAMU ; • Diourbel CNH Touba, CHR Diourbel, • Saint-Louis CHR Saint-Louis, CHR de Ourossogui, EPS 1 de Richard Toll, • Matam : CHR Ndioum, • Thiès CHR Thiès • Louga ; CHR Louga, EPS1 de Linguère, • Kaolack CHR Kaolack • Ziguinchor CHR de Ziguinchor, • Kolda CHR Kolda • Tambacounda CHR Tambacounda
Services achetés	Priorités identifiées dans diagnostic de la situation
bénéficiaires	EPS
Acteurs impliqués	DGES, DAGE, Ministère Finances, direction et prestataires EPS
Source de Financement	Etat et appui BM

MÉCANISME D'ACHAT DE PERFORMANCE (MAP)	
Descriptif	<p>Le Mécanisme d'Achat de Performances (MAP) mis en œuvre dans le cadre du Projet Santé de Base de coopération luxembourgeoise (PSB SEN/027) pour stimuler et promouvoir la planification et la gestion axées sur les résultats dans ses régions d'interventions</p> <p>Le MAP est un dispositif d'incitations à la performance pour les équipes de management des districts et des régions.</p> <p>Il a été introduit en 2016, sa mise en œuvre a duré trois trimestres</p>
Zones de mise en œuvre	Les régions de Saint-Louis, Louga et Matam.
Services achetés	Les indicateurs achetés sont en rapport avec les fonctions de planification, de coordination, de suivi et de gestion des ressources (équipement, personnel, finances).
Bénéficiaires	ECR et ECD
Acteurs impliqués	MSAS (DPRS, DAGE), PTF (Lux Dev), ECR, ECD, Ministère des Finances
Source de Financement	Lux Dev

XXII.2. ANNEXE 2 : LES GUIDES D'ENTRETIENS

GUIDE D'ENTRETIEN SUR LE FBR AVEC LES SERVICES DU NIVEAU CENTRAL DUMSAS ET LES PARTENAIRES D'APPUI

INTRODUCTION

Bonjour, je m'appelle _____. Je suis membre de l'équipe chargée de mener une enquête sur les mécanismes d'achat stratégiques mises en œuvre dans le secteur de la santé.

L'objectif de cette enquête est d'évaluer les mécanismes d'achat existants en vue de l'élaboration d'un document sur achats stratégiques.

Nous sollicitons votre participation, étant donné que vos points de vue seraient particulièrement importants et pourraient contribuer à une meilleure compréhension des mécanismes d'achats stratégiques. Notre entretien va durer au maximum 30 mns.

INFORMATIONS GENERALES

Date de l'entretien

Langue de l'entretien

Début de l'entretien (heure)

Fin de l'entretien (heure)

Sexe de l'interviewé

Institution d'appartenance :

Poste occupé au sein de votre institution

Nombre d'années de présence au sein de l'institution

ENTRETIEN

Thème 1: Coordination et Suivi

De quelle(s) structure(s) décisionnelle(s) votre institution est-elle membre ?

Quels sont vos rôles et responsabilités dans la mise en œuvre du FBR ?

Selon vous, quel est l'apport de l'application web dans la collecte et la transmission des données ?

Comment le système de vérification mis en place a-t-il fonctionné ? (Sonder respect des délais de vérification et de validation)

Dans quelles mesures les instances de coordination sont-elles fonctionnelles ?

Quelles appréciations faites-vous de la coordination et du suivi ? (Sondez fonctionnalité vérification et supervision)

Quelles sont les étapes de la mise en œuvre qui ont été les moins respectées ?

Thème 2 : Ressources financières

Quelles sont les règles d'allocation des primes aux bénéficiaires ? (sondez respect des principes d'équité)

Quelles difficultés avez-vous noté dans la mobilisation des ressources ?

Comment appréciez-vous la gestion des ressources financières ? (Sondez le taux d'absorption et l'utilisation optimale des ressources)

Thème 3 : Information et la communication

Comment les informations relatives au FBR sont-elles partagées entre parties prenantes ?

Comment communiquez-vous avec les parties prenantes du FBR ?

Quelles difficultés avez-vous noté dans la communication entre parties prenantes du FBR ?

Thème 4 : Impact du FBR

Dans quelle mesure les résultats (quantitatifs et qualitatifs) escomptés ont-ils été atteints ?

La mise en œuvre du FBR a-t-elle augmenté l'utilisation des services ? A-t-elle amélioré la qualité des soins ?

Quelle est la valeur ajoutée du FBR ? (Sondez sur la responsabilité des prestataires, le système d'information, l'autonomie de gestion, l'équité)

Quels sont les changements apportés dans l'environnement de travail ?

Thème 5 : Facteurs de succès, Contraintes, Durabilité et Recommandations

Quelles sont les facteurs de succès du FBR ?

Quelles sont les faiblesses notées dans la mise en œuvre du FBR ?

