



**PROGRAMME SANTE**



**Abt Associates Inc.**

**FINANCEMENT ET POLITIQUES DE SANTE**

Financé par USAID et exécuté par Abt en collaboration avec AFRICARE, DGL AFRIQUE, GROUPE ISSA, HKI

**ETUDE SUR LE  
PARTENARIAT PUBLIC  
PRIVE POUR LA MISE EN  
ŒUVRE DES PROGRAMMES  
DE SANTE**

**Dr Fodé Diouf  
Groupe Issa**

Juillet 2008

## ACRONYMES

ANIIDES	Association Nationale des Infirmiers et Infirmières d'Etat du Sénégal
ASBEF	Association Sénégalaise pour le Bien Être Familial
CAFSP	Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
CPN	Consultation Périnatale
CSS	Compagnie Sucrière Sénégalaise
DG	Directeur Général
DMPMTMT	Division de la Médecine privée de la Médecine du travail et de la Médecine traditionnelle
DS	District Sanitaire
EPS	Etablissement Public de Santé
FAD	Fonds Africain de Développement
IB	Initiative de Bamako
ISSA	Groupe Innovation et Services de Santé en Afrique
IPM	Institution de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Sociale
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MFPTE	Ministère de la Fonction Publique du Travail et de l'Emploi
MSH	Management Sciences for Health
MSP	Ministère de la Santé et de la Prévention
MSPAS	Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale
OCB	Organisation Communautaire de Base
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement

ONG	Organisation Non Gouvernementale
PF	Planification Familiale
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPP	Partenariat Public Privé
RM	Région Médicale
SDE	Société des Eaux
SONATEL	Société Nationale des Télécommunications
SR	Santé de la Reproduction
SUNEOR	Société des Oléagineux
TDR	Test de Diagnostic Rapide
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

## Résumé analytique

L'étude sur le partenariat public privé (PPP) pour la mise en œuvre des programmes de santé, commanditée par le ministère de la santé, se veut une contribution pour débloquer une stratégie du PNDS qui a connu peu d'avancées depuis une dizaine d'années.

L'opportunité du Programme Santé USAID 2007-2011 a été saisie pour en assurer le financement à travers sa Composante « Financement et Politiques de Santé ».

Il s'est agi de procéder à une revue de l'environnement juridique, législatif et réglementaire du PPP et des cadres de collaboration PP existants et d'analyser les pratiques actuelles de PPP à l'échelle du district sanitaire et plus précisément au district sanitaire de Kaolack, en vue de proposer des orientations pour l'expérimentation d'une stratégie de PPP à l'échelle district.

Il a été mis en place, une équipe de recherche de six (06) personnes comprenant outre le MCR/KL coordonnateur, le MCD/KL, la CAFSP, la DS/DMPMTMT, le Président du Collectif des Médecins privés et le Président de l'Association des Infirmiers de la Région de Kaolack. Le groupe Issa a été recruté par USAID/Abt pour apporter une assistance à cette équipe.

Il a été procédé à une revue documentaire concernant le cadre institutionnel du PPP : lois, décrets, arrêtés, circulaires, fiches techniques, documents de politique. Toutes les lois, le code de déontologie médicale, les conventions, les décrets et arrêtés d'application, les documents de politique ainsi que des notes de services et fiches techniques ont été exploités pour voir ceux d'entre eux qui peuvent favoriser le partenariat. La documentation pertinente a été en grande partie fournie par les services centraux du ministère.

Ensuite des missions de terrain ont été effectuées à Kaolack et à Richard-Toll dans le but de rencontrer les principaux acteurs locaux du partenariat public privé au niveau de ces deux districts. C'est ainsi qu'à Kaolack, le consultant du Groupe Issa a pu discuter avec le président et certains membres de l'Association des Infirmiers Privés de la région, le collectif des médecins privés, certains médecins d'entreprises et le médecin chef du district sanitaire de Kaolack afin de documenter l'expérience du district de Kaolack. A Richard-Toll, la mission composée de trois membres de l'Equipe élargie et du consultant, a pu découvrir l'expérience de partenariat entre la CSS et le District sanitaire.

Les rapports issus de la revue documentaire, des différents missions et des réunions de partage de l'Equipe ont permis de faire le diagnostic de la situation actuelle du PPP au double plan institutionnel et opérationnel sur la base des expériences du district de Kaolack et du district de Richard-Toll, d'identifier les facteurs de succès du PPP au niveau opérationnel et d'élaborer la stratégie d'expérimentation du PPP à l'échelle district.

C'est ainsi qu'au plan organisationnel, le fait que le secteur privé soit géré au niveau du ministère chargé de la santé par un Bureau au sein de la DMPMTMT, montre que l'importance accordée à ce secteur n'est pas à la hauteur de la place qu'il occupe dans l'offre de soins et le financement de la santé. Il faut aussi regretter que l'organigramme fonctionnel au niveau des régions médicales et des districts sanitaires ne prenne pas suffisamment en

compte les questions liées à la participation du secteur privé dans la mise en œuvre des programmes de santé. Il convient de tout faire pour corriger une telle situation particulièrement préjudiciable pour le PPP.

Au plan organisationnel, il n'est fait, nulle part, dans aucun des textes organisant la CAFSP, mention du privé. Le constat fait pour la DPMMTMT, à savoir l'absence de répondant au niveau régional, reste également valable pour la CAFSP. Il faut cependant se féliciter de l'existence d'un Document de Politique de Contractualisation, élaboré mais pas suffisamment exploité dans le cadre du PPP. Avec le Guide d'opérationnalisation qui vient d'être validé, il y a espoir que cette situation soit vite dépassée.

Il faut souligner, pour le déplorer, que le médecin chef de région et le médecin chef de district chargés de mettre le PPP, n'ont pas la délégation de pouvoir leur conférant l'autorité. La correction de ce manquement est un préalable essentiel.

Les infirmiers semblent être mieux préparés pour jouer un rôle dans le PPP, si l'on en juge par l'expérience de Kaolack, en se basant sur le fait qu'ils ont créé une association des infirmiers, reconnue par arrêté du gouverneur. Si cette organisation fait tâche d'huile, elle pourrait aboutir à une Fédération nationale des Associations d'infirmiers privés. Les médecins ne sont pas bien organisés, mais Kaolack a montré la voie.

Les médecins d'entreprise ont aussi leur place dans le PPP. La convention entre le ministère et la compagnie sucrière sénégalaise (CSS) en est une illustration, même s'il y a des choses à améliorer. SUNEOR, même sans convention, s'est particulièrement distinguée à travers l'expérience de Kaolack.

Au vu de tout ce qui précède, une Stratégie a été proposée, autour de huit (08) points :

1. Information/sensibilisation des acteurs sur la politique de contractualisation et les modalités d'établissement de relations contractuelles.
2. Imprégnation des acteurs sur les textes législatifs, réglementaires et juridiques, utiles pour le PPP ;
3. Implication des acteurs aux ateliers de planification
4. Formation/recyclage des acteurs sur les Programmes prioritaires en relation avec le domaine de partenariat
5. Identification des domaines d'intervention
6. Mise en place d'arrangements contractuels avec chaque acteur
7. Mise en place de mécanismes conjoints de recherche de financement
8. Suivi/évaluation de la mise en œuvre du partenariat public privé

# ETUDE SUR LE PARTENARIAT PUBLIC PRIVE POUR LA MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES DE SANTE

## Introduction

Le développement du Partenariat Public Privé (PPP) fait partie des stratégies du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui vise, dans un contexte de réduction de la pauvreté, l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dont trois (03) ont un effet direct sur la santé car ils concernent la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile et le contrôle des endémies. Mais force est de constater qu'il y a eu peu d'avancées depuis ces dix (10) dernières années. Le secteur privé n'est pas suffisamment impliqué dans la mise en œuvre des programmes de santé, notamment du fait de l'absence de cadre de collaboration formelle à tous les niveaux, malgré l'existence d'une réelle volonté politique. C'est pour pallier ces insuffisances que le Ministère chargé de la santé a commandité cette étude.

## 1. Contexte et Justification

Au Sénégal, le secteur de la santé comprend un volet public et un volet privé. Cependant l'organigramme du ministère de la santé ne prend pas suffisamment en compte le privé. Les structures qui s'occupent de ce volet sont logées dans plusieurs directions sans coordination entre elles. D'ailleurs, le Ministère chargé de la santé se limite à délivrer des autorisations pour l'installation de médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes et paramédicaux. Le poids du privé dans l'offre de soins et le financement de la santé, bien qu'important, n'est pas bien connu.

A cela, il faut ajouter que les médecins du privé sont actuellement plus nombreux que ceux du public et que l'apport du privé pourrait contribuer dans une large mesure à combler le déficit chronique en personnels de santé qualifiés dans les structures publiques. Au plan du financement, la part du secteur privé pourra être mieux connue avec les résultats des comptes nationaux de la santé en cours d'élaboration. Mais d'ores et déjà, il a été démontré que moins de 50% des dépenses de santé en Afrique relèvent du public, le reste étant assuré par les ménages qui achètent des soins dans le secteur privé<sup>1</sup>.

En fait, la solution aux différents problèmes liés au financement de la santé passera, entre autres, par le développement du partenariat public-privé (PPP). Toutefois, le secteur privé n'est pas toujours présent dans le processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques et programmes de santé. Et pourtant, les services de santé privés sont aussi bien fréquentés par les riches que par les pauvres. En réalité, l'apport du privé en matière de santé aurait pu être plus important si ce secteur était bien organisé, si la politique de contractualisation était mise en œuvre et si des cadres formels de collaboration Public-Privé

---

<sup>1</sup> Développement Humain de la Région Afrique - Série Documents de Travail No. 106 : "Tendances et perspectives des Partenariats entre les secteurs publics et non étatiques pour améliorer les services de santé en Afrique". Par Tonia Marek, Catherine O'Farrell, Chiaki Yamamoto & Ilyse Zable (mars 2006).

étaient créés et rendus fonctionnels. La présente étude est une contribution du Programme santé USAID 2007-2011, à travers sa Composante "Financement et Politiques de Santé".

## **2. Objectifs**

### **2.1. Objectif général**

- ✓ Contribuer au développement du PPP en matière de santé au Sénégal

### **2.2. Objectifs spécifiques**

- ✓ Procéder à une revue de l'environnement juridique, législatif et réglementaire du PPP et des cadres de collaboration PP existants ;
- ✓ Analyser les pratiques actuelles de PPP à l'échelle du district sanitaire et plus précisément au district sanitaire de Kaolack, en vue de proposer des orientations pour l'expérimentation d'une stratégie de PPP à l'échelle district.

## **3. Méthodologie**

Dès le départ, le ministère de la santé et de la prévention a mis en place, par note de service, une Equipe de recherche de six (06) personnes comprenant le MCR/KL, le MCD/KL, la CAFSP, la DS/DMPMTMT. Le groupe Issa a été recruté par USAID/Abt pour apporter une assistance à cette équipe qui s'est attelé dans un premier temps à se doter d'une feuille de route au terme de sa première réunion tenue à Kaolack sous la direction du médecin chef de région qui assure la présidence de l'Equipe. En même temps l'Equipe a jugé nécessaire de s'élargir en impliquant le Président du Collectif des Médecins privés et le Président de l'Association des Infirmiers de la Région de Kaolack.

Il s'est agi dans un premier temps de procéder à une revue documentaire concernant le cadre institutionnel du PPP : lois, décrets, arrêtés, circulaires, fiches techniques, documents de politique. Toutes les lois, le code de déontologie médicale, les conventions, les décrets et arrêtés d'application, les documents de politique ainsi que des notes de services et fiches techniques ont été exploités pour voir ceux d'entre eux qui peuvent favoriser le partenariat. La documentation pertinente a été en grande partie fournie par les services centraux du ministère.

