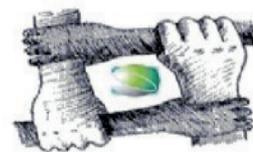




Ministère de la Santé
et de l'Action sociale -
SENEGAL



RVT 2010

POLITIQUE NATIONALE DE CONTRACTUALISATION DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE



Centre national japonais pour la
Santé mondiale et la Médecine

Mars 2017



Agence Japonaise de
Coopération Internationale

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. Problématique et rappel historique	3
1.1. Problématique de la contractualisation des personnels de santé	3
1.2. Rappel historique de la politique de contractualisation du MSAS	4
2. Objectif de la documentation de l'expérience sénégalaise	5
3. Généralités sur la contractualisation	5
3.1. Revue de la littérature	5
3.2. Définition et Justification de la contractualisation	7
3.3. Domaines de la contractualisation au MSAS	8
3.3.1. Établissements publics de santé :	8
3.3.2. Structures sanitaires confessionnelles	8
3.3.3. ONG et Organisations Communautaires de Base (OCB) :	8
3.3.4. Collectivités locales :	9
4. Cadre de mise en œuvre de la contractualisation	9
4.1. Identification des acteurs de la contractualisation	9
4.2. Les différentes étapes du cycle contractuel	11
4.2.1. L'affirmation d'une Volonté politique	11
4.2.2. La mise en place d'une instance de coordination	12
4.2.3. Déroulement des opérations inhérentes au comité technique	12
4.2.4. Partage et consolidation du document	13
4.2.5. La recherche de consensus	13
4.2.6. La validation technique du document	14
4.2.7. La vulgarisation du document	14
4.2.8. Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la politique	15
5. Evaluation de la Politique Nationale de Contractualisation en RH dans le secteur de la santé entre 2006 et 2015	15
5.1. Analyse des résultats	15
5.1.1. Exploitation des données statistiques	15
5.1.2. Effets de la contractualisation sur le fonctionnement des structures sanitaires	19
5.1.3. Coûts de la contractualisation et sources de financement	20

5.2. Enjeux et défis de la contractualisation	22
5.2.1. Forces et faiblesses de la contractualisation.....	22
5.2.2. Les Opportunités et Menaces.....	23
5.2.3. Principaux défis à la pérennisation de la contractualisation	23
6. Orientations stratégiques.....	23
6.1. Contractualisation par le Ministère en charge de la Santé.....	24
6.2. Contractualisation par les partenaires.....	24
CONCLUSION	25
ANNEXE	26
1. Axe stratégique N° 1 : Mise en place d'une base de données factuelle pour la contractualisation.....	26
2. Axe stratégique N° 2 : Intervention de l'Etat dans les arrangements contractuels ..	26
3. Axe stratégique N° 3 Surveillance, contrôle et évaluation des arrangements contractuels (Etats et Bailleurs)	26

ABREVIATIONS ET SIGLES

ACPSF	:	Agents Contractuels des Postes de Santé Fermés
CPN	:	Consultation Périnatale
CPoN	:	Consultation Post Natale
CSP	:	Catégories Socio Professionnelles
DAGE	:	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
DGP	:	Division de la Gestion du Personnel
DPRS	:	Direction de la Planification, de la Recherche et des statistiques
DRH	:	Direction des Ressources Humaines
EPS	:	Etablissement Public de Santé
FHI	:	Family Health International
LFR	:	Loi des Finances Rectificatives
IDE	:	Infirmier d'Etat
JICA	:	Agence Japonaise de Coopération Internationale
MED	:	Médecin
MSAS	:	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
NCGM	:	National Center for Global Health and Medicine
OCB	:	Organisations Communautaires de Base
OCDE	:	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
ODD	:	Objectifs de Développement Durable
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PCIME	:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDIS	:	Programme de Développement Intégré de la Santé
PED	:	pays en développement
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNDRHS	:	Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé
PTF	:	Partenaire Technique et Financier
PTE	:	Pays Pauvres Très Endettés
RH	:	Ressources Humaines
RHS	:	Ressources Humaines pour la Santé
RVT 2010	:	Réseau Vision Tokyo 2010
SIDA	:	Syndrome d'Immuno-déficience Acquise
SFE	:	Sage Femme d'Etat
SR	:	Santé de la Reproduction
TS	:	Technicien Supérieur
TSS	:	Technicien Supérieur de Santé
UEMOA	:	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
VIH	:	Virus de l'immuno-déficience Humaine

INTRODUCTION

L'importance des défis à relever dans le secteur de la santé notamment l'insuffisance du personnel et son manque de motivation pour exécuter des activités dans l'ensemble du territoire national a amené de plus en plus l'Etat à reconnaître l'importance de la contractualisation dans l'atteinte des objectifs de la Politique Nationale de Santé.

Le Ministère de la Santé, depuis plusieurs décennies et à travers son Plan National de Développement Sanitaire, s'est appuyé sur les principes des soins de santé primaires pour assurer la disponibilité de ressources humaines qualifiées surtout dans les zones dites reculées ou difficiles.

Avec le désengagement de l'Etat et l'impérieuse nécessité d'assurer le fonctionnement des structures de santé, le Ministère de la Santé du Sénégal a adopté depuis 2002 une politique de contractualisation qui, à l'origine, devait permettre la réouverture des postes fermés, faute de personnel.

En effet, la mise en œuvre de la politique de contractualisation de personnels de santé a non seulement permis de booster les indicateurs de santé mais aussi de matérialiser l'implication des partenaires techniques et financiers dans la gestion des ressources humaines en Santé. Cette multisectorialité a ainsi permis d'élargir les possibilités de prise en charge des besoins de santé des populations.

Du fait de l'intérêt que les pouvoirs publics portent sur la politique de contractualisation et du processus participatif qui fonde sa légitimité, il est fondamental de la documenter afin d'en faire un outil efficace.

Tel est l'objectif du Réseau Vision Tokyo 2010, qui à travers ce document, compte partager l'expérience du Sénégal en matière de contractualisation des ressources humaines en Santé.