Pensez-vous que le FBR tel que mis en œuvre peut être viable sans l'appui de PTF ?

Quelles sont les raisons de l'arrêt des activités du PNFBR ?

Qu'est-ce qui selon vous peut favoriser la durabilité d'un tel mécanisme ? (sondez les facteurs de durabilité)

Quels sont les principaux défis auxquels les acteurs ont été confrontés ?

Quelles ont été les contraintes dans la mise en œuvre du FBR ?

Quelles sont les recommandations que vous pouvez faire en termes de perspectives/avenir pour une bonne mise en œuvre si le FBR devrait redémarrer ?

Est-ce qu'il y a d'autres aspects que nous n'avons pas abordés et qui vous semblent préoccupants ? lesquels ?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre et pour les informations que vous avez pu me fournir.

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES ECR, ECD ET PRESTATAIRES DE SERVICES SUR LE FBR

INTRODUCTION

Bonjour, je m'appelle _____. Je suis membre de l'équipe chargée de mener une enquête sur les mécanismes d'achat stratégiques mises en œuvre dans le secteur de la santé.

L'objectif de cette enquête est d'évaluer les mécanismes d'achat existants en vue de l'élaboration d'un document sur achats stratégiques

Nous sollicitons votre participation, étant donné que vos points de vue seraient particulièrement importants et pourraient contribuer à une meilleure compréhension des mécanismes d'achats stratégiques. Notre entretien va durer au maximum 30 mns.

INFORMATIONS GENERALES

Date de l'entretien

Langue de l'entretien

Début de l'entretien (heure)

Fin de l'entretien (heure)

Sexe de l'interviewé

Region:

District sanitaire:

Structure sanitaire:

Poste occupé au sein de votre structure :

Nombre d'années de présence au sein de votre structure :

ENTRETIEN

Thème 1: Coordination et Suivi

De quelle structure décisionnelle du FBR êtes-vous membre ?

Quel poste occupez-vous dans la structure décisionnelle ?

Quelles sont vos rôles et vos responsabilités dans la mise en œuvre du FBR ?

Quelle est votre appréciation de la fonctionnalité des organes de suivi du niveau régional ?

Quelle est la procédure de collecte et de transmission des données relatives au FBR utilisée ?

Comment appréciez-vous le système de vérification des données (Sondez la procédure, externalisation et le respect des délais) ?

L'utilisation de l'application web a-t-elle raccourci le délai entre la transmission de l'information et la vérification ?

Comment recevez-vous les feedbacks après les missions de vérification ?

Avez-vous été supervisé dans le cadre du FBR ? A quelle périodicité ?

Quelles appréciations faites-vous de l'organisation des revues régionales (périodicité, respect des délais, contraintes et défis, suivi des recommandations issues de ces revues ...) ?

Comment appréciez-vous les tenues des rapprochements (respect des délais, contraintes et défis) ?

Thème 2: Ressources financières

Les demandes de paiement sont-elles transmises à temps ?

Disposez-vous d'un compte bancaire spécifique aux primes FBR ?

Les primes sont-ils disponibles en temps voulu ? (Sondez la durée du plus long retard de paiement)

Comment les bonus sont-ils répartis au sein de la structure ?

Quelle utilisation faites-vous des ressources financières allouées ?

Avez-vous besoin d'une autorisation pour utiliser les ressources dédiées au fonctionnement ?

Comment justifiez-vous l'utilisation des ressources financières allouées ?

Thème 3 : Informations et la communication

Avez-vous été formés sur les procédures de mise en œuvre du FBR ?

Comment partagez-vous les informations au sein de votre structure/ équipe ?

Quelles sont vos relations avec les autres acteurs du FBR ?

Comment échangez-vous avec les autres acteurs du niveau opérationnel et ceux du niveau central ?

Thème 4 : Impact du FBR

Comment les indicateurs ciblés ont-ils évolué avec la mise en œuvre du FBR ? (Sondez celles qui posent plus de problèmes)

L'utilisation des services a-t-elle augmenté avec la mise en œuvre du FBR ?

En quoi la mise en œuvre du FBR a-t-elle amélioré la qualité des soins ?

Dans quelle mesure la mise en œuvre du FBR a contribué à la performance de votre structure ?

Avez-vous noté des changements dans l'organisation des services ?

La mise en œuvre du FBR a-t-elle modifié vos pratiques ? Comment ?

En quoi la mise en œuvre du FBR a influencé votre comportement ?

Comment appréciez-vous globalement l'apport des différents mécanismes d'achats stratégiques que vous mettez en œuvre ? (Sondez FBR et les autres mécanismes)

Thème 5 : Facteurs de succès, leçons tirées, limites et Recommandations

Quels sont les succès clés du FBR ?

Qu'est-ce que vous avez appris de la mise œuvre du FBR ?

Quelles ont été vos limites dans la mise en œuvre du FBR ?