Ensuite des missions de terrain ont été effectuées à Kaolack et à Richard-Toll dans le but de rencontrer les principaux acteurs locaux du partenariat public privé au niveau de ces deux districts. C'est ainsi qu'à Kaolack, le consultant du Groupe Issa a pu discuter avec le président et certains membres de l'Association des Infirmiers Privés de la région, le collectif des médecins privés, certains médecins d'entreprises et le médecin chef du district sanitaire de Kaolack afin de documenter l'expérience du district de Kaolack. A Richard-Toll, la mission composée de trois membres de l'Equipe élargie et du consultant, a pu découvrir l'expérience de partenariat entre la CSS et le District sanitaire.

Les rapports issus de la revue documentaire, des différents missions et des réunions de partage de l'Equipe ont permis (i) de faire le diagnostic de la situation actuelle du PPP au double plan institutionnel et opérationnel sur la base des expériences du district de Kaolack et du district de Richard-Toll, (ii) d'identifier les facteurs de succès du PPP au niveau opérationnel et (iii) d'élaborer la stratégie d'expérimentation du PPP à l'échelle district.

## **4. Résultats**

### **4.1. Cadre juridique législatif et réglementaire du Partenariat Public Privé**

#### **4.1.1. Cadre institutionnel**

Le cadre institutionnel du Partenariat Public Privé (PPP) repose principalement sur deux entités :

- (i) la Division de la Médecine Privée Médecine du Travail et de la Médecine traditionnelle, logée à la Direction de la santé et ;
- (ii) la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) rattachée au cabinet du ministre de la santé et de la prévention.

##### ***4.1.1.1. Organisation et fonctionnement de la Division de la Médecine privée, de la Médecine du Travail et de la Médecine traditionnelle (DMPMTMT)***

Le décret n° 2004-1404 du 04 Novembre 2004 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention fixe, en ses articles 23 et 24, les missions de la Direction de la santé au sein de laquelle se trouve la Division de la médecine privée, de la médecine du travail et de la médecine traditionnelle (DMPMTMT). Les missions de la DMPMTMT sont précisées dans les articles 34 à 40 du projet d'arrêté organisant la DS. Cette Division comprend quatre (04) bureaux : le bureau de la médecine privée, le bureau des professions paramédicales, le bureau de la médecine d'entreprise et le bureau de la médecine traditionnelle. Elle est chargée, en collaboration avec les services concernés, notamment de : (i) veiller au respect de la réglementation en matière d'exercice de la médecine et des professions paramédicales et (ii) d'impulser, réglementer et promouvoir la médecine traditionnelle.

Il faut noter que depuis 2004, il n'y a pas eu d'arrêté d'application signé pour organiser la DS. Les missions dévolues au bureau chargé de la médecine privée et au bureau des professions paramédicales ne sont pas officielles même si elles figurent dans un projet d'arrêté de la même année. Ce projet d'arrêté reste muet sur les missions dévolues à la division dans le cadre de l'organisation et du fonctionnement de la région médicale.

Les missions des quatre bureaux qui composent la division, telles que figurant dans le projet d'arrêté, sont consignées dans le tableau ci après :

<p><u>Bureau de la Médecine Privée</u></p> <p>Ce bureau est chargé, en relation avec l'Ordre National des Médecins du Sénégal, les Syndicats des médecins, notamment de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-étudier et traiter les dossiers de demande d'installation de cabinets et cliniques ;</li> <li>-assurer le suivi administratif et technique des structures médicales privées ;</li> <li>-élaborer et mettre à jour les textes réglementaires ;</li> <li>-veiller au respect de la réglementation en matière d'exercice de la médecine</li> </ul>	<p><u>Bureau des professions paramédicales</u></p> <p>Ce bureau est chargé, en relation avec les associations professionnelles concernées, notamment de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-étudier et traiter les demandes d'installation à titre privé du personnel paramédical;</li> <li>-assurer le suivi administratif et technique des structures paramédicales privées ;</li> </ul> <p>Répertorier les différentes catégories de professions paramédicales et élaborer les textes réglementaires ;</p> <p>-veiller au respect de la réglementation en matière d'exercice de la profession paramédicale.</p>
<p><u>Bureau de la Médecine traditionnelle</u></p> <p>Ce bureau est chargé notamment de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-élaborer et mettre en application les textes réglementation de la médecine traditionnelle;</li> <li>-recenser les tradipraticiens et établir un répertoire ;</li> <li>-appuyer la mise en place d'associations de tradipraticiens ;</li> <li>-étudier les dossiers d'agrément et d'installation de tradipraticiens ;</li> <li>-promouvoir l'utilisation de la pharmacopée traditionnelle et de la phytothérapie dans le système de santé en relation avec les services concernés ;</li> <li>-mener des activités d'information et de sensibilisation à l'intention des tradipraticiens pour leur implication dans la lutte contre les maladies prioritaires</li> </ul>	<p><u>Bureau de la Médecine d'entreprise</u></p> <p>Ce bureau est chargé, en relation avec les organisations de médecine du travail et des services compétents du ministère chargé de l'emploi et du travail, notamment de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-recenser les services médicaux d'entreprise;</li> <li>-veiller au respect des normes réglementaires d'équipement technique et de personnel ;</li> <li>-contrôler le fonctionnement technique;</li> <li>-vulgariser les programmes de santé dans les services médicaux des entreprises</li> </ul>

#### **4.1.1.2. Organisation et fonctionnement de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat(CAFSP)**

La Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) est rattachée au Cabinet du Ministre chargé de la santé et de la prévention et ses missions sont précisées dans le même décret d'organisation du ministère en ses articles 16 et 17. Elle comprend quatre (04) unités : unité macroéconomie et santé ; unité pour le développement de l'assurance maladie ; unité d'appui à la décentralisation dans le secteur de la santé ; unité de promotion du partenariat et de la contractualisation. Elle est chargée d'assurer l'accès financier aux soins de santé par le développement de stratégies appropriées en vue de la mise en place d'un système de couverture maladie universelle et de développer le partenariat avec les Collectivités locales, les associations, les mutuelles, les comités de santé et les organismes de prévoyance maladie. Elle est chargée d'assurer la promotion de la contractualisation des services de santé.

Il faut aussi noter que depuis 2004, il n'y a pas d'arrêté d'application signé pour organiser la CAFSP. Il y a juste un projet d'arrêté qui reste muet sur les missions dévolues à la CAFSP dans le cadre de l'organisation et du fonctionnement de la région médicale.

Les missions des quatre unités qui composent la CAFSP, telles que figurant dans le projet d'arrêté, sont consignées dans le tableau ci après :

##### Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat

Elle est chargée d'assurer :

- le développement de l'assurance maladie volontaire ;
- la mise en place de mécanismes de solidarité en faveur de l'accès financier aux soins de santé des groupes vulnérables ;
- la régulation des prix et des tarifs des prestations sanitaires dans les structures publiques et privées ;
- la tutelle technique des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) et les Comités de santé ;
- l'élaboration des comptes nationaux de la santé ;
- le secrétariat de la Commission Macroéconomie et Santé ;
- la supervision des études liées au financement de la santé ;
- la promotion de la contractualisation des services de santé.

#### **4.1.1.3. Analyse du cadre institutionnel**

##### **➤ DMPMTMT**

Au plan organisationnel, le fait que le secteur Privé soit géré au niveau du ministère chargé de la santé par un Bureau au sein de la DMPMTMT, montre que l'importance accordée à ce secteur n'est pas à la hauteur de la place qu'il occupe dans l'offre de soins et le financement de la santé. Il faut aussi regretter que l'organigramme fonctionnel au niveau des régions médicales et des districts sanitaires ne prenne pas suffisamment en compte les questions liées à la participation du secteur privé dans la mise en œuvre des programmes de santé.

Au plan du fonctionnement, les missions de la DMPMTMT sont suffisamment claires mais elles souffrent d'un déficit de mise en œuvre pour des raisons diverses. Parmi ces raisons, il y a

le manque de personnel qualifié, de ressources financières pour la mise en œuvre des activités et de moyens logistiques et matériels. En tant que division, la DMPMTMT ne dispose pas de budget propre, son fonctionnement étant assuré par le budget de la direction de la santé.

Le manque de personnel est particulièrement criard. Outre le chef de la Division, il n'y a que le responsable du Bureau de la Médecine Traditionnelle. Les trois autres bureaux n'ont personne pour les faire fonctionner. Ce qui explique en partie leur léthargie comparativement au Bureau de la Médecine Traditionnelle qui dispose d'ailleurs d'un plan stratégique ayant déjà fait l'objet de financement partiel. Il faut aussi noter que le changement des responsables à la tête DMPMTMT est très rapide. En cinq ans, on a vu défiler pas moins de cinq chefs de division, soit un chef de division par an. Dans ces conditions, il leur est difficile de bien s'imprégner de leurs missions encore moins de développer un plan d'action pour développer le PPP. En vérité, tous ceux qui ont été affectés au niveau de la Division n'ont jamais perçu leur nomination comme une promotion.

Pourtant la DMPMTMT est une des plus importantes Divisions du ministère si l'on considère ses missions. Elle instruit les dossiers d'installation des médecins et paramédicaux privés ; Elle est chargée de veiller au respect des normes réglementaires d'équipement technique et de personnel dans le privé et du contrôle du fonctionnement technique. Elle est aussi chargée de vulgariser les programmes de santé dans les services médicaux des entreprises.

Et comme il leur faut des interlocuteurs capables de donner des réponses immédiates et pertinentes, force est de reconnaître qu'une telle assurance ne peut pas relever d'un chef de division, encore moins d'un chef de bureau, souvent obligés de s'en référer au directeur. Pour ces raisons, il importe de se poser la question de savoir s'il n'est pas plus judicieux de revoir la position de la division dans le dispositif organisationnel du ministère, surtout pour respecter le parallélisme des formes entre le public et le privé.

Au niveau régional, l'absence de répondant direct, à l'instar de ce qui se passe avec les Bureaux Régionaux d'Immunisation et de la Surveillance épidémiologique (BRISE), les Coordinations régionales SR, n'est pas acceptable. Il convient de tout faire pour corriger une telle situation particulièrement préjudiciable pour le PPP. Il est difficilement concevable qu'une telle initiative ne dépende que de la bonne volonté de chaque médecin de région.

Au vu de tout ce qui précède, on est en droit de douter de l'existence d'une volonté politique réelle pour le développement du PPP.

## ➤ CAFSP

Au plan organisationnel, il n'est fait, nulle part, dans aucun des textes organisant la CAFSP, mention du privé. Tous les autres acteurs par contre sont pris en compte dans le projet d'arrêté (mutuelles de santé, IPM, ONG, Collectivités locales) qu'il faudra nécessairement reprendre pour mieux répondre aux missions de la Cellule. Le constat fait pour la DPMMTMT, à savoir l'absence de répondant au niveau régional, reste également valable pour la CAFSP.

Au plan du fonctionnement, la Cellule a été renforcée en personnel pour mieux faire face à ses nombreuses missions. Elle dispose également d'un budget propre pour son fonctionnement. Mais, il subsiste encore quelques difficultés quant à la disponibilité des locaux et des moyens logistiques. Des opportunités réelles sont offertes à travers certaines missions de la CAFSP : c'est le cas pour le développement de l'assurance maladie, les mécanismes de solidarité en

faveur de l'accès aux soins des groupes vulnérables, la tutelle technique des IPM et des comités de santé et la promotion de la contractualisation des services de santé.