1. Problématique et rappel historique

1.1. Problématique de la contractualisation des personnels de santé

Les Ressources humaines de qualité constituent le facteur le plus déterminant pour améliorer l'efficacité d'un système de santé. Un constat amer est que 57 pays, dont 36 en Afrique subsaharienne et 6 en Asie du Sud Est, connaîtront une pénurie aigue de personnels de santé avec un déficit cumulé de 4,3 millions de personnels. A cette carence s'ajoute les inégalités criantes : l'Afrique compte que 3% des agents de santé de la planète alors qu'elle concentre 11% de la population mondiale et supporte 24% de la charge de morbidité mondiale. Cette « crise » des ressources humaines en santé empêcherait la réalisation des Objectifs de Développement Durable, malgré un accroissement des financements en faveur de la santé.

Les causes de cette situation sont bien connues, en premier lieu desquelles figurent l'insuffisance des formations dans les PED qui ne produisent pas assez de RHS pour compenser les pertes dues à l'attrition, à l'émigration et aux décès des personnels. A cette production insuffisante s'ajoutent les faibles capacités d'absorption des pays : les programmes d'ajustement structurel des institutions financières internationales et le manque de volonté politique ont limité les dépenses en santé des pays. L'insuffisance de recrutement et les rémunérations limitées laissant ainsi de nombreux personnels de santé au chômage malgré la pénurie ou les poussant à se tourner vers des Sources de revenus alternatives qui les éloignent des centres de santé publics.

En outre, les velléités migratoires déplacent chaque jour des personnels de santé des zones défavorisées vers les zones les plus riches par cercles concentriques, au niveau local et national d'abord, puis continental, et enfin international. Cependant il faut noter que la fuite des cerveaux, même si elle reste un enjeu éthique d'importance en mettant un peu plus sous tension des systèmes déjà à l'agonie, semble marginale face à l'ampleur du problème : les médecins et infirmières nés en Afrique et travaillant dans un pays de l'OCDE ne représenterait qu'autour d'un dixième de la pénurie totale estimée pour l'Afrique et l'Asie du Sud Est.

A la pénurie quantitative à l'échelle nationale s'ajoute ou se substitue une inéquitable distribution des RHS sur les territoires ; les zones rurales et isolées sont délaissées au profit de zones urbaines considérées comme plus attrayantes en termes de conditions de vie, de travail, et de possibilités d'avancement ; les perspectives d'évolution sont peu optimistes avec un fardeau croissant de la pandémie du VIH au Sud et une extension de la demande en RHS au Nord avec le vieillissement de la population.

Pour corriger ces manquements, l'Etat, à travers le PDIS (2003-2007), première phase du PNDS, s'est engagé à recruter au moins 250 agents par an pendant 5 ans, pour résorber le déficit chronique lié en grande partie aux nombreux plans de réajustement conjoncturels qui avaient contraint l'Etat à se désengager du recrutement des diplômés des écoles de formation.

Au constat, l'Etat n'a pas régulièrement honoré son engagement et il s'y ajoute des données réelles et handicapantes non tenues en compte plus tôt ; ce sont :

- les départs définitifs (licenciements, retraites, décès, démissions)
- les départs temporaires (mise en position de stage, disponibilité, affectations à d'autres départements ministériels, détachements)

1.2. Rappel historique de la politique de contractualisation du MSAS

Le déficit du personnel de santé est un phénomène mondialement ressenti et de manière excessivement prononcé dans les pays en voie de développement.

C'est pourquoi, dans le contexte sénégalais, une orientation majeure du PNDS est le développement des ressources humaines qui devrait permettre de disposer de personnel compétent et en nombre suffisant au niveau des différentes structures de santé, conformément aux recommandations de l'OMS, et en tenant compte des spécificités du pays.

Conscient de l'ampleur du fléau s'accroissant d'année en année et aux multiples vices du recrutement conventionnel au niveau de la Fonction publique, l'Etat s'offre une alternative en expérimentant la contractualisation.

Pour se faire, en 2002, le département de la Santé envisage de procéder, avec l'appui de l'initiative PPTTE (Pays Pauvres Très Endettés) à une politique de contractualisation, en complément d'effectif pour rendre fonctionnels les postes de santé fermés dans un premier temps, par la suite, renforcer les autres structures en personnels surtout spécialistes comme chirurgiens, anesthésistes, cardiologues, pédiatres, gynécologues et personnels de soutien.

2. Objectif de la documentation de l'expérience sénégalaise

L'objectif général de ce document est de partager l'expérience du Sénégal en matière de contractualisation des ressources humaines en Santé. Plus spécifiquement, il s'agira de :

- faire l'état des lieux de la contractualisation au MSAS ;
- proposer un système de gestion de la contractualisation ;
- faire valider le document de contractualisation par l'autorité.

3. Généralités sur la contractualisation

3.1. Revue de la littérature

Les expériences en matière de contractualisation ont été développées dans presque tous les pays même si leur publication fait défaut.

En Afrique, en général toutes les politiques de contractualisation avaient pour but de doter les zones reculées et/ou difficiles de personnel qualifié. En atteste le document de politique sur « l'installation de jeunes médecins en zones rurales : l'expérience de Madagascar et du Mali ». Le résumé reflète que des efforts considérables ont été menés pour fournir des soins de base aux populations rurales, cependant la qualité des soins reste toujours médiocre. L'absence du médecin généraliste est paradoxale si on considère le nombre de jeunes médecins aujourd'hui formés dans de nombreux pays d'Afrique francophone et à Madagascar. A partir des exemples malien et malgache, les auteurs montrent l'intérêt d'assurer la médecine générale communautaire qui a pour finalité d'articuler les Soins de Santé Primaires et la Médecine de Famille. Ce qui sous-tend la contractualisation de jeunes médecins pour les zones rurales.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans une de ses publications définit le cadre organique de la contractualisation au Sénégal mais aussi ses différents domaines d'intervention : « L'état de la situation a montré que la contractualisation était déjà utilisée au Sénégal, mais il a aussi été souligné que les différents acteurs ignoraient les nombreuses opportunités que leur offraient les textes juridiques. La présente politique de contractualisation voudrait montrer les domaines et objet pour lesquels le recours à la contractualisation devrait être intensifié au cours des prochaines années. Il ne s'agit pas ici de définir des domaines prioritaires ni d'interdire le recours à la contractualisation dans d'autres domaines que ceux développés ci-après. Il s'agit simplement, en se basant sur la situation actuelle et les principes fondamentaux définis ci-dessus, d'explicitier les domaines pour lesquels on peut s'attendre à un développement du recours à la contractualisation et les orientations stratégiques que celui-ci doit prendre. En outre, les domaines de la contractualisation dans le secteur de la santé au Sénégal doivent rester évolutifs ; ils pourront être revus à l'issue des évaluations périodiques et à la lumière des résultats enregistrés ».