Si la mise en œuvre du FBR devait reprendre quelles recommandations feriez-vous pour son amélioration ?

Quels sont les principaux défis auxquels les acteurs étaient confrontés ?

Quels sont les stratégies adoptées pour l'atteinte des objectifs ?

Quels sont les facteurs qui ont permis de relever les défis ?

Est-ce qu'il y a d'autres problèmes que nous n'avons pas abordés et qui vous semblent préoccupants ? Lesquels ?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre et pour les informations que vous avez pu me fournir.

GUIDE D'ENTRETIEN SUR LE FBR AVEC LE CRG**INTRODUCTION**

Bonjour, je m'appelle _____. Je suis membre de l'équipe chargée de mener une enquête sur les mécanismes d'achat stratégiques mises en œuvre dans le secteur de la santé.

L'objectif de cette enquête est d'évaluer les mécanismes d'achat existants en vue de l'élaboration d'un document sur achats stratégiques

Nous sollicitons votre participation, étant donné que vos points de vue seraient particulièrement importants et pourraient contribuer à une meilleure compréhension des mécanismes d'achats stratégiques. Notre entretien va durer au maximum 30 mns.

INFORMATIONS GENERALES

Date de l'entretien

Langue de l'entretien

Début de l'entretien (heure)

Fin de l'entretien (heure)

Sexe de l'interviewé

Institution appartenance:

Poste occupé au sein de votre institution

Nombre d'années de présence au sein de l'institution

ENTRETIEN**Thème 1 : Coordination et Suivi**

Le CRG est-il bénéficiaire du FBR ? (Sondez signature de contrat avec qui ?

les décisions prises lors de vos rencontres ont-elles été suivies d'effets ?

Votre instance de gestion a-t-elle été fonctionnelle ? (sondez régularité des rencontres)

Quelles appréciations faites-vous des rapprochements (respect des délais, contraintes et défis)

Comment les revues régionales ont-elles été organisées ? (périodicité, respect des délais, contraintes et défis...)

Dans quelle mesure les recommandations issues de ces revues ont été respectées ?

Comment le CRG a-t-il contribué à la bonne mise en œuvre du FBR ?

Thème 2 : Information et la communication

Les membres du CRG sont-ils formés sur les procédures de mise en œuvre du FBR ?

Comment recevez-vous les informations relatives au FBR ?

Quelles sont vos relations avec les structures chargés de la vérification ?

Quelles difficultés avez-vous noté dans la communication avec les parties prenantes ?

Thème 3 : Succès, limites, défis et Recommandations :

Quels sont, selon vous, les succès clés du FBR ?

Quelles sont vos leçons apprises du FBR

Quelles ont été les limites des interventions du CRG ?

Quels sont les principaux défis auxquels vous étiez confrontés ?

Si la mise en œuvre du FBR devait reprendre, quelles recommandations feriez-vous pour son amélioration ?

Est-ce qu'il y a d'autres aspects que nous n'avons pas abordés et qui vous semblent préoccupants ?
Lesquels ?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre et pour les informations que vous avez pu me **fournir**.

GUIDE D'ENTRETIEN SUR LE MAP AVEC LES SERVICES DU NIVEAU CENTRAL DUMSAS ET LES PARTENAIRES D'APPUI

INTRODUCTION

Bonjour, je m'appelle _____. Je suis membre de l'équipe chargée de mener une enquête sur les mécanismes d'achat stratégiques mises en œuvre dans le secteur de la santé.

L'objectif de cette enquête est d'évaluer les mécanismes d'achat existants en vue de l'élaboration d'un document sur achats stratégiques.

Nous sollicitons votre participation, étant donné que vos points de vue seraient particulièrement importants et pourraient contribuer à une meilleure compréhension des mécanismes d'achats stratégiques. Notre entretien va durer au maximum 30 mns.

INFORMATIONS GENERALES

Date de l'entretien:

Langue de l'entretien:

Début de l'entretien (heure):

Fin de l'entretien (heure):

Sexe de l'interviewé:

Institution d'appartenance:

Poste occupé au sein de votre institution :

Nombre d'années de présence au sein de l'institution :

ENTRETIEN

Thème 1 : Coordination et Suivi

Quels sont vos rôles et vos responsabilités dans la mise en œuvre du MAP ?

Le dispositif de collecte et de transmission des données mis en place a-t-il été fonctionnel ? Sinon, pourquoi ?

Quelles appréciations faites-vous des instances de coordination et de suivi du MAP ?

Quelles sont les difficultés notées dans le suivi des étapes de mise en œuvre ?

Thème 2 : Ressources financières

Les paiements aux bénéficiaires ont-ils été effectifs ? Sinon pourquoi ?

Quelles sont les difficultés dans la mobilisation des ressources ?

Comment appréciez-vous la gestion des ressources financières ?

Thème 3 : Information et la communication

Comment les informations relatives au MAP sont-elles partagées ?