D'ailleurs, la Cellule vient d'élaborer un guide d'opérationnalisation du document de Politique de Contractualisation qui renseigne sur la démarche à suivre pour nouer des arrangements contractuels entre le privé et le public. Pour le moment, ces possibilités ne sont pas suffisamment exploitées. Mais il faut se demander si toutes les conditions sont réunies pour mettre en œuvre la contractualisation ? Assurément non ! Il convient maintenant de vulgariser le guide en question pour l'utilisation effective de l'outil que constitue la contractualisation en santé dans le PPP.

Il faut noter les Etablissements Publics de Santé et les collectivités locales la personnalité juridique. Par contre les régions médicales, les districts sanitaires, les centres de santé et les postes de santé n'ont pas la personnalité juridique. Ils ne sont donc pas habilités à signer des contrats. Pour ce faire ils ont besoin de délégation de pouvoir de la part du ministre chargé de la santé. Mais dans la réalité ces autorités ont signé par le passé des conventions avec certains partenaires sans ce préalable et cela n'est pas sans risque. Il faut cependant se réjouir du fait que les mutuelles de santé et les comités de santé ont la personnalité juridique.

Au total, les deux entités (DMPMTMT pour les aspects législatifs, réglementaires et juridiques et de la CAFSP pour ce qui est des aspects contractuels) sont complémentaires et de ce fait gagneraient à mieux coordonner leurs interventions dans ce domaine à travers des relations fonctionnelles bien établies, étant entendu qu'elles n'ont pas de relations hiérarchiques. Si on sait que les arrêtés d'application du décret d'organisation du ministère, sur lesquels elles devraient se baser, ne sont pas signés depuis quatre ans déjà, cela ajoute au scepticisme.

#### ***4.1.1.4. Organisation et fonctionnement du secteur privé***

Le secteur privé est organisé en privé lucratif et privé non lucratif. Le privé lucratif comprend les cliniques et cabinets médicaux privés dont la plupart se trouvent à Dakar. Les autres régions en sont inégalement pourvues. Le privé lucratif comprend également les infirmeries privées sous la responsabilité d'infirmiers. Ces infirmeries sont inégalement réparties à travers les régions et sont surtout concentrées à Dakar et Thiès. Le privé non lucratif est essentiellement confessionnel avec l'Hôpital St Jean de Dieu, les postes de santé privés catholiques et les postes de santé créés avec l'initiative de dignitaires musulmans.

Les formations sanitaires privées comprennent (i) les formations sanitaires privées à but lucratif comme les cliniques, les cabinets médicaux et paramédicaux privés, les laboratoires, les officines et les formations privées d'imagerie médicale et (ii) les formations sanitaires privées à but non lucratif comme les structures sanitaires des ONG, l'hôpital St Jean de Dieu, l'Association des postes de santé privés catholiques du Sénégal, les postes de santé appartenant à des dignitaires musulmans.

Il faut également signaler le cas particulier de la médecine d'entreprise avec des structures de soins qui selon l'importance ont un plateau technique comparable à un centre de santé secondaire ou à un poste de santé. Cette structuration n'est pas superposable à la pyramide sanitaire et les relations fonctionnelles avec les structures publiques qui partagent la même zone d'influence ne sont pas suffisamment formalisées.

Certes les médecins privés sont de fait membres de l'Ordre des Médecins, Autorité morale la plus élevée pour les médecins avec un mandat plutôt relatif à la sauvegarde de l'éthique et de la déontologie liées au métier. L'ordre pourrait donc difficilement être l'interlocuteur du ministère de la santé pour le développement du partenariat public privé. Il existe aussi des syndicats des médecins privés et des pharmaciens privés mais essentiellement pour défendre les intérêts matériels et moraux de leurs membres. Il faut noter que tous les médecins ou pharmaciens privés ne sont pas membres d'un syndicat. S'agissant des infirmiers privés, ils ont une association dénommée Association Nationale des Infirmiers et Infirmières d'Etat du Sénégal (ANIIDES) donc commune au public et au privé. Cette structure semble être plus indiquée pour jouer un rôle déterminant dans le PPP surtout si les autres ordres professionnels suivent cet exemple. En témoigne l'expérience de Kaolack où l'existence d'une Association des Infirmiers Privés de la région et d'un collectif des médecins privés a permis de nouer un partenariat dynamique avec le district de Kasnack.

#### **4.2. La réglementation de l'exercice de la médecine**

L'exercice de la médecine est régi par un certain nombre de textes que nous allons passer en revue.

**La loi n° 66-69 du 04 juillet 1966 relative à l'exercice de la médecine et à l'Ordre des médecins** définit les conditions d'exercice de la profession de médecin, précise l'exercice illégal de la profession ainsi que les conditions d'exercice de la médecine privée par les médecins des services publics. La même loi parle de l'Ordre des Médecins qui est une personne morale de droit public dotée de la personnalité civile et de l'autorité financière, représentant la plus haute autorité professionnelle en matière médicale. Elle fixe sa composition, ses attributions, son fonctionnement et les conditions d'inscription mais aussi de radiation du tableau de l'Ordre ainsi que la discipline.

**Le décret n° 67-147 du 10 février 1967 instituant le Code de déontologie médicale est un décret d'application de la loi relative à l'exercice de la médecine et à l'Ordre des médecins** précise les devoirs généraux des médecins, leurs devoirs envers les malades, leurs devoirs en matière de médecine sociale, leurs devoirs de confraternité et leurs devoirs envers les membres des professions paramédicales.

**Le décret n° 77-745 du 20 septembre 1977 portant réglementation des cliniques privées** définit les différentes catégories de cliniques privées, fixe leur fonctionnement en ce qui concerne l'équipement, le personnel, l'intendance, les catégories de chambre et le contrôle technique.

**Le décret n° 53-1001 du 05 octobre 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique** fixe les conditions et les règles d'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière, de masseur kinésithérapeute, de pédicure et d'opticien lunettier.

**La Directive n° 06/CM/UEMOA du 16 décembre 2005** relative à la libre circulation et à l'établissement des médecins ressortissants de l'UNION au sein de l'Espace UEMOA.

**La Convention n° 009033 du 29 juillet 1976** signée entre le Ministre de la Fonction Publique, du Travail et de l'Emploi et Le Vicaire apostolique de Ziguinchor par laquelle le Vicaire s'engage à fournir des religieuses hospitalières pour service des différentes formations sanitaires de Casamance.

**La Convention n° 12060/MFPTE/DFP/DD/4B du 15 Septembre 1983** signée entre le Ministre de la Fonction Publique du Travail et de l'Emploi et la Congrégation des Sœurs hospitalières de Saint Thomas de Villeneuve représentée par la Mère supérieure déléguée de la Supérieure générale par laquelle les sœurs hospitalières vont assurer des services à l'hôpital de St Louis sous l'autorité du directeur.

**L'arrêté interministériel n° 1432 MEN-MSPAS-CHU du 06 novembre 1969** fixant les conditions d'application de l'article 9 du décret n°65-061 du 04 février 1965 en ce qui concerne la clientèle privée de certains membres du personnel enseignant et hospitalier du Centre hospitalier universitaire de Dakar.

**L'arrêté n° 5396 du 07 juillet 1994** fixant la composition et les modalités d'instruction des dossiers de création, de cession et de transfert de cabinets médicaux, dentaires et paramédicaux et des cliniques privées ;

**L'instruction ministérielle du 7 janvier 1985** relative à l'étude des dossiers d'installation et de cession de cabinet médical ou dentaire et d'officine de pharmacie ;

**La fiche technique n° 1, MSPAS, n° 1839** pour la liste des pièces à fournir pour l'installation d'un cabinet paramédical du 24 /12 /1991 ;

**La fiche technique n° 2, MSPAS, n° 18840** pour la liste des pièces à fournir pour l'ouverture d'une clinique du 24 /12 /1991.

Tous ces textes et dispositions montrent qu'il existe une réglementation claire de l'exercice de la médecine. Il faut noter que l'exercice de la médecine privée par les médecins des services publics est bien codifié. Il est peut être utile de réglementer aussi la participation des médecins privés dans les activités de santé du public.

#### **4.3. La réglementation du partenariat public privé**

En raison du nombre de plus en plus important des acteurs intervenant dans le domaine de la santé et de la diversité de leurs statuts, le ministère de la santé a jugé utile de mieux réglementer le partenariat public privé et notamment élaborer un document de politique de contractualisation. Le document de politique de contractualisation du secteur de la santé sert de cadre de référence de la pratique contractuelle et permet de formaliser les rôles et responsabilités des différents acteurs.

Les services déconcentrés du ministère de la santé que sont la région médicale et le district sanitaire n'ont pas cependant la personnalité juridique et ne peuvent par conséquent pas nouer des relations contractuelles qui engagent le ministère chargé de la santé. Toutefois les comités de santé des formations sanitaires publiques que sont les postes de santé et les centres de santé disposent chacun d'un comité de santé qui a la personnalité juridique. Les centres de santé et postes de santé de garnison ont un statut militaire.

Les Collectivités locales sont compétentes en matière de santé dans les domaines qui sont visés par la loi 96-07 et son décret d'application 96-1135 du 27 décembre 1996. Ainsi, la région assure la gestion des hôpitaux régionaux et des centres de santé ruraux ; la commune assure la gestion des centres de santé et des postes de santé urbains de même que l'entretien,

l'équipement et la maintenance des centres de santé urbains de même elle assure la construction, l'entretien, l'équipement et la maintenance des postes de santé urbains ; la communauté rurale assure la gestion des postes de santé ruraux ainsi que la construction, l'équipement, l'entretien et la maintenance des postes de santé ruraux. Les Collectivités locales ont la personnalité juridique et ont une expérience avérée dans la contractualisation et la coopération décentralisée.

Les ONG/OCB ont également la personnalité juridique. Celles évoluant dans le domaine de la santé ont acquis une certaine expérience dans le domaine de la contractualisation en santé au cours des dix dernières années et certaines d'entre elles ont pu nouer des arrangements contractuels avec le ministère chargé de la santé pour participer à la mise en œuvre du PDIS. A ce titre, un guide du partenariat entre le Ministère et les ONG/Associations a été élaboré, vulgarisé et utilisé dans la mise en œuvre. La contractualisation avec les ONG/OCB s'inscrit dans la logique du développement du Partenariat Public Privé. Le ministère de la santé, en relation avec des partenaires au développement, a procédé à la signature de plusieurs arrangements contractuels avec des ONG de la place notamment dans les domaines de la santé de la reproduction, du SIDA, du renforcement de capacités, de l'IEC et de la Santé communautaire. Le ministère de la santé a aussi expérimenté la maîtrise d'ouvrage déléguée (MOD) avec l'AGETIP dans le cadre du projet Santé I FAD. Certains partenaires au développement ont eu à recourir à des arrangements contractuels en s'appuyant sur des ONG.

En l'absence de couverture maladie généralisée, il existe des instances qui contribuent à la couverture maladie à travers un système obligatoire et un système facultatif. La couverture maladie est assurée à travers un système obligatoire comprenant :

- le régime obligatoire des fonctionnaires, non fonctionnaires de l'Etat et des Collectivités locales avec leurs familles dans le cadre des IPM (loi n°75-50 du 30 avril 1975 relative aux IPM et décret n°75-895 du 14 août 1975 portant organisation des IPM d'entreprise ou inter entreprise) ;
- la protection des salariés permanents des entreprises privées et publiques avec leurs familles ;
- les retraités et leurs familles par le canal de l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES).