En effet, dès le début des années 90, le Conseil Economique et Social du Sénégal avait recommandé « l'implication du secteur privé dans la gestion des infrastructures de base et des services sociaux » jetant ainsi les bases d'un recours à la contractualisation.

Aussi, l'approfondissement de la décentralisation par des textes réglementaires a modifié considérablement le contexte d'intervention du Ministère de la Santé, à travers la loi 96-07 du 22 mars 1996 qui a consacré le transfert de certaines compétences de santé aux Collectivités locales.

La réforme hospitalière, en consacrant l'autonomie des Etablissements Publics de Santé (EPS), constitue également une opportunité dans la perspective de la contractualisation, jusque-là peu utilisée.

Devant la multitude et la diversité des acteurs que sont l'État, les Collectivités Locales, les Établissements Publics de Santé, les Comités de santé, les Mutuelles de santé, les ONG, les Organisations Communautaires de Base (OCB) entre autres et devant le

nombre important d'expériences de contractualisation, on a assisté à la naissance d'un partenariat mutuellement bénéfique et à la prise d'initiatives offrant plus d'opportunités.

Néanmoins, l'OMS a mis en garde contre la multiplication d'arrangements contractuels spécifiques pouvant entraîner des effets néfastes.

3.2. Définition et Justification de la contractualisation

Le terme contractualisation au ministère en charge de la Santé du Sénégal renvoie à une alternative aux effets du faible taux de recrutement de personnels qualifiés mais aussi participe à l'amélioration des performances et à la pérennisation de l'offre de services de qualité.

Articulée au secteur de la Santé, la contractualisation trouve son fondement dans les textes juridiques organisant les rapports entre employeur et employé. Il s'agit principalement de :

- Loi n°76-60 du 12 juin 1976 portant Code des Obligations Civiles et Commerciales ;
- Loi n°97-17 du 1^{er} décembre 1997 portant Code du travail ;
- Loi n°98-08 portant Réforme hospitalière
- Loi n°2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code général des Collectivités locales/Acte 3 de la décentralisation.
- Décret 2016 portant Statut du personnel des EPS.

Sur le plan politique, la contractualisation concoure à accompagner l'Etat dans son devoir de fournir aux populations des soins de qualité tel que stipulé dans l'article 17 de la Constitution du Sénégal¹. En faisant ainsi recours à la contractualisation, le secteur de la Santé réduit considérablement le déficit en personnel qualifié et améliore l'offre de soins dans les zones dites difficiles ; ce qui, du reste, est gage d'une amélioration des

¹ « L'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapés et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier, l'accès aux services de santé et bien être. »

conditions sociales des populations, quel que soit leur niveau de vie et leur situation géographique.

3.3. Domaines de la contractualisation au MSAS

3.3.1. Établissements publics de santé :

Les arrangements contractuels impliquant les établissements publics de santé hospitaliers comme non hospitaliers sont de plusieurs ordres :

- achat de services non médicaux à des sociétés spécialisées ;
- achat de services médicaux ;
- coopération entre les EPS ;
- contrats de performance ;
- relation avec les mutuelles ;
- jumelages.

3.3.2. Structures sanitaires confessionnelles

La signature de conventions entre ce secteur privé non lucratif et le Ministère de la Santé permet d'associer ces postes de santé privés catholiques à la carte sanitaire. Par ailleurs, il est nécessaire que l'État puisse envisager de déléguer aux postes de santé privés confessionnels la couverture en services de santé essentiels comme la vaccination, la PCIME, les CPN, l'accouchement et les CPoN dans leurs zones respectives en contrepartie d'une subvention de l'État qui sera définie dans un arrangement contractuel. L'exemple de l'hôpital privé catholique Saint Jean de Dieu de Thiès peut être un cas d'école.

3.3.3. ONG et Organisations Communautaires de Base (OCB) :

Pour les ONGs, l'objet de la relation contractuelle concerne le financement pour la réalisation d'activités liées à la santé. Les conventions établies entre les parties définissent de manière claire les axes d'intervention et le coût des subventions.

Quant aux OCB, leurs interventions sont beaucoup plus relatives aux activités préventives et promotionnelles de la Santé. Leurs contrats avec les structures de santé tournent autour de la sensibilisation et la communication pour un changement de comportement.

3.3.4. Collectivités locales :

La loi 96-07 du 22 mars 1996 confère aux régions, communes et communautés rurales le transfert d'un certain nombre de compétences en matière de santé. Il s'agit :

- la gestion et l'entretien des hôpitaux régionaux et départementaux ;
- la gestion, l'entretien et l'équipement des centres de santé situés au niveau des communautés rurales ;
- la mise en œuvre de mesures de prévention et d'hygiène ;
- la participation à l'entretien et à la gestion de centres de promotion et de réinsertion sociale ;
- l'organisation et la gestion de secours au profit des nécessiteux.

