

CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE



MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

Pour l'obtention du

**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN GESTION DES SERVICES DE SANTE**

OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE

THEME :

**L'AMELIORATION DE LA PERFORMANCE PAR LA MISE EN
PLACE D'UN CADRE CONTRACTUEL :
MOYEN DE PERENISATION DU PROGRAMME DE SOUTIEN
PSYCHOLOGIQUE DES ARMEES (SENEGAL)**

Présenté par :



Sous la codirection de :

**Faustin Pulcie SOULOUBI
Stagiaire en DESS / GPS**

**Médecin colonel Boubacar WADE
Professeur agrégé des hôpitaux des armées
Directeur de l'Hôpital Principal de Dakar**

**Médecin capitaine Amadou Cambel DIENG
Psychiatre des Armées, Coordonnateur du PSPA**

M0053GPS09

2



e 2008

CENTRE AFRICAÏN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

Pour l'obtention du

**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN GESTION DES SERVICES DE SANTE**

OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE

THEME :

**L'AMELIORATION DE LA PERFORMANCE PAR LA MISE EN
PLACE D'UN CADRE CONTRACTUEL :
MOYEN DE PERENISATION DU PROGRAMME DE SOUTIEN
PSYCHOLOGIQUE DES ARMEES (SENEGAL)**

Présenté par :

**SOULOUBI Faustin Pulcie
Stagiaire DESS / GPS**

Sous la codirection de :

**Médecin colonel Boubacar WADE
Professeur agrégé
des hôpitaux des armées**

**Médecin capitaine Amadou Cambel DIENG
Psychiatre des Armées,
Coordonateur du PSPA**

Décembre 2008

A ma fille

Depré Pulcie Camille SOULOUBI

Et, in memoriam, à ma mère

Alphonsine BOKAZOLO

REMERCIEMENTS

Merci à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cette œuvre :

- 1- L'administration et les formateurs du CESAG pour qui ce travail constitue un couronnement d'efforts permanents dans la réalisation d'une vision noble : la formation de cadres africains en Afrique et par l'Afrique.

Que le médecin colonel Boubacar WADE, professeur agrégé des hôpitaux des armées et enseignant associé au CESAG, qui a conduit la rédaction de ce mémoire trouve ici nos sentiments de grande reconnaissance, ainsi que le médecin capitaine Amadou Cambel DIENG, psychiatre, coordonnateur du Programme de Soutien Psychologique des Armées, qui a eu la charge de l'encadrement du stage pratique. A travers lui, nous pensons également au personnel du programme qu'il dirige. Nous n'oublions pas que madame Fatoumata GUEYE, assistante de direction à l'ISMS a été la pierre d'angle de l'harmonie qui a régné entre les différents acteurs.

- 2- Les collègues des 18^{ème} et 10^{ème} promotions de l'ISMS respectivement en gestion des services de santé et en économie de la santé avec qui les échanges ont permis d'enrichir nos expériences.

Puissent les gouverneurs Jacquelin LADE et Lamine TRAORE, ainsi que leurs vices gouverneurs trouver par ces mots la reconnaissance de leur dévouement pour le bien collectif.

Il sied également de remercier madame Binta DIOP, mademoiselle Bamby SYLLA et monsieur Lamine TAMBA qui, par leur dynamisme, ont su communiquer à leurs collègues l'engouement au travail et la volonté d'un dépassement perpétuel de soi.

- 3- Les Anciens Enfants de Troupe par le biais du commissaire KIBANGOU, les autres collègues du CESAG dont je cite Daouda YABRE, les amis et connaissances parmi lesquels Mamadou NGOM, ainsi que les parents : mon père Gentil Gaspard SOULOUBI, mon épouse Raïssa Nadège TCHIBOUNGOU et mon frère cadet Arthur Alexis Honoré SOULOUBI qui tous m'ont soutenu à maints égards et m'ont permis de mener à bien cette aventure.

LISTE DES ABREVIATIONS

CES	Certificat d'Etudes Spécialisées
CGC	Comité de Gestion et Coordination
DIRMAT	Direction du Matériel
DIRPA	Direction de la Presse et des Relations Publiques des Armées
DSA	Direction de la Santé des Armées
EMGA	Etat Major Général des Armées
ENOA	Ecole Nationale d'Officiers d'Active
ENSOA	Ecole Nationale des Sous Officiers d'Active
GCS	Grand Commandement et Services
HMO	Hôpital Militaire de Ouakam
HPD	Hôpital Principal de Dakar
MILOBS	Militaires Observateurs
MSPM	Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale
NEPAD	New Partnership for Africa's Development
OCB	Organisation Communautaire de Base
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OPEX	Opérations Militaires Extérieures
ORSEC	Organisation des Secours
PDCA	Plan Do Check Act
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PSPA	Programme de Soutien Psychologique des Armées
RCI	République de Côte d'Ivoire
RDC	République Démocratique du Congo
SSA	Service de Santé des Armées
USAID	United States Agency for International Development
PDL	Pendant la Durée Légale