Les systèmes facultatifs comprennent : les cadres d'entreprise et les professions libérales et leurs ayants droit couverts par l'assurance privée ; les mutuelles de santé qui ont la personnalité morale. Les mutuelles de santé ressentent la nécessité d'établir des relations contractuelles avec les prestataires de services de santé afin de définir les services couverts, les tarifs à appliquer, les modes de paiement, les incitations accordées et la garantie pour des soins qualité.

Le ministère de la santé a également fait recours à la contractualisation de personnels de santé pour faire face à la pénurie de personnel au niveau périphérique.

La politique de contractualisation actuelle vise à :

- s'assurer que les arrangements contractuels établis entre les acteurs se font dans le respect de la Politique Nationale Santé ;
- à amener les privés et la société civile à collaborer à la mise en œuvre la politique de santé en leur proposant d'entrer en relations contractuelles avec les acteurs de l'administration sanitaire ;

- ce que les acteurs placent leurs relations contractuelles dans la perspective de long terme et privilégient la pérennité des relations dans l'intérêt des populations ;
- ce que les relations contractuelles aient un impact positif sur la santé des populations.

La présente politique de contractualisation met à la disposition de tous les acteurs un ensemble d'outils qui leur permettent de mener des processus de contractualisation de qualité.

## **5. L'Expérience du District sanitaire de Kaolack en matière de PPP**

### ➤ *Historique*

En 2003, une conjonction de préoccupations a été à la base d'un partenariat public privé. Il fallait mettre de l'ordre dans la profession infirmière au niveau du privé ; il y avait des difficultés à disposer des données du privé ; il y avait un partenaire prêt à appuyer ; il y avait les infirmiers privés qui cherchaient à s'organiser. Tout était en place pour que le District Sanitaire de Kaolack et MSH décident d'examiner les voies et moyens d'expérimenter le partenariat public privé au niveau du district sanitaire. Cette expérience a été menée sans formalités particulières, même des termes de référence écrits ne sont pas disponibles pour permettre de voir les objectifs visés et les résultats attendus dans le cadre de ce PPP. Il a fallu reconstituer tout cela avec les acteurs d'alors. Les infirmiers privés, organisés en collectif au niveau de l'aire géographique du district la commune de Kaolack, ont donné leur accord à l'initiative. Ce qui leur a permis de procéder à l'identification exhaustive de leurs membres et à l'élimination de tous les irréguliers. Après ce nettoyage, les infirmiers privés en règle se sont constitués en Association des infirmiers privés de la région, chaque district sanitaire ayant son collectif. L'Association des infirmiers privés a obtenu son récépissé signé du gouverneur de région, lui donnant ainsi la personnalité juridique pour nouer des arrangements contractuels.

Les infirmiers ont été suivis par le Collectif des médecins privés, collectif qui n'a pas encore dépassé ce stade pour avoir la personnalité juridique. L'expérience a également intéressé les médecins d'entreprises, notamment celui de la SUNEOR. MSH souhaitait booster la planification familiale et disposait de ressources financières pour tenir des réunions et assurer la supervision. Cette action était considérée comme subsidiaire pour les différentes CA de l'USAID, chacune d'entre elles devant expérimenter le partenariat public privé. Seul MSH l'a tentée avec le district sanitaire de Kaolack. Le District sanitaire tenait à influencer sur la qualité des soins en organisant des formations/recyclages, des réunions de mise à niveau sur les nouveaux protocoles, en autorisant l'accès des privés à la centrale d'achat des médicaments. En tout état de cause, tout le monde y trouvait son compte. Dommage que l'absence de documentation écrite sur l'expérience n'ait pas permis de dégager correctement la substance de l'intervention.

### ➤ *Objectifs*

#### - Objectif général

Etablir un partenariat public privé pour améliorer les indicateurs de santé

#### - Objectifs spécifiques

Amener les privés à produire des rapports d'activités périodiques ;

Harmoniser les outils de gestion de collecte des données ;

Amener les infirmiers et médecins privés à s'investir dans les programmes de santé ;

Mettre en place un cadre de concertation avec le privé.

➤ *Acteurs concernés par l'initiative PPP de Kaolack*

Acteurs publics

-La région médicale est une structure déconcentrée à compétences transversales. Elle a pour missions entre autres :

- d'assurer la coordination technique de toutes les structures régionales de santé ;
- d'assurer le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région ;
- d'assurer le traitement statistique des données sanitaires de la région ;
- d'organiser la formation continue des personnels sanitaires de la région y compris le personnel communautaire ;
- d'assurer la surveillance des endémies locales.

La région médicale n'a pas été impliquée dans l'expérience, comme l'a révélé le médecin chef de région au cours de la première réunion de l'équipe de recherche. Cela pourrait expliquer, en partie, la non disponibilité de documents sur le PPP.

-Le district sanitaire est une structure opérationnelle chargée de la mise en œuvre des programmes de santé. L'expérience a surtout concerné le DS de Kaolack, qui a été au centre des différentes initiatives sur le partenariat public privé mais qui a manqué de vigilance pour ce qui est du suivi du processus et de la disponibilité des résultats à la fin de l'expérience.

-Les postes de santé publics, urbains ou ruraux, dirigés par des infirmiers chefs de poste, ne semblent pas avoir été suffisamment sensibilisés et informés sinon comment interpréter la plainte de l'Association qui parle de réaction hostile à l'égard des infirmiers privés qui s'aventureraient dans les zones de responsabilité des ICP. Manifestement, l'information n'est pas bien passée.

-Les postes de santé et les Centres de santé de garnison sont des structures publiques sous la tutelle du Ministère des Forces Armées. Ils n'ont pas suffisamment été impliqués dans l'expérience.

-Le centre de traitement du Village d'enfants est un centre de santé secondaire à but non lucratif

Acteurs Privés

-L'Association des infirmiers privés de Kaolack dispose d'un arrêté de reconnaissance signé par le gouverneur de la région. Elle a donc la personnalité juridique.

Les actions initiales ont été menées en direction du Collectif des infirmiers privés. Ce collectif a fini par donner naissance à une Association. Dans un premier temps, des rencontres ont été organisées avec le Collectif des infirmiers privés de la région pour les amener à collaborer avec les autorités sanitaires du district. Il a fallu, au préalable, les convaincre de la nécessité de se faire identifier, en établissant une liste exhaustive. C'est ainsi qu'en compagnie des responsables de l'Association, des visites ont été organisées par le médecin chef du district, pour identifier chacun d'entre eux, vérifier leurs qualifications, leurs diplômes, leurs autorisations de s'installer, leurs conditions de travail, les coûts des prestations... Avec l'appui des responsables de l'Association, toutes les structures ont ainsi été recensées et mises en règle. C'est cette liste des infirmiers privés, réactualisée et dépoussiérée, qui a été entérinée par le district sanitaire portant le nombre à une quinzaine.

-Le Collectif des médecins privés

La même chose a été faite avec le Collectif des médecins privés pour les cliniques et cabinets médicaux privés et concernait une dizaine d'entre eux installés dans la commune de Kaolack. Certains, parmi ces médecins privés, sont en même temps des médecins d'entreprises évoluant à Kaolack comme l'IPRES pour les retraités, la SONATEL, la SDE, la SUNEOR. L'implication du Collectif est telle qu'il est arrivé qu'un des médecins privés a eu à assurer l'intérim du MCD de Kaolack.

Il faut tout de même souligner, pour le déplorer, que l'adhésion n'a pas été totale surtout du côté des médecins privés. Quelques deux ou trois d'entre eux n'ont pas encore participé aux actions développées par le Collectif. Peut être une sensibilisation insuffisante !

-Les Officines de pharmacie et les laboratoires d'analyses médicales de même que les postes de santé privés à but non lucratif n'ont pas été suffisamment mis à contribution. La raison est peut être liée au caractère expérimental de l'intervention.

-Les Entreprises ont été impliquées à des degrés divers. C'est essentiellement SUNEOR qui s'est surtout distinguée dans le PPP.

Il faut souligner que la SUNEOR est une entreprise évoluant dans le domaine de l'agriculture. Elle assure la transformation des arachides en huile. Elle est implantée dans la région depuis plusieurs décennies. Avec quelques milliers d'agents dont la plupart sont des ressortissants des villages environnants qui n'avaient pas, jusqu'à date, de postes de santé, l'entreprise a toujours joué un rôle économique de premier plan dans la région. L'usine dispose d'une équipe médicale dirigée par un médecin. Ce médecin bénéficie de la gratuité du logement, de l'eau, de l'électricité à partir de l'entreprise garantissant ainsi la présence permanente d'une équipe médicale sur les lieux conformément aux dispositions réglementaires en vigueur. Le médecin est assisté d'une équipe d'infirmiers et dispose de 02 ambulances.

Il faut signaler que même si le partenariat n'est pas encore formalisé par la signature d'une convention, des arrangements ont été trouvés entre le district sanitaire de Kasnack et SUNEOR. C'est ainsi que la SUNEOR a pu acquérir des médicaments de l'Initiative de Bamako (IB), ce qui a permis d'augmenter l'affluence surtout que la consultation y est gratuite. Une sage femme du district vient y faire des vacations pour les CPN et la contraception. Seulement avec les difficultés de l'entreprise, il n'y a plus de garde ni d'hospitalisation et pour remédier à cette situation, un partenariat a été noué avec l'hôpital pour la chirurgie et la réanimation. SUNEOR a, de son côté, construit et équipé le poste de santé de Kabatoki. L'entreprise fournit un rapport mensuel d'activités à l'instar des autres structures impliquées dans le partenariat. Le médecin a, tout de même, déploré la non participation de son équipe aux séminaires de formation/recyclage consacrés aux nouveaux protocoles de traitement, notamment sur le paludisme et la tuberculose. Les tests de diagnostic rapide du paludisme ne sont pas encore disponibles au niveau de l'usine. Pourtant, rien ne s'oppose à cela car les TDR devraient aider à affiner le diagnostic du paludisme.

La SUNEOR montre ainsi la voie d'un partenariat mutuellement bénéfique avec les autorités sanitaires publiques. Il reste à le formaliser sur la base de la politique de contractualisation et du guide d'opérationnalisation.

- la société civile (ONG/ OCB), l'ASBEF n'ont pas été suffisamment impliquées dans l'expérience.

Au total, tout semble être en place pour un partenariat public privé de qualité.

➤ *Les domaines concernés par le PPP*

Tous les programmes de santé sont concernés par le PPP : PF, Vaccination, Paludisme, Tuberculose... en plus des activités de formation, supervision et recueil de données. Les structures privées ont accepté de transmettre leurs informations sous forme de rapports mensuels au district sanitaire. Il a fallu, au préalable, pour harmoniser les outils, organiser des séminaires de mise à niveau sur la PF. D'autres programmes de santé ont été pris en compte. Il s'agit du paludisme avec ses nouveaux protocoles et les tests de diagnostic rapide (TDR) ainsi que la tuberculose avec ses changements de protocoles thérapeutiques.

➤ *Les instruments ou mécanismes mis en place*

L'expérience n'a pas fait l'objet de convention ou de protocole d'accord écrit. Toutefois, il a été institué des réunions mensuelles avec l'association des infirmiers privés. Pour les médecins, il s'agit de réunions trimestrielles, sous forme de dîner débats, ne dépassant pas une heure et demie, compte tenu des difficultés à s'accorder sur une heure dans la journée.