4. Cadre de mise en œuvre de la contractualisation

4.1. Identification des acteurs de la contractualisation

Les arrangements doivent être signés par les institutions et les personnes habilitées à cet effet ; toute institution signataire doit avoir la capacité juridique de signer ou avoir reçu mandat pour le faire. Il s'agit de :

- l'Etat et ses démembrements ;
- les Collectivités locales (prise en charge des compétences transférées dans le domaine de la santé par la loi 96-07 du 22 mars 1996 et l'acte 3 de la décentralisation ;

- les institutions de financement et les organisations internationales ;
- les Etablissements Publics de Santé ;
- les PTF et ONG (il existe déjà des expériences de contractualisation entre le Ministère en charge de la santé et les ONG pour l'exécution de services de santé à travers la sensibilisation, l'éducation pour la santé et la fourniture de paquets de services à base communautaire ; cette contractualisation peut aussi exister entre les ONG et les collectivités locales)

La politique de contractualisation rappelle que tous les acteurs œuvrant dans le domaine de la santé sont concernés et qu'il est du devoir de l'État de veiller au respect de ce principe et de les y aider.

La mise en œuvre d'une politique de contractualisation, que ce soit au niveau central ou local, au niveau d'une institution ou d'une structure sanitaire, requiert les préalables suivants :

- se conformer à l'approche contractuelle du Ministère en charge de la Santé ;
- préparer les documents opérationnels qui doivent accompagner la mise en œuvre : textes réglementaires, guides opérationnels, etc. ;
- déterminer le rôle des collectivités locales dans le cadre de la décentralisation administrative;
- recenser les expériences des pays voisins (Revue de littérature) ;
- vérifier l'existence d'un statut juridique spécifique pour les acteurs ; ceci est important en matière de contractualisation car il détermine la capacité de signer des contrats ;
- vérifier les mécanismes d'accréditation des ONG ;
- vérifier la conformité des arrangements contractuels par rapport aux objectifs de la Politique nationale de santé.
- se référer à une structure-type d'un contrat à des fins d'harmonisation; cette partie peut paraître théorique pour certains; il convient d'adapter cet instrument à la réalité du pays;

- identifier les domaines, objet et contenu des arrangements contractuels ; il s'agira d'indiquer les domaines où l'on a recours à la contractualisation et les types de relations contractuelles qui y sont développés ; il sera utile de rappeler les principaux résultats et les difficultés des expériences passées ou en cours, et les acteurs qui ont principalement développé des expériences en matière de contractualisation ;

Certains facteurs peuvent constituer des obstacles à une bonne contractualisation ; il s'agit notamment de :

- l'absence de réglementation (ex : contractualisation par les associations professionnelles) ;
- l'absence de contrôle du document contractuel ;
- l'absence de personnalité juridique chez certains acteurs ;
- la méconnaissance des textes législatifs et réglementaires ;
- l'insuffisance des compétences professionnelles des acteurs ;
- l'insuffisance d'une culture managériale dans l'exécution des contrats.

4.2. Les différentes étapes du cycle contractuel

Pour élaborer un document de Politique nationale de contractualisation, il convient de respecter les différentes étapes du processus. Cette activité requiert une approche multisectorielle. Le domaine qui nous intéresse ici est la contractualisation de postes de travail bien ciblés qui ne peuvent pas être suffisamment dotés en personnels dans les conditions de prise en charge des salaires de la Fonction publique.

Une fois les préalables respectés, on peut distinguer les étapes suivantes pour la mise en œuvre du processus :

4.2.1. L'affirmation d'une Volonté politique

Tout processus conduisant à l'élaboration d'un document de contractualisation requiert un engagement politique des autorités qui doit être matérialisé par une note du ministère en charge de la Santé.

Par ailleurs, certains partenaires au développement qui sont intéressés par la contractualisation souhaiteraient s'appuyer sur un document de référence. Ce document constituera un cadre de référence harmonisé pour l'utilisation des RHS.

4.2.2. La mise en place d'une instance de coordination

Le ministère de la Santé doit mettre en place les instances qui conduiront le processus. Il est recommandé de constituer une instance technique chargée de l'élaboration de la Politique nationale de contractualisation.

Ce comité technique sera dirigé par la direction technique concernée. Les membres de ce comité technique doivent être assurés de pouvoir consacrer tout le temps qui convient à cette tâche pendant toute la durée du processus.

Ce comité technique peut être élargi à d'autres cadres du Ministère de la Santé du niveau régional, aux partenaires, aux ONG locales, aux instances de représentation (syndicats, ordres, etc.). Ce comité sera composé de 20 à 30 personnes et aura pour rôle principal de rédiger le document technique.

4.2.3. Déroulement des opérations inhérentes au comité technique

Pour la conduite des travaux, le comité technique devra :

- faire l'analyse situationnelle en matière de recours à la contractualisation des RHS à travers une étude spécifique lui permettant de rassembler l'information nécessaire sur les domaines, les acteurs, l'objet, les facteurs de réussite, les difficultés rencontrées, etc.

Cette photographie de la contractualisation au moment de l'élaboration de la politique permettra, entre autres, au lecteur de mieux comprendre les raisons d'être et les objectifs de la politique de contractualisation qui est proposée;

- organiser des rencontres des membres du Comité technique avec les acteurs concernés : ONG, ordres, collectivités locales, syndicats, partenaires au développement, etc. Ces rencontres doivent permettre une meilleure connaissance du positionnement de chacun des acteurs sur la

contractualisation mais aussi d'informer ces acteurs sur le processus d'élaboration du document de politique de contractualisation et l'implication attendue d'eux ;

- rédiger un premier draft du document de politique de contractualisation.

4.2.4. Partage et consolidation du document

Le document final doit être rédigé et validé par l'ensemble des membres du comité technique, en atelier résidentiel.

Tous les membres du comité technique doivent s'approprier l'ensemble de son contenu et être en mesure de le soutenir collectivement et individuellement.

4.2.5. La recherche de consensus

Pour une bonne appropriation du document de politique de contractualisation et l'obtention d'un consensus, le comité technique doit le soumettre aux personnes et/ou institutions qui seront invitées à l'atelier de validation technique. Cette distribution doit avoir lieu au moins deux semaines avant ledit atelier, de sorte à donner à ces personnes le temps de lire le document (voire à le faire circuler au sein de leur institution) et de se préparer à l'atelier de validation technique.