Quelles sont vos relations avec les parties prenantes des autres mécanismes d'achats stratégiques tel que le FBR ?

Quelles difficultés avez-vous noté dans la communication entre parties prenantes ?

Thème 4 : Impact du MAP

Dans quelle mesure les résultats (quantitatifs et qualitatifs) escomptés sont-ils atteints ? Sinon quels sont les facteurs responsables des contreperformances ?

Quelle est, selon vous, la valeur ajoutée du MAP dans les zones d'interventions ? (Sondez équipement, médicaments, amélioration environnement)

Thème 5 : Leçons apprises, Contraintes, Défis et Recommandations

Quelles leçons avez-vous tiré de la mise en œuvre du MAP ?

Quelles contraintes ont émergé dans la mise en œuvre du MAP ?

Quelles ont été les limites à la mise en œuvre du MAP ?

Quels sont les principaux défis auxquels vous étiez confrontés ?

Si la mise en œuvre devait reprendre, quelles recommandations feriez-vous pour son amélioration ?

Est-ce qu'il y a d'autres aspects que nous n'avons pas abordés et qui vous semblent préoccupants ? Lesquels ?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre et pour les informations que vous avez pu me fournir.

GUIDE D'ENTRETIEN SUR LE MAP AVEC LES ECR, ECD**INTRODUCTION**

Bonjour, je m'appelle _____. Je suis membre de l'équipe chargée de mener une enquête sur les mécanismes d'achat stratégiques mises en œuvre dans le secteur de la santé.

L'objectif de cette enquête est d'évaluer les mécanismes d'achat existants en vue de l'élaboration d'un document sur achats stratégiques

Nous sollicitons votre participation, étant donné que vos points de vue seraient particulièrement importants et pourraient contribuer à une meilleure compréhension des mécanismes d'achats stratégiques. Notre entretien va durer au maximum 30 mns.

INFORMATIONS GENERALES

Date de l'entretien

Langue de l'entretien

Début de l'entretien (heure)

Fin de l'entretien (heure)

Sexe de l'interviewé

Région :

District:

Structure sanitaire:

Poste occupé au sein de votre structure :

Nombre d'années de présence au sein de votre structure :

ENTRETIEN**Thème 1 : Coordination et Suivi**

Quelles sont vos rôles et responsabilités dans la mise en œuvre du MAP ?

Dans quelle mesure avez-vous suivi le dispositif de collecte et de transmission des données ? (utilisation des outils de collecte, transmission des rapports)

Les rapports trimestriels sont-ils transmis dans les délais requis ? Sinon pourquoi ?

Quelle est votre appréciation des missions de vérification des données ?

Avez-vous été supervisé dans le cadre de la mise en œuvre du MAP ?

Quelles sont les problèmes que vous avez rencontrés dans la mise en œuvre du MAP ?

Thème 2 : Ressources financières

Disposez-vous d'un compte bancaire spécifique aux primes du MAP ?

Les demandes de paiement des bonus ont-elles été envoyées régulièrement ? (Sondez la périodicité, causes des retards)

Les paiements des bonus ont-ils été disponibles en temps voulu ?

Thème 3 : Information et la communication

Comment les informations relatives au MAP sont-elles partagées au sein de votre structure ? et avec les autres parties prenantes ?

Comment communiquez-vous avec les autres acteurs ?

Thème 4 : Impact des mécanismes d'achat stratégique

La mise en œuvre du MAP a-t-il favorisé une bonne évolution des indicateurs ?

Quel est, selon vous, l'apport du MAP à votre structure ? (Sondez sur équipement, médicaments, environnement de travail)

En quoi la mise en œuvre du MAP a influencé votre manière de travailler ?

Thème 5 : Leçons apprises, limites et Recommandations

Quelles leçons avez-vous tiré de la mise en œuvre du MAP ?

Quelles sont les limites à la mise en œuvre du MAP

Quelles sont vos recommandations pour améliorer la mise en œuvre du MAP ?

Est-ce qu'il y a d'autres problèmes que nous n'avons pas abordés et qui vous semblent préoccupants ? Lesquels ?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre et pour les informations que vous avez pu me fournir.

GUIDE D'ENTRETIEN SUR LE FD AVEC SERVICES DU NIVEAU CENTRAL DU MSASET LES PARTENAIRES D'APPUI

INTRODUCTION

Bonjour, je m'appelle _____. Je suis membre de l'équipe chargée de mener une enquête sur les mécanismes d'achat stratégiques mises en œuvre dans le secteur de la santé.

L'objectif de cette enquête est d'évaluer les mécanismes d'achat existants en vue de l'élaboration d'un document sur achats stratégiques

Nous sollicitons votre participation, étant donné que vos points de vue seraient particulièrement importants et pourraient contribuer à une meilleure compréhension des mécanismes d'achats stratégiques. Notre entretien va durer au maximum 30 mns.