➤ *Les ressources mobilisées pour le PPP*

L'organisation des séminaires et l'achat des registres utiles pour le programme ont nécessité des moyens financiers. Heureusement, le projet FORESA est venu au secours du district pour lui permettre de disposer de registres. Le comité de santé du centre de santé du district, a de son côté appuyé le financement de réunions et dîners débats et MSH a appuyé le financement des séminaires pour la mise à niveau des acteurs impliqués dans les programmes de santé ciblés.

➤ *Les résultats*

Malgré l'improvisation notée dans l'expérience, ils se sont fait un devoir d'envoyer régulièrement leurs rapports au district sanitaire contribuant à améliorer ainsi la fiabilité des données transmises à la région. La complétude des rapports a augmenté

Malgré l'absence de conventions écrites, les différentes parties ont respecté leurs engagements pour augmenter l'offre de soins.

S'agissant des formations / recyclages, l'expérience a permis d'assurer la participation des privés y compris les entreprises, même si elle n'est pas systématisée en raison des coûts récurrents.

Le district a également pris à son compte le ravitaillement du privé en médicaments à partir de la centrale d'achat du district sanitaire.

Des réunions périodiques de concertation sont instituées entre les autorités sanitaires du district et les infirmiers privés à travers leur Association.

L'expérience de Kaolack a constitué un déclic pour le PPP dans la région au vu de l'engagement des acteurs impliqués. Il importe de la poursuivre dans un cadre plus formel pour en préserver les acquis.

➤ *Leçons apprises*

L'expérience a permis de montrer qu'avec des moyens relativement modestes, il est possible d'impulser le PPP. Mais, cela suppose une volonté réelle des différents acteurs, surtout des

privés dont le temps se compte aussi en argent. L'expérience a permis de résoudre une difficulté majeure à savoir la disponibilité des rapports des structures privées. La possibilité de remplacement d'un médecin du secteur public par un médecin du privé, n'a jamais été envisagée auparavant, maintenant c'est chose faite. Ce qui a été frappant, c'est la bonne organisation des infirmiers en association et des médecins en collectif de même que l'opportunité offerte par une entreprise comme la SUNEOR d'appuyer le district. Tous ces résultats n'ont pu être obtenus que grâce à un bon partage de l'information.

#### ➤ *Difficultés*

L'expérience a péché par l'absence de termes de référence clairs et par l'absence de documentation permettant de comptabiliser les acquis.

Les privés n'ont pas été suffisamment impliqués dans la planification des activités de santé. L'expérience de Kaolack a eu le mérite de confirmer ce constat.

Forts de leur caractère incontournable dans le partenariat public privé et de leur apport dans l'atteinte des OMD santé, les infirmiers privés ont le sentiment d'être jalouxés par leurs collègues du public qui ne cessent de leur faire des remarques désobligeantes si la clientèle les déserte au profit du privé. Ils ne comprennent pas non plus pourquoi, on leur refuse la carte professionnelle d'infirmier.

Les infirmiers se plaignent aussi de leur non prise en compte systématique dans les sessions de formation recyclage au profit des infirmiers du public, du caractère fastidieux du remplissage des registres et de la difficulté d'appliquer le plan sésame.

Les directives données par le niveau central de réserver les ACT au public posent le problème de l'approvisionnement du privé pour ces molécules. Dans ces conditions, le risque est grand d'avoir une médecine à deux vitesses. Vient s'y ajouter l'absence de délégation de pouvoir de signature pour le MCR et les MCD, qui gêne beaucoup le développement du PPP.

La non adhésion de certains privés surtout du côté du Collectif des médecins privés mérite aussi d'être soulignée pour qu'une véritable campagne de sensibilisation soit déployée à leur endroit.

La pérennisation des réunions reste un défi pour le district compte tenu du risque d'essoufflement du comité de santé qui assure le financement des réunions et parfois de certaines activités.

## **6. L'Expérience de la Compagnie Sucrière Sénégalaise**

Les relations DS et CSS, d'abord heurtées, il y a une quinzaine voire une vingtaine d'années, se sont progressivement améliorées du temps où l'actuel MCR était MCD de Richard Toll pour atteindre leur acmé avec les équipes actuelles du District et de la CSS. L'intervention de la CSS consistait en des subventions accordées à la mairie mais que ne voyait pas le DS. La personnalité de l'actuel responsable de l'équipe médicale actuelle a beaucoup contribué à décanter la situation car le médecin a opté résolument pour inscrire les actions de la CSS dans le cadre de la politique de santé. La détermination et l'engagement de l'actuel MCD ont permis de développer une collaboration mutuellement bénéfique. Ils reconnaissent qu'ils ont la même cible, les mêmes actions et appliquent les mêmes traitements. Donc le partenariat est essentiel tant pour les techniciens que pour les populations couvertes.

Seulement, il faut souligner le caractère jusqu'ici informel de la collaboration car basée sur des relations personnelles. C'est peut être ce qui explique le peu d'importance accordée à la signature en 2006, de la convention entre le ministre de la santé d'alors et le DG de la CSS lui même. La convention n'a été appliquée qu'avec les Hôpitaux devenus Etablissements Publics

de Santé (EPS) pour surtout assurer le suivi médical des saisonniers qui viennent des différentes régions du Sénégal. Pour ce faire, la CSS organise chaque année des missions de suivi à travers le territoire national pour s'enquérir de l'état de santé des travailleurs saisonniers. Ces missions s'adressent surtout aux hôpitaux régionaux avec lesquels la CSS signe des conventions.

Ce qui est paradoxal, c'est que le district sanitaire de Richard Toll n'est pas concerné. Pourtant, l'article 5 de la convention de février 2006 prend spécifiquement en compte le district sanitaire de Richard Toll que la CSS s'engage à appuyer dans la supervision, les activités mobiles et autres activités nécessitant la mobilisation de moyens logistiques. Les termes de cette convention étaient ignorés du MCD, deux ans après sa signature et moins d'un an avant l'échéance de trois ans (03). Heureusement, qu'elle est renouvelable par tacite reconduction. Il leur reste à s'asseoir ensemble pour expliciter le contenu de l'article 5 avant que le MCD ne présente le plan d'action retenu au DG de la CSS, en présence du maire ou de son représentant et du médecin chef de la CSS.

Les domaines actuellement couverts par la collaboration sont variés et concernent surtout la formation et le recyclage, les échanges de malades en cas de nécessité, la participation des médecins, infirmiers et sages femmes aux activités du DS, un soutien logistique notamment en carburant, pour la mise en œuvre des programmes de santé notamment la vaccination, les radiographies réalisées par la CSS, les ressources humaines (la CSS a 04 médecins permanents et fait appel à un gastro entérologue et à un pédiatre), les pulvérisations pour lutter contre le paludisme notamment. Le gynécologue appuie la CSS pour gérer certaines complications gynéco obstétricales.

*Le gynécologue du district sanitaire a eu à prendre en charge l'épouse d'un cadre de la CSS qui devait être évacuée sur Dakar avec le risque de perdre l'enfant des suites d'une complication. Au finish, l'enfant et la maman sont sains et saufs et à moindre frais pour la compagnie sucrière sénégalaise et pour l'heureux papa qui a remercié le spécialiste.*

Indifféremment, des analyses sont réalisées par l'une ou l'autre structure en fonction des compétences et des équipements que l'on trouve de part et d'autre. La région médicale semble cependant tout ignorer de ce partenariat alors que l'actuel MCR a été impliqué à un moment donné du processus. Il ignorait néanmoins l'existence de la convention dont seul le médecin chef de la CSS détenait une copie. Le MCD n'a pas considéré qu'il fût dans le cadre d'un partenariat mais plutôt dans une relation de bonne collaboration. Mais, il faut savoir que la coordination mensuelle du district se tient régulièrement avec à chaque fois une invitation à la CSS. Cette expérience est surprenante : elle se fait de manière informelle, malgré l'existence d'une convention qui formalise l'intervention de la CSS dans le district.

## **7. Proposition de Stratégie de Mise en Œuvre du PPP au Niveau District**

Dans la perspective de l'atteinte des OMD santé à l'horizon 2015, le Sénégal a eu à élaborer sa Feuille de Route Multisectorielle pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité maternelle et néonatale. Sa mise en œuvre ne peut se faire qu'au niveau du district sanitaire qui est le niveau opérationnel. Mais il faut beaucoup de moyens dont les ressources humaines

qui connaissent un déficit criard. C'est dire que l'apport des privés ne sera pas de trop, mais il devra se faire dans un cadre formalisé. L'expérience de Kaolack a montré que le partenariat entre le public et le privé était possible et que les difficultés étaient surtout liées à l'absence de cadre formel. Pourtant, ce cadre est bien défini dans le document de Politique de Contractualisation, explicité dans un guide d'opérationnalisation qui vient d'être finalisé. D'autres textes, notamment ceux ayant trait à l'exercice de la médecine et ceux relatifs à l'exercice de la profession infirmière, devraient être mis à jour pour mieux prendre en compte la réalité actuelle. L'absence de délégation de signature pour le MCR et le MCD constitue un handicap majeur pour conduire valablement ce partenariat.

## **7.1. Préalables**

La Stratégie proposée, suppose certains préalables :

- ✓ L'identification, l'information et la sensibilisation des différents acteurs sur le PPP ;
- ✓ L'élaboration de termes de référence (TDR) définissant les domaines d'intervention, les objectifs, les résultats attendus, la méthodologie et le système de suivi/évaluation du partenariat;
- ✓ La possibilité pour le ministère d'accorder la délégation de pouvoir aussi bien au MCR qu'au MCD ;
- ✓ La connaissance par les différents acteurs du PPP de la zone concernée, du contenu du document de la Politique de Contractualisation ainsi que du Guide d'Opérationnalisation dudit document montrant l'intérêt d'un tel partenariat ;

## **7.2. La Stratégie proprement dite**

### **7.2.1. Information/sensibilisation des acteurs sur la politique de contractualisation et les modalités d'établissement de relations contractuelles.**

Cette action doit être la toute première car tous les acteurs potentiels seront concernés : les autorités administratives et locales, les organisations privées de soins, les entreprises privées, les organisations de la société civile. Il s'agira pour le MCR et le MCD, de mettre à leur disposition la documentation afférente au partenariat public privé aussi bien les textes législatifs, réglementaires et juridiques ainsi que le document de la Politique de Contractualisation avec son Guide d'opérationnalisation et les textes sur la médecine d'entreprise.

### **7.2.2. Imprégnation des acteurs sur les textes législatifs, réglementaires et juridiques, utiles pour le PPP ;**

Ces différents textes seront explicités à l'occasion d'ateliers organisés à cet effet avec la participation du niveau central et de la région médicale. Il s'agira également de sensibiliser les acteurs sur les avantages comparatifs d'un arrangement contractuel, mutuellement bénéfique, en s'appuyant notamment sur le document de politique de contractualisation et sur le guide d'opérationnalisation dudit document et insistant sur les objectifs de santé qui sont des objectifs communs aux publics comme aux privés dont la cible est la population.

Cette étape est fondamentale pour ce PPP et de ce fait le district devra lui consacrer suffisamment de temps.

### **7.2.3. Implication des acteurs aux ateliers de planification**

Il s'agira alors, pour la région et le district sanitaire de les inviter aux ateliers de planification et de les prendre en charge pour qu'ils soient mieux imprégnés des programmes prioritaires du ministère afin de pouvoir faire un choix éclairé dans le cadre du PPP.