Le but de l'atelier est de discuter du contenu du document, de faire connaître leurs points d'accord, leurs points de désaccord, mais aussi d'indiquer leurs suggestions pour l'amélioration du document. Par contre, ce n'est plus le temps de la conception ; il n'est donc pas indiqué de faire des groupes de travail qui réfléchiraient sur des domaines particuliers. Les participants vont se prononcer sur la recevabilité du document par une acceptation sans réserve, une acceptation globale du document sous réserve de certains amendements ou alors un rejet du document. Auquel cas, il faut alors repartir plus haut, mais ce n'est pas dans cet atelier de recherche de consensus que l'on résoudra le problème.

Il s'agira alors de réviser le document de politique de contractualisation en conséquence c'est-à-dire à partir des recommandations qui auront été clairement exprimées et acceptées lors de l'atelier.

4.2.6. La validation technique du document

Si le document est maintenant prêt au niveau des instances techniques, il convient d'en obtenir la validation politique interne et externe :

- validation interne: il s'agit à ce niveau d'obtenir la validation des instances politiques du Ministère en charge de la Santé. Bien souvent, le Ministre demandera l'avis à son Cabinet et doit officiellement donner son accord ou faire des amendements sur le document.
- validation externe: le Ministre en charge de la Santé peut aussi faire un plaidoyer au niveau du gouvernement pour une meilleure appropriation de la politique de contractualisation.

4.2.7. La vulgarisation du document

Pour les besoins de la publication, le document doit être imprimé. Il convient de choisir le nombre de copies adéquat si l'on veut que ce document serve de base à tous les acteurs qui, dans le pays, veulent recourir à la contractualisation. Afin de lui donner tout l'intérêt qui sied, il est important que le document indique clairement le caractère officiel : par exemple, une publication avec le drapeau national sur la couverture ou son paraphe par l'autorité.

Par ailleurs, si le Ministère de la Santé dispose d'un site web, il est important que ce document de politique de contractualisation soit en ligne sur ce site.

Une fois imprimé, le document doit être diffusé par la cellule communication du Ministère en charge de la santé.

Il est utile de mettre en place une campagne de sensibilisation à travers la presse, écrite, parlée ou télévisée. Une telle campagne permettra à tous les acteurs de connaître l'existence de ce document de politique de contractualisation.

4.2.8. Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la politique

Il s'agit d'une directive dont la mise en œuvre se fera à trois niveaux :

- au niveau du suivi des engagements contractuels
- à un niveau technique par les Directions et Services du MSAS ;
- à un niveau politique par un Comité de Pilotage.

Le comité technique devra s'assurer de la mise en place des instances de suivi telles que définies dans le document de politique de contractualisation. Ainsi, il est recommandé que le comité technique poursuive sa mission jusqu'à la mise en place de ces instances. Certains membres peuvent se retrouver au niveau des instances de suivi de la Politique nationale de contractualisation, assurant ainsi une continuité du processus.

5. Evaluation de la Politique Nationale de Contractualisation en RH dans le secteur de la santé entre 2006 et 2015

5.1. Analyse des résultats

5.1.1. Exploitation des données statistiques

Tableau 1 : Effectifs des contractuels du MSAS de 2006 à 2015

CSP	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Agent sanitaire	15	4	3	3	3	3	3	3	2	1
Assistant infirmier	222	145	166	165	201	218	230	229	234	219
Chauffeur	17	12	16	14	15	15	14	14	13	12
Fille de salle	3	4	5	2	2	2	6	3	4	4
Garçon de salle	6	6	7	0	0	0	0	0	0	0
Gardien	2	3	3	0	0	0	0	116	0	0
Infirmier d'Etat	22	28	48	44	81	94	92	97	137	133
Infirmier breveté	180	135	113	101	98	98	100		100	73
Infirmier militaire	34	24	21	18	16	13	14	13	12	14
Médecin	10	26	30	28	32	36	18	20	27	14
Secrétaire	7	2	4	3	4	4	5	5	5	5
Sage-femme d'Etat	41	26	61	60	121	152	136	169	235	78
Technicien Biologie	8	11	17	19	19	19	14	15	16	13

CSP	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TS Anesthésie-Réa	4	1	3	2	5	2	0	1	0	0
Aide infirmier	0	5	13	13	15	27	34	42	59	63
Ingénieur biomédical	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1
Ingénieur biologie	0	0	0	0	3	0	1	1	1	0
Physicien	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
TSS Kinésithérapie	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Vendeur pharmacie	0	0	1	1	1	2	2	2	2	2
Pharmacien	5	5	7	5	7	6	4	3	5	5
Chirurgien dentiste	0	0	1	2	6	4	3	5	4	2
TSS Enseignement/Adm.	0	1	0	0	1	1	2	0	0	0
TSS Imagerie Médicale	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0
Prép en Pharmacie	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2
Assistant social	0	0	1	1	1	1	2	2	8	8
TS Santé communautaire	0	0	0	0	0	0	0	1	9	9
Sous total médical et Paramédical	576	440	523	484	632	702	681	744	876	658
Personnel administratif et technique	282	288	327	269	341	350	392	354	431	421
TOTAL GENERAL	858	728	850	753	973	1052	1073	1098	1307	1079

Source : Bureau des contrats/ DGP/DRH/MSAS 2015

Le tableau ci-dessus fait état de la répartition des personnels contractuels de 2006 à 2015. En effet, dans les deux premières années marquant le démarrage du plan Cobra, l'accent était mis sur la contractualisation des infirmiers (IDE, brevetés et militaires) et assistant-infirmiers. Cette option trouve sa justification dans l'ouverture des postes qui étaient fermés mais surtout dans la dotation des structures de santé nouvellement créées et/ou reculées en personnel qualifié. Ce qui a, par ailleurs, permis la réouverture de plus de soixante-dix postes fermés, faute de personnel.