INFORMATIONS GENERALES

Date de l'entretien

Langue de l'entretien

Début de l'entretien (heure)

Fin de l'entretien (heure)

Sexe de l'interviewé

Institution d'appartenance:

Poste occupé au sein de votre institution

Nombre d'années de présence au sein de l'institution

ENTRETIEN

Thème 1: Conception

Qu'est ce qui a motivé la mise en place du FD ?

Quels sont les critères d'enrôlement des régions dans le FD ?

Comment les interventions éligibles au FD sont-elles identifiées ?

Comment les Milestones sont-ils identifiés ?

Quelle est la procédure de signature des lettres d'exécution ?

Thème 2: Coordination et Suivi

Quelles sont structures décisionnelles mises en place ?

De quelle(s) structure(s) décisionnelle(s) votre institution est-elle membre ?

Quel est le poste occupé par votre institution dans cette ou ces structures ?

Quelles sont vos rôles et responsabilités dans la mise en œuvre du FD ?

du suivi des données du FD ? (périodicité, respect des délais)

Dans quelles mesures les instances de coordination sont-elles fonctionnelles ?

Quelles appréciations faites-vous de la coordination et de suivi du FD ?

Thème 3: Ressources financières

Quelles sont les conditions de transfert des ressources aux bénéficiaires ?

Avez-vous noté des difficultés dans la mobilisation des ressources ?lesquelles ?

Quelles sont les critères de répartition des ressources entre les régions ?(Sondez sur les principes équité)

Quelle est votre appréciation de la gestion des ressources financières ?

Thème 4 : Information et la communication

Comment les informations sont-elles partagées entre les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du FD ?

Selon vous, les procédures de mise en œuvre sont-elles connues de tous les acteurs ?

Avez-vous noté des problèmes de communication entre parties prenantes ?

Lesquels ?

Thème 5 : Impact

Dans quelle mesure les résultats attendus dans le cadre du FD ont-ils été atteints ?

(Sondez amélioration de la performance des régions médicales et districts)

Quels sont, selon vous, les changements apportés par le FD ? (Investissements sur plateau technique, ressources humaines, environnement de travail, etc.)

Comment la mise en œuvre du FD a-t-elle contribué à l'amélioration des performances des régions ?

Etes-vous satisfaits de la mise œuvre et des résultats obtenus ?

Thème 6 : Succès, Leçons tirées, limites et Recommandations :

Quels sont les facteurs de succès du FD ?

Quelles sont les leçons que vous avez tirés de la mise en œuvre du FD ?

Quelles sont, selon vous, les limites à l'exécution du FD ?

Quelles sont vos recommandations pour améliorer la mise en œuvre du FD ?

Pensez-vous que la mise en œuvre du FD peut continuer sans l'appui des PTF ?

Quelles sont les stratégies que vous proposez pour la pérennisation du FD ?

Est-ce qu'il y a d'autres aspects que nous n'avons pas abordés et qui vous semblent préoccupants ? Lesquels?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre et pour les informations que vous avez pu me fournir.

GUIDE D'ENTRETIEN SUR LE FD AVEC ECR, EPS ET ECD**INTRODUCTION**

Bonjour, je m'appelle _____. Je suis membre de l'équipe chargée de mener une enquête sur les mécanismes d'achat stratégiques mises en œuvre dans le secteur de la santé.

L'objectif de cette enquête est d'évaluer les mécanismes d'achat existants en vue de l'élaboration d'un document sur achats stratégiques

Nous sollicitons votre participation, étant donné que vos points de vue seraient particulièrement importants et pourraient contribuer à une meilleure compréhension des mécanismes d'achats stratégiques. Notre entretien va durer au maximum 30 mns.

INFORMATIONS GENERALES

Date de l'entretien

Langue de l'entretien

Début de l'entretien (heure)

Fin de l'entretien (heure)

Sexe de l'interviewé

Région:

District:

Structure sanitaire:

Poste occupé au sein de votre structure :

Nombre d'années de présence au sein de votre structure

ENTRETIEN**Thème 1 : Coordination et Suivi**

De quelle structure décisionnelle du FD êtes-vous membre ?

Quel poste occupez-vous dans la structure ?

Quelles sont vos rôles et responsabilités dans le processus de mise en œuvre ?

Dans quelle mesure les activités planifiées ont-elles été exécutées ? (Sondez les taux d'exécution des activités)

Comment vous organisez-vous pour la collecte et la transmission des données utilisez-vous ? (procédures et respect des délais)

Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées dans la transmission des informations du FD ?

Quelle appréciation faites-vous du suivi de la mise en œuvre ? (Sondez l'effectivité supervision, revue)

Recevez-vous régulièrement les feedbacks des rapports transmis ?