### **7.2.4. Formation/recyclage des acteurs sur les Programmes prioritaires en relation avec le domaine de partenariat**

Compte tenu de la diversité des acteurs concernés et de leur différence de niveau de connaissance, cette activité est essentielle car elle va permettre aux acteurs de s'imprégner des changements intervenus dans la prise en charge des malades notamment pour le paludisme et la tuberculose où il y a des changements de protocole thérapeutique et dans le diagnostic en particulier du paludisme avec les tests de diagnostic rapide (TDR). Elle va se dérouler sous forme de sessions de formation avec prise en charge des participants ou sous forme d'atelier-débat pour les acteurs qui n'ont pas beaucoup de temps dans la journée.

### **7.2.5. Identification des domaines d'intervention**

L'identification des domaines est une étape tout aussi importante qui permet au district et à l'acteur concerné de s'accorder sur les programmes prioritaires de santé où l'intervention de l'acteur apporterait un plus. Le district sanitaire et l'acteur pourront alors s'accorder sur un programme d'action réaliste et réalisable dans un délai donné. Chaque acteur va faire ses propositions qui seront validées d'un commun accord avec le district sanitaire.

### **7.2.6. Mise en place d'arrangements contractuels avec chaque acteur**

Il faudra systématiser les relations dans un cadre formel et veiller à l'identification des droits et obligations de chaque partie concernée. Les négociations vont tenir compte des capacités de chaque acteur en matière de disponibilité en ressources humaines, financières et matérielles.

### **7.2.7. Mise en place de mécanismes conjoints de recherche de financement**

Dans le cadre du partenariat, le district sanitaire et le privé dans son ensemble mettront en place les mécanismes définis conjointement, qui leur permettront de décrocher des financements. Qu'importe que les fonds soient trouvés par le public ou le privé. Ces mécanismes doivent prendre en compte les financements venant de l'extérieur.

### **7.2.8. Suivi/évaluation de la mise en œuvre du partenariat public privé**

Le suivi se fera à travers des :

- réunions de coordination périodiques avec les différents acteurs.
- supervisions régulières conjointes
- production rapports périodiques d'activités selon les normes
- documentation des réalisations phares
- revues périodiques

## **9. Conclusion**

L'expérience de Kaolack, même si elle n'a pas été conduite avec la toute rigueur scientifique requise, a permis de nouer un partenariat dynamique public privé au niveau du district et d'atteindre les objectifs fixés notamment en matière d'augmentation de la complétude des rapports, de formation/recyclage des privés sur les nouveaux protocoles thérapeutiques, d'accès des privés aux médicaments de la Centrale d'Achat du District et de réunions de concertations /coordination entre les autorités sanitaires et les privés. L'appui des partenaires techniques et financiers en l'occurrence MSH a été aussi déterminant car, outre l'assistance technique, il a fallu mobiliser des ressources financières si modestes soient-elles.

En définitive, la présente étude a permis de définir des orientations claires qui peuvent être utiles dans le cadre d'une expérimentation plus systématique du PPP à l'échelle du district sanitaire en vue d'un passage à l'échelle, si les résultats enregistrés par le district de Kasnack sont confirmés. Pour ce faire, il faudra mieux utiliser les outils de la contractualisation et préparer le secteur public à prendre les mesures administratives pertinentes, au premier rang desquelles, la délégation de pouvoir au MCR et au MCD pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle.

# **ANNEXES**

## Récapitulation des textes utiles pour le partenariat public privé

Nature du texte	numéro	objet	observations
Loi	n° 66-69 du 04 juillet 1966	Loi relative à l'exercice de la médecine et à l'Ordre des médecins	<ul style="list-style-type: none"> <li>- définit les conditions d'exercice de la profession de médecin,</li> <li>- précise l'exercice illégal de la profession ainsi que les conditions d'exercice de la médecine privée par les médecins des services publics. - parle de l'Ordre des Médecins qui est une personne morale de droit public dotée de la personnalité civile et de l'autorité financière, représentant la plus haute autorité professionnelle en matière médicale</li> <li>- fixe sa composition, ses attributions, son fonctionnement et les conditions d'inscription mais aussi de radiation du tableau de l'Ordre ainsi que la discipline</li> </ul>
Loi	92-07 du 15 janvier 2002	Loi modifiant l'intitulé de l'article 821 et l'alinéa premier du Code des Obligations civiles et commerciales	-prend en compte les associations de participation à l'effort de santé publique que sont les comités de santé qui ont la personnalité morale
Loi	2003/03 du 16 mai 2003	Loi relative aux mutuelles de santé	Ce sont des groupements de personnes à but non lucratif se proposant de mener une action d'entraide de prévoyance et de solidarité dans le domaine de la santé. Les mutuelles de santé ont la personnalité morale.
Loi	96-06 du 22 mars 1996	Portant code des Collectivités locales	Définit les compétences des régions, des communes et des communautés rurales

Loi	96-07 du 22 mars 1996	Portant transfert des compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales	Définit les neuf compétences transférées aux régions, aux communes et aux communautés rurales en matière de santé
Décret	N°53-1001 du 05 octobre 1953	Portant codification des textes législatifs concernant la santé publique	Ce texte parle de la profession d'infirmier ou d'infirmière, en fixe les conditions et les règles d'exercice et parle aussi de la profession de masseur kinésithérapeute et de pédicure. Ce décret traite également de la profession d'opticien lunettier.
Décret	N° 67-147 du 10 février 1967	Instituant le code de déontologie médicale	C'est un décret d'application de la loi relative à l'exercice de la médecine et à l'Ordre des médecins précisant les devoirs généraux des médecins, leurs devoirs envers les malades, leurs devoirs en matière de médecine sociale, leurs devoirs de confraternité et leurs devoirs envers les membres des professions paramédicales.
Décret	N° 77-745 du 20 septembre 1977	Portant réglementation des cliniques privées	définit les différentes catégories de cliniques privées, fixe leur fonctionnement en ce qui concerne l'équipement, le personnel, l'intendance, les catégories de chambre et le contrôle technique.
Décret	92-118/MSPAS du 17 janvier 1992	Fixant les obligations particulières auxquelles sont soumis les comités de santé et portant statuts types desdits comités	Les comités de santé ont la personnalité morale dès l'enregistrement de leur déclaration par le ministère de l'intérieur. A ce titre ils pourraient jouer un rôle dans la contractualisation du district sanitaire et du poste de santé qui n'ont pas de personnalité juridique
Décret	N° 96-1122 du 22 mars 1996	Relatif à la convention type fixant les conditions et les modalités d'utilisation des services extérieurs de l'Etat	
Décret	N° 96-1123 du 22 mars 1996	Relatif à l'utilisation par les collectivités locales des services extérieurs de l'Etat dans la région	
Décret	N° 96-1135 du 27 décembre 1996	Portant application de la loi de transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales en matière de santé et d'action sociale	Ce décret précise les domaines de santé concernés pour la région, la commune et la communauté rurale

Décret	N° 98-399 du 05 mai 1998	Fixant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des agences régionales de développement	L'ARD est chargée entre autres d'aider à l'élaboration et au suivi des conventions de mise à disposition des services extérieurs de l'Etat et à la mise en œuvre des initiatives en matière de coopération décentralisée et l'élaboration au suivi des contrats de plans
Décret	N° 2004-1404 du 04 novembre 2004	Portant organisation du ministère de la santé et de la prévention médicale	Définit entre autres les missions de la CAFSP (articles 16 et 17 et de la Direction de la santé dans laquelle se trouve la DMPMTMT
L'arrêté	n° 5396 du 07 juillet 1994	fixant la composition et les modalités d'instruction des dossiers de création, de cession et de transfert de cabinets médicaux, dentaires et paramédicaux et des cliniques privées	constitution et instruction des dossiers.
L'instruction ministérielle	du 7 janvier 1985	relative à l'étude des dossiers d'installation et de cession de cabinet médical ou dentaire et d'officine de pharmacie	constitution de dossiers, procédure d'instruction des dossiers.
La fiche technique n° 1	n° 1839 MSPAS du 24 /12 /1991	pour la liste des pièces à fournir pour l'installation d'un cabinet paramédical	
La fiche technique n° 2	n° 1840 MSPAS du 24 /12 /1991	pour la liste des pièces à fournir pour l'installation d'une clinique	

## **Projet d'Agenda pour l'examen du draft sur le cadre institutionnel**

### **J1**

9h – 9h15	démarrage / informations générales par le coordonnateur
9h15 -10h30	adoption agenda
10h – 10h30	cadre législatif, réglementaire et juridique du PPP
10h30- 11h	pause café
11h – 13h	cadre législatif, réglementaire et juridique du PPP (suite)
13h- 14h30	pause déjeuner
14h30 - 17h	réglementation de l'exercice de la médecine

### **J2**

8h30 – 10h30	réglementation de l'exercice de la médecine
10h30 – 11h	pause café
11h – 13h	réglementation du PPP
13h – 14h30	pause déjeuner
14h30 – 16h	réglementation du PPP (suite)
16h – 17h	prochaines étapes et clôture

Fin de la journée et de la réunion

## **COMPTE RENDU DE REUNION DE L'ETUDE SUR LA PARTICIPATION DU SECTEUR PRIVE DANS LA MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES DE SANTE**

Le jeudi 13 mars 2008, s'est tenue, à Kaolack, la première réunion de l'équipe de recherche devant mener l'étude avec l'assistance d'une personne ressource sous la présidence du Dr Débé NDIAYE Médecin Chef de la Région Médicale de Kaolack.

Etaient également présents, le Docteur Mame Cor Ndour de Abt, le Docteur Sokhna SOW de Abt, le Docteur Mame Coumba Codou FAYE DIOUF Médecin Chef du District de Kaolack, Mme Ndèye Fatou TALL NDIAYE de la CAFSP, Mr Alioune AW de la DMPMTMT/DS.

Le Docteur Fodé DIOUF du Groupe ISSA, représentait la personne ressource qui se trouve être Mr Moustapha SAKHO du même groupe.

Dans son intervention, le docteur NDIAYE, après avoir souhaité la bienvenue à l'équipe, a attiré l'attention sur la responsabilité du public dans la non implication du privé dans la mise en œuvre des programmes de santé car l'accent est presque toujours mis sur le recueil des informations considéré comme une façon indirecte de recueillir les informations financières des structures privées.

Après avoir insisté sur la nécessité de disposer d'une cartographie des structures privées de la région, il a souligné l'importance de la remontée des données et regretté l'absence de collaboration. Les médecins privés se plaignent du mépris affiché par leurs collègues lorsqu'ils ont besoin, par exemple, d'une ambulance pour une évacuation. Ils leur reprochent également leur concurrence déloyale.

Il regrette toutefois la pratique clandestine de la médecine privée de même que la non comptabilisation des bonnes choses faites par le privé et l'absence de personnels qualifiés. Toutes choses qui peuvent trouver solution dans le cadre de conventions ou autres formes contractuelles. Vu le nombre important d'infirmières et de cabinets médicaux privés à Kaolack, il y a lieu d'assurer le suivi et la supervision de ces structures et d'organiser leur participation à la mise en œuvre des programmes de santé dans la région.

C'est justement ce qui a fait l'objet d'un projet appuyé par MSH dans le district sanitaire de Kaolack. Mais il a déploré la non disponibilité de la documentation y afférente. Pourtant plusieurs rencontres ont été organisées avec le collectif des médecins privés de même qu'avec l'association des infirmiers privés. Le problème fondamental concerne le feed back qui n'est pas toujours assuré.

Il a ébauché quelques solutions à travers la supervision formative et les enseignements post universitaires (EPU) ainsi que l'adaptation à la modernité à travers l'informatique. Il faudra aussi organiser des rencontres pour permettre que les uns et les autres se connaissent mieux.

Répondre aux sollicitations des privés en organisant leurs interventions dans la mise en œuvre des programmes. Il faut prendre en compte pharmaciens et vendeurs.