Concernant les sages-femmes d'Etat, nous observons en général une augmentation annuelle du nombre de contrats signés de 2006 à 2014. Le faible effectif en 2015 est dû au recrutement de 162 SFE par la Fonction publique. En effet, en 2014, suite aux engagements du Sénégal au forum mondial sur les RHS, l'Etat a recruté et mis à la disposition du Ministère de la Santé et de l' Action sociale mille (1000) agents de santé dont 500 SFE.

En outre, la DRH, par le biais d'un fort plaidoyer, s'est fixée pour objectif de promouvoir le recrutement dans la Fonction publique des contractuels performants qui ont acceptés depuis plusieurs années de servir dans les zones en difficultés.

Tableau 2 : Répartition des contractuels par famille professionnelle

GRANDES FAMILLES	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Personnel Médical	15	33	40	37	46	48	26	29	37	22
Personnel Paramédical	526	380	447	427	564	631	628	575	815	613
Personnel administratif	289	290	331	272	345	354	397	359	436	426
Personnel technique et de soutien	28	25	31	16	17	17	20	133	17	16
TOTAL	858	728	849	752	972	1050	1071	1096	1305	1077

Source : Bureau des contrats/ DGP/DRH/MSAS 2015

GRANDES FAMILLES	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Personnel Médical	2%	5%	5%	5%	5%	5%	2%	3%	3%	2%
Personnel Paramédical	61%	52%	53%	57%	58%	60%	59%	52%	62%	57%
Personnel administratif	34%	40%	39%	36%	35%	34%	37%	33%	33%	40%
Personnel de soutien	3%	3%	4%	2%	2%	2%	2%	12%	1%	1%
TOTAL	100%									

Graphique 1 : Représentation des contractuels par famille professionnelle

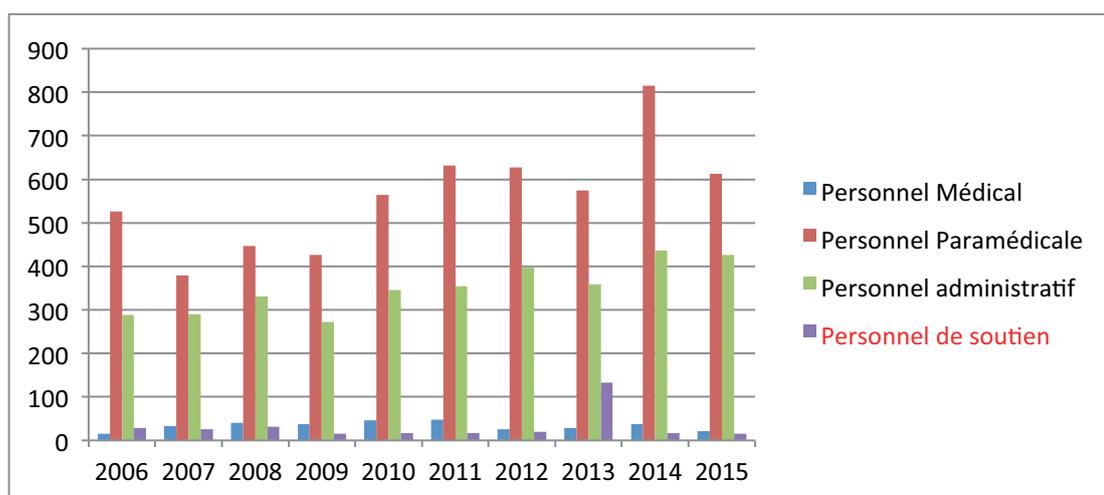
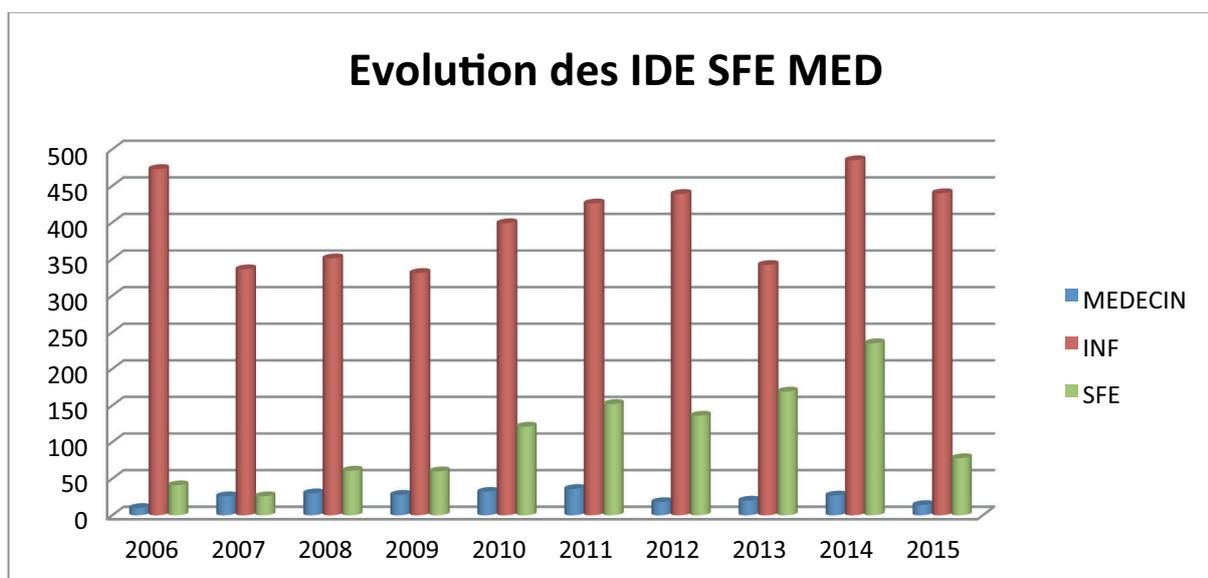