Thème 2 : Ressources financières

Comment les ressources financières vous parviennent-elles ? (Sondez appel de fonds, documents financiers)

Disposez-vous d'un compte bancaire dédié au FD ? (Sondez mise en commun des différentes ressources ou gestion parallèle)

Les ressources financières sont-elles disponibles à temps voulu ?

Quelle utilisation faites-vous des ressources financières octroyées ?

Comment justifiez-vous l'utilisation des ressources ?

Comment la gestion des ressources allouées est-elle contrôlée ?

Thème 3 : Information et la communication

Le contenu de la lettre d'exécution est-il connu de tous les membres de votre équipe ?

Comment partagez-vous les informations relatives au FD avec les acteurs de la région ? Avec les autres parties prenantes ? (Sondez la tenue de revues, cadre de concertation.)

Thème 4 : Impact du FD

Dans quelle mesure les milestones sont-ils atteints ?

Dans quelle mesure les activités planifiées ont-elles été exécutées ? (Sondez le taux d'exécution des activités)

La mise en place du FD a-t-elle amélioré les indicateurs relatifs aux programmes prioritaires ?

En quoi la mise en œuvre du FD améliore-t-elle vos conditions de travail ? (Sondez renforcement de capacité du personnel, équipement, médicaments, ressources humaines)

Comment appréciez-vous globalement l'apport des différents mécanismes d'achats stratégiques que vous mettez en œuvre ? (Sondez FD et les autres mécanismes)

Thème 5 : Leçons apprises, limites et Recommandations

Quelles leçons avez tiré de la mise en œuvre du FD ?

Quelles sont vos limites dans la mise en œuvre du FD ?

Quelles sont vos recommandations pour améliorer l'exécution du FD ?

Est-ce qu'il y a d'autres problèmes que nous n'avons pas abordés et qui vous semblent préoccupants ? Lesquels ?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre et pour les informations que vous avez pu me fournir.

GUIDE D'ENTRETIEN SUR LE FD AVEC LE COMITÉ RÉGIONAL DE VALIDATION**INTRODUCTION**

Bonjour, je m'appelle _____. Je suis membre de l'équipe chargée de mener une enquête sur les mécanismes d'achat stratégiques mises en œuvre dans le secteur de la santé.

L'objectif de cette enquête est d'évaluer les mécanismes d'achat existants en vue de l'élaboration d'un document sur achats stratégiques

Nous sollicitons votre participation, étant donné que vos points de vue seraient particulièrement importants et pourraient contribuer à une meilleure compréhension des mécanismes d'achats stratégiques. Notre entretien va durer au maximum 30 mns.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Date de l'entretien

Langue de l'entretien

Début de l'entretien (heure)

Fin de l'entretien (heure)

Sexe de l'interviewé

Institution d'appartenance: Poste occupé au sein de votre institution

Nombre d'années de présence au sein de l'institution

ENTRETIEN**Thème 1 : Coordination et Suivi**

Quelles sont vos rôles et responsabilités dans la mise en œuvre du FD ?

A quelle périodicité le CRV se réunit-elle ?

Comment le CRV procède-t-il à la validation des milestones ?

Les délais requis de validation des milestones ont-ils été respectés sinon pourquoi ?

Comment les membres du CRV participent-ils au suivi du FD ?

Quels sont les problèmes que vous avez rencontré dans l'exécution de vos missions ?

Quelles ont été les mesures prises pour leurs résolutions ?

Thème 2 : Information et la communication

Participez-vous aux concertations sur le FD ?

Comment le CRV est-il informé des résultats du FD ?

Quelles sont vos relations avec les autres parties prenantes du niveau central et du niveau régional ?

Quels sont les problèmes de communication que vous avez notés ?

Thème 3 : Limites, Recommendations

Quelles sont les limites à vos missions ?

Quelles sont vos recommandations pour améliorer la mise en œuvre du FD ?

Est-ce qu'il y a d'autres aspects que nous n'avons pas abordés et qui vous semblent préoccupants ? Lesquels?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre et pour les informations que vous avez pu me fournir.

GUIDE D'ENTRETIEN SUR LES CPOM AVEC LES SERVICES DU NIVEAU CENTRAL DU MSAS ET LES PARTENAIRES D'APPUI

INTRODUCTION

Bonjour, je m'appelle _____. Je suis membre de l'équipe chargée de mener une enquête sur les mécanismes d'achat stratégiques mises en œuvre dans le secteur de la santé.

L'objectif de cette enquête est d'évaluer les mécanismes d'achat existants en vue de l'élaboration d'un document sur achats stratégiques

Nous sollicitons votre participation, étant donné que vos points de vue seraient particulièrement importants et pourraient contribuer à une meilleure compréhension des mécanismes d'achats stratégiques. Notre entretien va durer au maximum 30 mns.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Date de l'entretien

Langue de l'entretien

Début de l'entretien (heure)

Fin de l'entretien (heure)

Sexe de l'interviewé

Institution appartenance:

Poste occupé au sein de votre institution

Nombre d'années de présence au sein de l'institution

ENTRETIEN

Thème 1: Conception

Qu'est ce qui a motivé la mise en œuvre des CPOM ?