Le Dr NDOUR a rappelé le but visé ainsi que le cadre que constitue la composante Politiques et Financements de l'USAID à travers Abt Associates. Il s'agit de relancer le Partenariat Public Privé dont les acquis ne sont pas comptabilisés. Ici, le problème est plus global lié à la gestion concomitante des secteurs public et privé. Tous les niveaux sont concernés : niveau central, niveau régional et niveau périphérique. Pour la mise en œuvre des programmes de santé, les possibilités du privé ne sont pas suffisamment utilisées. Dans le cadre de l'étude, il importe de s'intéresser à un district situé dans un chef lieu de région ou de département. Le choix du district de Kaolack repose sur l'expérience acquise dans le cadre du projet avec MSH et l'existence d'un leadership régional.

Ainsi le MSP (niveaux central, régional et périphérique) et la personne ressource vont faire un certain nombre de propositions pour les districts de la région de Kaolack. Il a également donné des indications sur les modalités de prise en charge de l'équipe de recherches.

Des clarifications ont été apportées par les uns et les autres et des suggestions faites. C'est ainsi que l'attention a été attirée sur la nécessité pour le niveau régional d'assumer pleinement son autorité en matière d'autorisation pour s'installer, sur la prise en compte du privé dans le cadre de la coordination, la disponibilité de modèle au niveau du district, sur la question de la pérennisation et la difficulté à mobiliser les privés. Une approche adaptée est nécessaire.

Les TDR ont ensuite été passés en revue et des corrections et modifications ont été apportées pour aboutir à la nouvelle mouture qui se trouve en annexe. Parmi les changements, il faut retenir l'intégration dans l'équipe du président du collectif des médecins privés et du président de l'association des infirmiers de la région de Kaolack. Ce qui porte le nombre à six (06).

Le docteur Débé NDIAYE, en sa qualité de médecin chef de région, a été nommé coordonnateur de l'équipe. Dans le cadre de l'approche méthodologique, il a été retenu de se rendre à Richard Toll pour s'enquérir de l'expérience de ce district qui bénéficie de l'appui financier de la Compagnie Sucrière Sénégalaise. Dans la région de Kaolack, existent aussi des opportunités de financement non encore exploitées : SUNUOR, SONATEL, SDE...

S'agissant de l'agenda de l'étude qui doit se dérouler sur deux mois avril et mai 2008, les différentes étapes sont consignées dans le tableau ci après

Taches	Responsable	Période	Observations
Constituer une équipe de six (06) membres	MCR	13/03/08	deux agents du privé à contacter
Procéder à une revue documentaire :  -rencontre avec MCR, MCD, Privés KL  -rencontre avec CAFSP - rencontre avec DMPMTMT	Personne ressource	01/04/08 au 05/04/08  07/04/08 au 10/04/08	
Draft sur le cadre institutionnel	Personne ressource	11/04/08 au 20/04/08	draft à diffuser à l'équipe de recherche
Réunion de l'équipe de recherche	Coordonnateur	21/04/08 au 26/04/08	au BR de Thiès
Documenter l'expérience de Kaolack et rencontrer les grandes entreprises : suneor, sonatel, sde...	Personne ressource	27/04/08 au 03/05/08	selon la disponibilité du district
Visiter l'expérience de partenariat dans le district de Richard Toll	Personne ressource +membres désignés de l'équipe de recherche	05/05/08 au 17/05/08	note officielle d'information au MCR de SL et au MCD de Richard Toll (préparée par DMPMTMT)
Elaborer les orientations et la stratégie du PPP	Personne ressource	18/05/08 au 25/05/08	
Réunion de finalisation et de validation interne du document	Coordonnateur	26/05/08 au 31/05/06	au BR de Thiès

Il a été convenu que le docteur Mame Coumba Codou FAYE DIOUF va remettre la documentation sur l'expérience de Kaolack au Docteur Fodé DIOUF par Email dès la semaine du 17 mars 08 et le docteur Débé NDIAYE, le rapport de supervision du privé. Les contacts avec les entreprises seront facilités par le Coordonnateur.

## Compte rendu de mission PPP à Kaolack

Du 1<sup>er</sup> au 03 avril 08, j'ai effectué au nom de Mr Moustapha SAKHO du groupe ISSA, une mission à l'effet de rencontrer les acteurs du Partenariat Public Privé (PPP). En l'absence du Coordonnateur du comité de recherche, c'est Adja Dr Mame Coumba Codou FAYE DIOUF qui m'a reçu et mis en rapport avec les autres acteurs notamment le Docteur Mamadou Maguette DIENG président du Collectif des médecins privés de Kaolack, monsieur Pape Ibrahima NDAO président de l'Association des Infirmiers privés de Kaolack, le docteur Cheikh DIOP de la Clinique Diarama médecin de l'IPRES, le docteur Abdoulaye DIENG médecin de SONATEL et SDE, le docteur Amadamba NDIAYE médecin de SUNEOR. Il faut cependant souligner que je n'ai pas pu rencontrer le président de l'association des infirmiers qui a eu deux décès de proches dans la période.

Il ressort des différentes rencontres que l'initiative du District Sanitaire est saluée comme une initiative majeure et reste à pérenniser car avant cela, il n'y avait pratiquement aucun contact entre le privé et le public. Le premier voyant le second comme empêcheur de tourner en rond surtout en matière de finances. Pourtant, les malentendus se sont dissipés entre le district sanitaire et le privé au point qu'il est arrivé que l'intérim du médecin chef de district soit assuré par un médecin privé. Ceci est une première qui peut être considérée comme une véritable révolution.

Les différents domaines d'interventions en matière de partenariat public privé relatés par les différents acteurs rencontrés, concernent la formation, les séminaires de mise à niveau notamment sur les nouveaux protocoles, les médicaments génériques, les contraceptifs, la vaccination et la santé de la reproduction. Certains sont allés jusqu'à proposer d'appuyer le ministère dans l'acquisition d'équipements à travers des dons grâce à leur entregent. Les modalités de toutes ces interventions restent quand même à définir. La plupart d'entre eux déplorent la non disponibilité des textes réglementaires, pratiquement personne ne disposait du document sur la politique de contractualisation du ministère.

Il s'y ajoute que le privé déplore l'attitude du public notamment lorsqu'il s'agit d'évacuation sanitaire en provenance du privé. Il y a une sorte de négligence coupable à chaque fois qu'un malade est référé par un privé. Ils ont l'impression qu'ils ne font pas partie du système de santé de ce pays. Malheureusement cette impression se ressent jusqu'au niveau central.

Il faut également déplorer l'implication insuffisante voire la non implication du privé dans la planification des activités de santé mais surtout l'absence de documentation à tous les niveaux (région médicale, district sanitaire, privé).

Pourtant, tout semblait avoir bien commencé avec des réunions d'informations des infirmiers et des médecins privés, avec des visites au niveau des structures. Ce qui a permis de les recenser et de leur demander de se mettre en règle pour les structures qui n'ont pas respecté la réglementation.

Les données du privé sont devenues disponibles car il a été retenu que le privé qui remettait son rapport mensuel pouvait bénéficier des fournitures en différents produits sauf des ACT pour lesquels le programme palu a retenu qu'il ne fallait pas le mettre à la disposition du privé. On ne peut pas comprendre le pourquoi d'une telle décision. Il a fallu trouver une solution et pour contourner la difficulté, le district a proposé aux privés de faire les prescriptions et d'orienter les malades vers le centre de santé du district ou vers un poste de santé référent pour l'acquisition des médicaments antipaludiques. Cette solution, bien que transitoire du moins je l'espère ne me semble pas de tout repos pour le malade qui va se déplacer deux fois.

Il a été institué des réunions trimestrielles de coordination entre les médecins et les infirmiers du privé et l'équipe du district, à l'occasion desquelles, se fait la mise à niveau sur tous les programmes de santé. Des dîners débats sont organisés par le district, mais sur financement du comité de santé, ce qui fait qu'il se pose actuellement des problèmes de financement pour leur pérennisation.

Les acteurs rencontrés ont recommandé vivement la poursuite de ce partenariat notamment leur participation aux séminaires en cas de changement de protocoles de traitement, leur implication lors des campagnes de vaccination, le recueil de leurs données. Ils souhaitent que les problèmes liés aux évacuations de leurs malades vers l'hôpital soient définitivement réglés de même ils souhaitent disposer des différents textes les concernant ainsi que le document de politique de contractualisation afin de pouvoir établir des relations contractuelles mutuellement bénéfiques.

Malgré les difficultés rencontrées, tout le monde s'accorde pour magnifier ce qui a été fait et pour souhaiter sa poursuite bien sûr en améliorant. Ce qu'il faut regretter c'est de n'avoir pas pu disposer de documents physiques sur l'expérience de Kaolack sur le PPP. Nous allons continuer d'échanger avec Adja Dr Mame Coumba Codou FAYE DIOUF.

Je termine mon propos par des remerciements à l'endroit du médecin chef de district assurant l'intérim du médecin régional en même temps le coordonnateur de l'équipe d'étude sur le PPP qui m'a facilité les différents contacts. Je remercie les différents acteurs du privé qui malgré leurs charges m'ont reçu avec beaucoup de diligence et ont accepté de répondre clairement et franchement à mes questions.

## Compte rendu de mission à Thiès

Les 22 et 23 Avril 2008 s'est tenue la réunion de l'équipe de recherche sur le Partenariat Public Privé sous la présidence de Adja Docteur Mame Coumba Codou Faye DIOUF MCD de Kaolack assurant l'intérim du coordonnateur Dr Débé NDIAYE MCR de Kaolack. Tous les autres membres de l'équipe étaient présents. En outre, on pouvait noter la présence du Dr Mame Cor NDOUR de ABT siège, du Dr Sokhna SOW du Bureau Régional de ABT Thiès et du Dr Fodé DIOUF du Groupe ISSA comme personne ressource.

Il s'agissait, conformément à l'agenda élaboré le 13 mars 2008 à Kaolack, d'examiner le draft préparé par la personne ressource sur le cadre législatif, juridique et réglementaire du PPP. Après l'adoption de l'ordre du jour réajusté en fonction des observations reçues après l'envoi du premier draft par la personne ressource, les participants ont examiné tour à tour les points suivants :

-le cadre institutionnel dans lequel on a abordé l'organisation et le fonctionnement de la DMPMTMT et de la CAFSP et procédé à leur analyse. Pour cet aspect, les observations ont porté sur la dénomination du ministère, les différentes structures impliquées dans le PPP comme les garnisons, sur l'insuffisance des outils mis à la disposition de la division, d'une volonté politique affirmée, sur les conditions d'affectation des responsables au niveau de la division, sur l'absence de structure régionale, la délégation de pouvoir aux MCR et MCD, sur le financement. Pour ce qui est de la CAFSP, l'absence de répondant au niveau régional a été souligné ; pour la mutualité la volonté politique existe ; le fait que les différents arrêtés soient restés à l'état de projets.

-la réglementation de l'exercice de la médecine a été l'occasion d'aborder différentes questions soulevées comme la libre circulation des personnes et des biens dans les cadres sous régionaux existants, la carte professionnelle pour les retraités, penser à faire payer d'éventuelles redevances pour aider à résoudre les problèmes de fonctionnement de la division et permettre à la division d'avoir un budget propre. Il a été noté l'absence de textes permettant aux privés d'offrir des services dans le public. Il n'y a pas non plus de textes établissant des liens entre la division et la CAFSP et les textes sur la médecine du travail, même s'ils existent ne sont pas disponibles au niveau de la division.