Tableau 3 : Répartition IDE SFE MED

CSP	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Médecin	10	26	30	28	32	36	18	20	27	14
Infirmier	473	336	351	331	399	426	439	342	485	440
Sage-femme d'Etat	41	26	61	60	121	152	136	169	235	78
TOTAL	524	388	442	419	552	614	593	531	747	532

Source : Bureau des contrats/ DGP/DRH/MSAS 2015



5.1.2. Effets de la contractualisation sur le fonctionnement des structures sanitaires

- Réouverture des postes fermés;
- Accessibilité des soins de santé dans les zones difficiles
- Réduction du déficit en RHS qualifiées
- Amélioration des indicateurs de santé

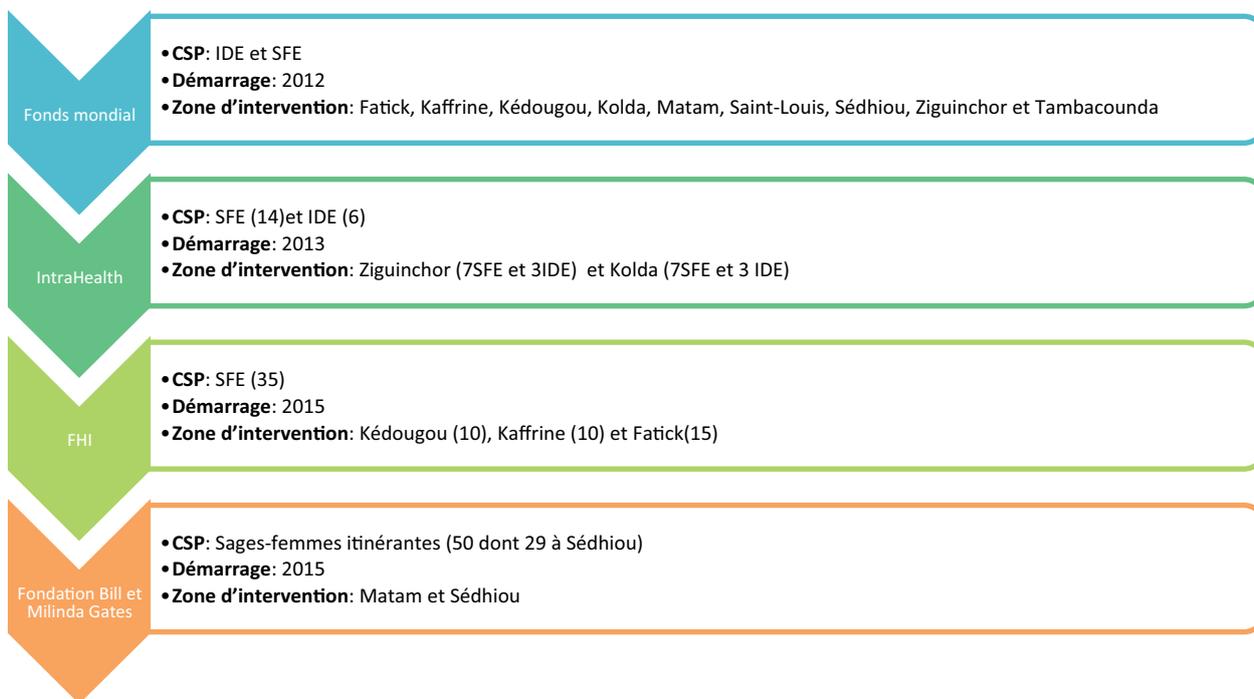
5.1.3. Coûts de la contractualisation et sources de financement

Tableau 4: budget annuel de la contractualisation

ANNEE	PNDS	ACPSF	SR	DIVISION SIDA	DPRS
2006	DAGE	DAGE	9 500 000	24 000 000	-
2007	DAGE	DAGE	9 500 000	24 000 000	-
2008	DAGE	DAGE	9 500 000	24 000 000	-
2009	DAGE	DAGE	9 500 000	24 000 000	-
2010	DAGE	DAGE	9 500 000	24 000 000	-
2011	300 000 000	1 700 702 000	9 500 000	24 000 000	-
2012	300 000 000	1 700 702 000	9 500 000	24 000 000	-
2013	300 000 000	1 700 702 000	9 500 000	24 000 000	-
2014	300 000 000	1 700 702 000	9 500 000	24 000 000	-
2015	300 000 000	1 700 702 000	9 500 000	24 000 000	23 300 000

Les différentes lignes existantes pour assurer la prise en charge des contractuels n'ont pas changées de 2006 à 2015. Cependant, depuis 2008 les charges salariales des contractuels du MSAS dépassent considérablement le budget prévu ; amenant le département à faire recours à la Loi des Finances Rectificatives (LFR) pour combler le déficit budgétaire.

- **Financement des bailleurs**



Le budget alloué aux contractuels recrutés par les PTF est géré directement par ces derniers à l'exception de la Fondation Bill et Mélinda Gates.

Cependant ils s'alignent sur la grille salariale appliquée aux contractuels du MSAS.

La seule particularité est que les PTF octroient leur prime de motivation mensuellement (50 000fcfa), contrairement au MSAS qui alloue cette prime trimestriellement (150 000fcfa) à tous ses agents (étatiques et contractuels).

Exemple traitement salarial SFE/IDE

RUBRIQUES	MSAS	PTF
Salaire de base	92 893	92 893
Sur salaire	182 707	157 707
Prime d'éloignement	0	25 000
Motivation	Etat	50 000
Salaire brut	275 000	325 000

5.2. Enjeux et défis de la contractualisation

La contractualisation constitue pour le système de santé un enjeu majeur.

Le Sénégal, à l'instar des autres pays de la zone UEMOA connaît d'énormes difficultés pour respecter le ratio masse salariale (35%) du budget de fonctionnement. Cette conditionnalité confine nos Etats dans une position inconfortable quant au recrutement dans plusieurs secteurs notamment celui de la Santé. C'est pourquoi, la contractualisation, en tant que politique pour résorber le déficit en ressources humaines de santé, est un moyen pour atteindre les objectifs de santé.