Quels sont les critères d' enrôlement des EPS dans le CPOM ?

Comment les objectifs du contrat sont-ils déterminés ?

Quels sont les documents de procédures et directives élaborés ?

Thème 2 : Coordination et Suivi

De quelle(s) structure(s) décisionnelle(s) votre institution est-elle membre ?

Quel est le poste occupé par votre institution dans cette structure ?

Quelles sont vos rôles et responsabilités dans la mise en œuvre des CPOM ?

Comment le suivi de la mise en œuvre des plans pluriannuels et des engagements des parties prenantes est-il effectué ?

Quelles sont vos appréciations sur les instances de coordination et de suivi des CPOM ?

Quelles sont les difficultés que vous avez notées dans la mise en œuvre des CPOM ?

Thème 3: Ressources Financières

Quelles sont les sources de financement des CPOM ? (Sondez sur financement concertée et complémentaire, cote part)

Quelles sont les conditions d'allocation des ressources aux EPS ? (Sondez compte bancaire dédié ou gestion commune)

Le financement est-il parvenu à toutes les structures signataires ? Sinon pourquoi ?

Quelles sont les difficultés rencontrées dans la mobilisation des ressources ?

Quelle est votre appréciation de la gestion des ressources financières ? (utilisation, système de contrôle)

Thème 4 : Information et la communication

Quelles sont les instances de partage des informations relatives au CPOM ?

Combien de fois avez participé à la tenue de ces instances ?

Comment communiquez-vous avec les autres parties prenantes du CPOM ?

Thème 5 : L'impact du FD

Dans quelle mesure les objectifs des CPOM ont-ils été atteints ?

Dans quelle mesure les activités planifiées ont-elles été exécutées ? (Sondez le taux d'exécution des activités)

L'utilisation des services a-t-elle augmenté avec l'exécution des CPOM ?

La sécurité des services s'est-elle améliorée avec les CPOM ?

Quels sont, selon vous, les changements apportés dans l'environnement de travail par les CPOM ? (Sondez amélioration plateau technique, disponibilité des produits, etc.)

Selon vous l'exécution des CPOM a-t-il influencé le comportement des prestataires ? Si oui, en quoi ?

Thème 6 : Leçons apprises et Recommandations :

Quelles leçons avez-vous tiré de la mise des CPOM ?

Quels sont les défis dans l'exécution des CPOM ?

Quelles sont les stratégies que vous proposez pour pérenniser cette approche ?

Quelles sont vos recommandations pour l'amélioration de la mise en œuvre des CPOM ?

Est-ce qu'il y a d'autres aspects que nous n'avons pas abordés et qui vous semblent préoccupants ? Lesquels ?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre et pour les informations que vous avez pu me fournir.

GUIDE D'ENTRETIEN SUR LE CPOM AVEC LES DIRECTIONS DES EPS ET LES PRESTATAIRES

INTRODUCTION

Bonjour, je m'appelle _____. Je suis membre de l'équipe chargée de mener une enquête sur les mécanismes d'achat stratégiques mises en œuvre dans le secteur de la santé.

L'objectif de cette enquête est d'évaluer les mécanismes d'achat existants en vue de l'élaboration d'un document sur achats stratégiques

Nous sollicitons votre participation, étant donné que vos points de vue seraient particulièrement importants et pourraient contribuer à une meilleure compréhension des mécanismes d'achats stratégiques. Notre entretien va durer au maximum 30 mns.

INFORMATIONS GENERALES

Date de l'entretien

Langue de l'entretien

Début de l'entretien (heure)

Fin de l'entretien (heure)

Sexe de l'interviewé:

Région:

EPS:

Poste occupé au sein de votre structure :

Nombre d'années de présence au sein de votre structure :

ENTRETIEN

Thème 1 : Coordination et Suivi

De quelle structure décisionnelle êtes-vous membre ?

Quel poste occupez-vous dans la structure décisionnelle ?

Quels sont vos rôles et responsabilités dans le processus de mise en œuvre du CPOM ?

Les mesures prises lors de vos réunions sur les CPOM sont-elles suivies d'effets ?

Comment rendez-vous compte de l'évolution des activités inscrites dans le plan d'action

Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées dans la gestion des données ?

Comment appréciez la coordination et le suivi de la mise en œuvre du CPOM ?

Thème 2 : Les ressources financières

Quelles sont les modalités de gestion des ressources du CPOM ? (Sondez la mise en commun des différentes ressources ou gestion parallèle)

L'échéancier de financement est-il toujours respecté ? Sinon pourquoi ?

Comment justifiez-vous l'utilisation des ressources ?

Quelles sont les difficultés notées dans la mobilisation des ressources ?

Thème 3 : Information et la communication

Le contenu du contrat d'exécution et les mécanismes d'exécution du CPOM sont-ils connus des prestataires ?