-la réglementation du Partenariat Public Privé a été abordée sous l'angle des règles existantes pour le PPP, de l'offre de soins entre le Public et le Privé, de la médecine du travail et de la médecine d'entreprise, des cliniques et cabinets médicaux privés, de la médecine de garnison.

Tout cela doit être examiné sous le double angle de l'offre et du financement. Il faut sortir les textes instruments qui favorisent le PPP :COCC, COA, code des marchés, projet de convention cadre pour les mutuelles, Groupements d'intérêt commun Santé, Convention cadre avec l'Association des Infirmiers Privés... Cette disposition doit être ramenée au niveau du District sanitaire en saisissant l'opportunité offerte par la délégation de pouvoir au MCD. L'exemple de la SONACOS mérite d'être étudié et il faut aller voir ce qui se passe avec la CSS.

-les prochaines étapes :

    Mission à Kaolack pour documenter l'expérience de Kaolack

    Mission à Richard Toll pour visiter l'expérience de la CSS les 13,14 et 15 Mai 2008

## **Compte rendu de mission à KL sur le PPP**

Le 30 Avril 2008, j'ai effectué une mission à Kaolack dans le cadre du partenariat public privé pour Documenter l'expérience du district sanitaire de KL en matière de PPP, en compagnie de monsieur Moustapha SAKHO du groupe ISSA.

Nous avons, dans un premier temps, rencontré une partie des membres de l'association des Infirmiers privés de la région de KL conduite par leur président, Mr Papa Ibrahima NDAO. L'Association nous a fait la genèse de la collaboration impulsée par Mr DIOUM de MSH qui a fait montre de tact. Les infirmiers ont été sollicités dans le domaine de la Planification familiale pour une meilleure couverture en contraceptifs et en médicaments. Il a fallu dans un premier temps, procéder au recensement de tous ceux qui étaient considérés comme infirmiers. Ce qui a permis au district sanitaire de faire les vérifications nécessaires qui ont abouti à une liste validée d'une quinzaine d'infirmiers privés avec lesquels travaillait le district sanitaire. Ces infirmiers, d'abord regroupés en collectif au niveau de chaque département de la région, se sont retrouvés en association au niveau régional avec un bureau élu. Ils se sont réjouis de la collaboration mais ont déploré le fait de n'être pas associés aux séminaires de formation recyclage organisés pour leurs collègues du public notamment sur les changements de protocoles thérapeutiques ou dans la prise en charge de certaines pathologies. Ils ont remercié le district qui a fait l'effort de les recycler sur la PF, mais aussi sur le palu avec les ACT de même que la disponibilité de registres pour consigner les informations.

Ils se sont engagés à fournir des rapports mensuels au district. Ils déplorent cependant leurs rapports assez distants avec les infirmiers chefs de postes se trouvant dans leurs zones d'implantation (un petit brin de jalousie ?). Le district sanitaire leur a apporté tout l'appui pour qu'ils disposent de médicaments qu'ils peuvent revendre avec la même marge bénéficiaire que les postes publics. Ils se plaignent aussi de ne pas pouvoir disposer de cartes professionnelles auprès des autorités sanitaires de la région. Ils se disent prêts à servir de modèle pour les infirmiers privés des autres régions pour qu'au finish, il y ait une fédération nationale des associations d'infirmiers privés pouvant constituer une force avec laquelle il faudra compter.

Nous avons par la suite rencontré le médecin d'entreprise de SUNEOR avec lequel nous avons évoqué le partenariat public privé avec les autorités sanitaires de Kaolack. Il nous a dit que SUNEOR avait un programme social d'autant que la plupart des employés sont originaires des villages environnants où ils sont avec leurs familles. Le service médical est financé par l'usine sur proposition du médecin et après approbation par la direction de l'usine. Le service médical comprend un médecin et quelques deux infirmiers avec une sage femme qui vient faire des vacations pour les CPN et la Contraception. Il y a également deux ambulances au niveau de l'usine pour les évacuations et parfois pour les liaisons.

Nous avons terminé avec Mme Le Docteur Adjaratou Mame Coumba Codou FAYE DIOUF médecin chef du district sanitaire de Kaolack qui a rappelé que le PPP faisait partie de la lettre de mission des CA de l'USAID dont MSH. Ainsi le district sanitaire de Kaolack a été retenu surtout qu'il fait partie des zones d'intervention de l'USAID. Il s'agissait d'intégrer le privé dans la mise en œuvre des programmes de santé en commençant par les infirmiers privés. Ce qui supposait de mettre de l'ordre au niveau de ces derniers. Des visites ont été organisées en relation avec l'Association des infirmiers privés déjà en place au niveau de la région ; chaque département ayant un collectif d'infirmiers privés. Ces visites ont permis d'assainir le secteur après les contrôles sur leurs compétences, leurs diplômes...

L'intervention devait porter sur la planification familiale qui avait besoin d'être boostée au niveau du district pour fidéliser la clientèle. Il a été retenu d'accords parties que le district sanitaire allait fournir les contraceptifs et autres médicaments aux infirmiers privés en autorisant une marge bénéficiaire indiquée et que le DS va former les infirmiers privés avec un financement prélevé du comité de santé du district sanitaire. Une caisse était prévue à cet effet auprès du gestionnaire dudit comité.

Par la suite, il a fallu essayer avec les médecins privés qui sont plus difficiles à mobiliser et pourtant ils ont un Collectif car la ressource temps manquait le plus. C'est la raison pour laquelle il a fallu envisager le recours à l'ordinateur, au dîner débats pour pouvoir les avoir. Il est difficile d'avoir un consensus sur l'heure de réunion. Pour les médecins, le même cadre a été tracé afin de leur permettre d'intervenir dans le cadre de la PF. Des supports et modèles de rapports leur ont été remis mais leur remplissage est trop fastidieux pour des gens dont le temps est compté.

A côté des médecins privés, il y avait aussi le médecin de SOS et celui du camp militaire de KL. Le financement des coordinations trimestrielles était assuré par MSH.

Avec la fin de l'intervention de MSH, le relais a été pris par le district sanitaire avec son cortège de difficultés notamment en matière de financement. Sans documentation précise sur les termes de référence, les objectifs visés et les attentes, il est difficile de conclure sur le niveau d'atteinte des résultats. Une chose est certaine, c'est que l'expérience aura permis de montrer la voie pour un partenariat public privé au niveau district.

## Compte rendu de mission à Richard Toll

Du 20 au 22 mai 2008, s'est déroulée la mission à Richard Toll consacrée à l'expérience de la CSS en matière de partenariat public privé. Etaient de la mission, outre la personne ressource, le président du collectif des médecins privés et le président de l'association des infirmiers privés de Kaolack, les représentants de la DMPMTMT et de la CAFSP du MSP.

Nous avons rencontré, dans un premier temps, le médecin chef de région, qui à un moment donné, a été médecin chef du district de Richard Toll. Il a attiré notre attention sur le fait que de son temps, la CSS versait des subventions à la mairie sans qu'il y ait des retombées sur le District sanitaire. Pour lui, le PPP entre la CSS et le District n'est pas formalisé, s'il en existe il n'en était pas informé. Il nous a encouragés dans notre mission qu'il souhaite être une réussite pour le bénéfice de tout le monde, convaincu de l'opportunité que cela représente.

Nous avons ensuite rencontré, dans un second temps, le médecin chef de district sanitaire de Richard Toll pour lui indiquer l'objet de notre mission. Il a souhaité que la rencontre se fasse avec le staff médical de la CSS. Sa conviction était faite qu'il existait une convention de partenariat avec le niveau central mais pas avec le district sanitaire. Il s'agissait pour lui plus d'une collaboration que d'un partenariat. Il a insisté sur l'excellence des relations entre techniciens des deux institutions.

Sur place, à la CSS, nous avons été bien accueillis par le docteur Elhadj Aboubacar Gassama médecin chef de l'équipe médicale en présence d'un de ses collègues, le docteur Boubacar Sané. C'est le lieu de les remercier pour le temps précieux qu'ils nous ont consacré et les réponses claires qu'ils nous ont apportées. Le service médical de la CSS compte quatre médecins et fait appel à l'occasion, à un gastro entérologue ou à un pédiatre. La collaboration est très étroite car la CSS sollicite le DS pour des formations et pour certains actes notamment de gynécologie. Le DS sollicite la CSS pour certains examens notamment de radiologie. Mais tout ceci s'est fait jusqu'à présent de manière informelle.

Pourtant, l'existence de la convention nous a été confirmée et une copie de ladite convention nous a été remise en même temps qu'au MCD. La convention de partenariat a été signée en 2006 par le ministre de la santé Abdou Fall et le DG de la CSS Jean Claude Mimran. Cette convention stipule en son article 5 que « la CSS s'engage à participer activement aux activités du district sanitaire de Richard Toll. A cet effet, elle appuie le district dans la supervision, les stratégies mobiles et autres activités nécessitant la mobilisation de moyens logistiques. » La convention valable pour trois ans peut être renouvelée par tacite reconduction et des avenants sont possibles.

Tout est donc en place pour le PPP. Malheureusement, le MCD n'en était pas informé par le ministère qui a signé la convention de partenariat pas plus que le MCR. Ce qui est dommage car la convention court depuis déjà deux ans. Sous ce rapport, notre visite a été bénéfique pour donner l'impulsion nécessaire à ce partenariat. Nous avons eu à faire deux suggestions :

- exploiter en commun et dans les meilleurs délais, l'article 5 de la convention pour donner un véritable contenu aux activités que le DS souhaite faire appuyer par la CSS et vice versa. Ceci sera fait en accord avec la mairie ;
- solliciter une rencontre avec le directeur de la CSS pour lui soumettre les propositions retenues.

Ces propositions ont été bien accueillies par nos interlocuteurs qui ont promis de s'y atteler.

## **Agenda pour la finalisation et la validation interne du draft sur le PPP**

### **J1**

- 9h – 9h15 démarrage / informations générales par le coordonnateur / adoption agenda
- 9h15 – 10h30 introduction contexte et justification + cadre législatif, réglementaire et  
Juridique du PPP
- 10h30- 11h pause café
- 11h – 13h suite
- 13h- 14h30 pause déjeuner
- 14h30 - 18h réglementation de l'exercice de la médecine
- Fin de la journée

### **J2**

- 8h30 – 10h30 réglementation du PPP
- 10h30 – 11h pause café
- 11h – 13h expérience PPP de Kaolack + expérience PPP de la CSS à Richard Toll
- 13h – 14h30 pause déjeuner
- 14h30 – 18h proposition de Stratégie PPP
- Fin de la journée

## **Compte rendu de mission à Kaolack sur la finalisation de l'étude sur le PPP**

Du 09 au 10 juillet 2008, s'est tenue la réunion consacrée à la finalisation et à la validation interne de l'étude sur le Partenariat Public Privé basée sur l'expérience du District sanitaire de Kaolack. Etaient présents tous les membres de l'équipe de recherche, un membre de l'Association des infirmiers privés, un membre du Collectif des médecins privés, un représentant de Abt, un représentant du Groupe ISSA et la personne ressource.

Il s'agissait pour l'équipe de recherche, d'examiner les différentes parties du document produit par la personne ressource afin d'y apporter les différentes corrections nécessaires.

C'est surtout l'introduction et le chapitre contexte et justification qui ont surtout fait l'objet de modifications. Il faut y ajouter l'insertion d'un paragraphe consacré à l'organisation et au fonctionnement du secteur privé.

Il a été recommandé de joindre les différents documents recueillis au cours de la revue documentaire pour tous ceux qui ont participé à la réunion.

La prochaine étape est la remise du document finalisé.