5.2.1. Forces et faiblesses de la contractualisation

- **Les forces**

La contractualisation est un outil de correction du déficit en professionnel de santé surtout dans les zones dites difficiles. Elle permet dans un délai très court de mettre à la disposition des populations du personnel de santé qualifié.

Elle est aussi un instrument efficace dans l'offre de soins avec la volonté des autorités de faire de la couverture maladie universelle une réalité.

Ainsi, la politique de contractualisation trouve son fondement dans :

- l'existence de textes réglementaires ;
- la volonté politique (PNDS, PDIS, PNDRHS) ;
- la disponibilité de personnels qualifiés ;
- l'existence de lignes budgétaires allouées à la contractualisation.

- **Les faiblesses**

- Absence d'un document qui encadre la contractualisation
- Insuffisances des crédits budgétaires alloués
- Faible taux de participation des collectivités locales

5.2.2. Les Opportunités et Menaces

- **Les opportunités**
 - Environnement juridique favorable ;
 - Intervention des bailleurs ;
 - Taux élevé de production de personnels de santé par les universités et écoles de formations en soins de santé ;
 - Environnement économique favorable ;
 - Environnement socioculturel propice.

- Les menaces
 - Environnement concurrentiel ;
 - Inexistence de statut spécial pour le personnel de la santé.

5.2.3. Principaux défis à la pérennisation de la contractualisation

Les principaux défis à la pérennisation de la contractualisation tournent autour des points suivants :

- assurer la disponibilité sur l'étendue du territoire de personnels compétent, motivé et qualifié ;
- asseoir une politique de maintien de personnels de santé ;
- assurer le reversement des contractuels dans la Fonction publique ;
- asseoir une politique de développement des contractuels ;
- assurer une relation contractuelle réglementaire ;
- augmenter l'enveloppe budgétaire.

6. Orientations stratégiques

Les orientations stratégiques ne peuvent pas être définies que dans un contexte institutionnel lié au renforcement du système de santé.

6.1. Contractualisation par le Ministère en charge de la Santé

Assurer la contractualisation de médicaux et paramédicaux et personnels d'appui. Cette approche permettra de régler la problématique des postes de santé fermés faute de personnel ou/et des nouvelles créations dans les zones difficiles.

Elle permettra également de permettre aux populations d'avoir accès à des soins de qualité sur site par des contractuels qui s'engagent à assurer un meilleur exercice du service public.

6.2. Contractualisation par les partenaires

Assurer la production d'activités de santé par l'implication des Partenaires Techniques et Financiers(PTF).

Le MSAS signe des protocoles avec des PTF et s'engage à prendre le relai à la fin de la durée de contractualisation du PTF qui ne peut être en deçà de deux ans.

Le PTF prend en charge la rémunération des professionnels de la santé pendant au moins deux ans et charge pour l'autorité du MSAS de prendre le relai à la fin du projet.

- Contractualisation par les collectivités locales (plaidoyer, accent sur RHS qualifiées)
- Suivi-évaluation (comité national et régional)

CONCLUSION

Le développement de la contractualisation, notamment dans nos pays africains, reste encore ressent. Plusieurs expériences ont vu le jour dans les différents secteurs mais plus particulièrement dans celui de la santé, avec comme principal atout le développement de la multi-sectorialité.

Cependant, les états gagneraient à évaluer les politiques de contractualisation en cours dans leurs pays afin d'en décliner de nouvelles orientations favorables à l'atteinte des ODD mais surtout de la Couverture Sanitaire Universelle.

En se basant sur l'expérience sénégalaise, les pays membres du Réseau Vision Tokyo 2010 peuvent examiner les possibilités d'adopter la contractualisation comme alternative au déficit manifeste de personnels qualifiés dans certaines zones. Cependant, il faut faudrait au préalable développer le consensus autour de la question et garantir la pérennité des emplois aux personnels intéressés.

ANNEXE

Stratégies d'une politique de contractualisation

1. Axe stratégique N° 1 : Mise en place d'une base de données factuelle pour la contractualisation

- Processus de recrutement
- Plan de recrutement
- Exploitation de la base de données
- Enregistrement des contrats
 - Ouverture de dossier
 - Classement des dossiers
- Analyse des contrats

2. Axe stratégique N° 2 : Intervention de l'Etat dans les arrangements contractuels

- Plaidoyer et dialogue constructif entre les acteurs (PTF et Autorités)
- Renforcement des compétences des acteurs (collectivités locales, EPS, Contractuels etc.

3. Axe stratégique N° 3 Surveillance, contrôle et évaluation des arrangements contractuels (Etats et Bailleurs)

Liste des personnes qui ont contribués :

M.CAMARA	DAME	DAGPEC/DRH/MSAS
M.CAMARA	Mathias	CAP/MSAS
M.COULIBALY	Dame	DF/ DRH/MSAS
M.COUNDOUL	Brahame	DGPEC/DRH/ MSAS
M.DIAKHATE	Pape Abdouramane	DGP/DRH/ MSAS
M.DIEME	Thimothé	DGPEC /DRH/MSAS
M.DIOUF	SouKa Ndella	Coordonnateur RVT/ Directeur DRH/MSAS
Mme. FAYE	Ndèye Amy BA	DPRS / DRH/ MSAS
M.MANGANE	Lamine	DRH/MSAS
Mme NDIAYE	Oumy	DGP/DRH/MSAS
M.NDOUR	Meissa	DGP/ DRH/MSAS
M.NIANG	Moustapha	HOGGY
M.OKAYASU	Toshiharu	JICA
M.SEYDI	Malick	DRH/MSAS
Mme.SEYDI	Ndèye Codou	Secrétaire RVT
M. SALLA	Malick	Agent Permanant, RVT
Mme. THIAM	Ndèye Coumba	DPRS/DRH/MSAS

ISSN : 2517-8962

Imprimé au Sénégal

La présente publication a été sponsorisée par :

L'Agence Japonaise de Coopération Japonaise (JICA)



RESEAU VISION TOKYO 2010

**Pour le Développement des Ressources
Humaines de Santé en Afrique**