Les informations relatives au CPOM sont-elles partagées au sein de l'EPS ?

Quelles sont vos relations avec les autres parties prenantes ?

Thème 4 : Impact des CPOM

Dans quelle mesure les objectifs des CPOM ont-ils été atteints ?

L'utilisation des services a-t-elle augmenté avec la mise en œuvre du CPOM ?

La mise en œuvre du CPOM a-t-elle favorisé la sécurité des soins et la qualité des services ?

La mise en œuvre du CPOM a-t-elle permis le renforcement du plateau technique ?

L'organisation des services s'est-elle améliorée avec la mise en œuvre du CPOM ?

Quels sont les changements que le CPOM a apportés dans votre façon de travailler ?

Comment appréciez-vous globalement l'apport des différents mécanismes d'achats stratégiques que vous mettez en œuvre ? (Sondez CPOM et les autres mécanismes)

Thème 5 : Leçons apprises, Contraintes et Recommandation

Quelles leçons avez-vous tiré de la mise en œuvre du CPOM ?

Quelles sont les contraintes à la mise en œuvre des CPOM ?

Quelles sont les limites à la mise en œuvre du CPOM ?

Quelles recommandations faites pour amélioration de la mise en œuvre du CPOM ?

Est-ce qu'il y a d'autres problèmes que nous n'avons pas abordés et qui vous semblent préoccupants ?

Lesquels ?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre et pour les informations que vous avez pu me **fournir**

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence de la couverture maladie : manuel des procédures de gestion des initiatives de gratuite dans le cadre de la couverture maladie universelle, juin 2017
2. Ba Boubacar D (2017) : Finances publiques et gestion par la performance dans les pays membres de l'UEMOA : étude de cas du Sénégal
3. Bigirimana E et al : Le Financement Basé sur la Performance : De la phase de projet pilote à l'intégration au niveau du système de santé : Etude de cas du Burundi 2004-2014
4. CTB Sénégal, Juillet 2017 : Contribution de la tarification forfaitaire à l'amélioration de la qualité des soins,
5. Cordaid – SINA Health (2019). Financement basé sur la performance en action Théorie et Instruments
6. Financement Base sur les Résultats au Tchad. Evaluation du processus de mise en œuvre
7. Kiendrébéogo JA., Rusa L, Antony M, Barthès O (2013) : capitalisation de l'expérience pilote du
8. Leye M L et al (2013) : analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite des soins chez les personnes âgées « Plan Sésame » au Sénégal
9. Mathauer I ; Dale E et Meessen B 2017 : L'achat stratégique en vue de la couverture sanitaire universelle : Enjeux et questions politiques-clés. Résumé des discussions d'experts et de praticiens
10. Ministère de la Santé et de l'Action sociale, CRDH, Abt (2015) : documentation du Processus FBR,
11. Ministère de la Santé et de l'Action sociale, Programme National de Financement Basé sur les Résultats (PNFBR), manuel de procédures ; Version 2014
12. Ministère de la Santé et de l'Action sociale, Programme National de Financement Basé sur les Résultats (PNFBR), manuel de procédures ; Version révisée avril 2018
13. Ministère de la Santé et de l'Action sociale (2017) : stratégie nationale de financement de la Santé (SNFS) pour tendre vers la couverture sanitaire universelle
14. Ministère de la santé et de l'Action Sociale, Sénégal : Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028,
15. Ministère de la santé et de l'action sociale, Centre hospitalier régional de Louga : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2016-2018
16. Ministère de la Santé et de l'Action sociale : note technique sur l'élaboration des Projets d'Etablissement et des CPOM
17. Ministère de la Santé et de la Prévention médicale : cadre de référence pour le passage à l'échelle des expériences communautaires réussies
18. O. Ka, El H. Mbaye, *et al.* Plan Sésame au Sénégal : limites de ce modèle de gratuité, janvier-février 2016
19. Organisation mondiale de la Santé 2017 : L'achat stratégique en vue de la couverture sanitaire universelle : Libérer le potentiel.
20. Organisation mondiale de la Santé 201 ; Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle.
21. Paul E, Sieleunou I, Ridde V (2018) : Comment utiliser l'expérience de financement basé sur les résultats (FBR) pour rendre l'achat des services de santé plus stratégique au Bénin ?

22. Programme national de financement base sur les résultats Sénégal : rapport annuel 2016
23. Programme national de financement base sur les résultats Sénégal : rapport de la troisième revue nationale avril 2015
24. Programme Santé USAID 2016-2021 : rapport 2018 de la deuxième année de mise en œuvre du financement direct
25. Programme Santé 2016-2021 de l'USAID/Sénégal : manuel de procédures de financement direct janvier 2019
26. Zongo A (2017) : rapport final de la mission d'évaluation externe du Financement Basé sur les Résultats au Sénégal