PLAN

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....	4
CHAPITRE I : PRESENTATION DU CHAMP D'ETUDE	5
I. LE SERVICE DE SANTE DES ARMEES	5
1.1 Historique	5
1.2 Missions du Service de Santé des Armées	5
1.3 Objectifs du Service de Santé des Armées	6
1.4 Organisation du Service de Santé des Armées.....	7
1.5 Règles de fonctionnement et rôle des différentes structures.....	8
1.6 Environnement	10
II. LE PROGRAMME DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES ARMEES.....	12
2.1. Finalité.....	12
2.2. Organisation, fonctionnement et personnel du PSPA	13
CHAPITRE II : ETUDE CRITIQUE.....	16
I. BILAN DU PSPA 2005-2006.....	16
1.1 Ressources et activités	16
II. PLAN D'ACTION 2007.....	22
2.1 Finalité.....	22
2.2 Objectif général	22
2.3 Objectifs spécifiques	22
2.4 Réalisations et activités nécessaires.....	22
III. ANALYSE DE LA PERFORMANCE DU PSPA.....	23
3.1 Analyse stratégique.....	23
3.2 Analyse de l'intervention	25
3.3 Conséquences	27
CHAPITRE III : PRESENTATION DE L'ETUDE	28
I. OBJECTIFS.....	28
1.1. But.....	28
1.2. Objectif général	28
II. PROBLEMATIQUE.....	28
2.1. Formulation du problème	29
2.2. Ampleur.....	29
2.3. Conséquences	30
2.4. Limites de l'étude	30
III. METHODOLOGIE.....	30

DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL.....	35
CHAPITRE I : RESOLUTION DE PROBLEMES	36
I. ANALYSE DU CONTEXTE	36
II. IDENTIFICATION DU PROBLEME.....	37
2.1 Présentation des problèmes.....	38
2.2 Priorisation du problème	38
III. ANALYSE DU PROBLEME.....	39
3.1 L'offre du PSPA.....	39
3.2 La demande	39
IV. ANALYSE DES CAUSES.....	40
4.1 Hiérarchisation des causes	42
V. IDENTIFICATION DES SOLUTIONS.....	43
5.1 Priorisation de la solution	44
5.2 Processus de résolution	44
5.3 Justification	45
5.4 La revue de la littérature.....	45
5.5 Type de partenariat et Identification des partenaires.....	48
VI. PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....	51
6.1 Cadre logique.....	51
6.2 Analyse des opportunités et des menaces des partenaires	54
6.3 Offre de services proposée par le PSPA.....	54
VII. MISE EN ŒUVRE.....	55
7.1 Formation	55
7.2 Partenariat.....	56
7.3 Réinsertion	56
7.4 Plan d'action.....	57
7.5 Budgétisation	60
VIII. SUIVI ET EVALUATION.....	62
8.1 Suivi	62
8.2 Evaluation	62
RECOMMANDATIONS.....	65
I. LA DIRECTION DE LA SANTE DES ARMEES.....	65
I. CONTRATS DE PERFORMANCE	66
II. LE MINISTERE DES FORCES ARMEES.....	66
2.1 La signature du contrat.....	67
2.2 La régulation des relations contractuelles	67
2.3 L'incitation à la coopération transfrontalière	67
CONCLUSION	68
SOURCES DOCUMENTAIRES.....	70
ANNEXES.....	71
ANNEXE 1 : Activités prévues dans le plan d'action du PSPA.....	72
ANNEXE 2 : proposition d'une échelle de mesure du soutien social pour la réinsertion des malades traités.....	74

INTRODUCTION

« La santé est un état complet de bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition positiviste de la santé prônée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) constitue aujourd'hui le leitmotiv des activités de santé menées par les Etats et les organisations. Malgré les difficultés liées à la réalisation complète d'un tel objectif, celui-ci constitue au moins le fondement d'une recherche perpétuelle de mieux être pour les individus. Qu'on se situe à une échelle collective ou individuelle, la définition de la santé par l'OMS suggère la prise en compte de besoins sanitaires prioritaires. Concomitamment, la recherche des solutions les plus appropriées qui tiennent compte de l'efficience.

Dans cette optique, l'étude sur la contribution à l'amélioration de la santé mentale dans les Forces armées du Sénégal, réalisée par le médecin psychiatre Amadou Cambel DIENG¹ a abouti à la création du Programme de Soutien Psychologique (PSPA) dans les Forces Armées du Sénégal, dans la perspective du renforcement du soutien sanitaire des forces, en opération. Ceci pour mieux répondre aux missions du Service de Santé des Armées (SSA) définies ainsi qu'il suit par l'arrêté ministériel n° 005574/MFA/DIRCEL du 15 juin 1995 :

- Maintenir en condition les effectifs par l'étude et l'application de règles d'hygiène et de prophylaxie ;
- Assurer le traitement des militaires malades ou blessés et leurs familles ;
- Prêter son concours à toute mission médicale demandée par le gouvernement ;
- Planifier et réaliser la formation des spécialistes du service.

L'objectif général du Programme était de « Contribuer à réduire la survenue de nouveaux troubles psychiques en zone opérationnelle en améliorant la qualité de la prévention chez les militaires sénégalais de juillet 2005 à juillet 2006. Comme objectifs spécifiques, le programme envisageait de :

- mettre en place une cellule de coordination fonctionnelle dès le début du programme ;
- former à la prévention des troubles psychiques, au secourisme en zone opérationnelle, à la prise en charge sociale des militaires

¹ A. C. DIENG, Mémoire DESS/GPS, CESAG 2005

engagés sur les théâtres d'opération et à la gestion du stress et de l'hygiène mentale, avant juillet 2006 ;

- informer et sensibiliser la troupe avant l'engagement, ainsi que les chefs de corps présents sur les théâtres d'opération ;
- faire un plaidoyer auprès du haut commandement et des bailleurs potentiels.

Le programme a été rendu opportun par le contexte opérationnel actuel de l'armée sénégalaise caractérisé par un engagement de plus en plus important dans les opérations extérieures, et justifié par le postulat qu'il y avait une absence de prévention et de prise en charge précoce des troubles psychiques dans le service de santé militaire. En effet l'analyse situationnelle des névroses de guerre faite par le docteur A. C. DIENG dans l'étude précitée a révélé cinq causes :

- l'absence de pratique de l'hygiène mentale ;
- l'absence d'offre de soins psychiatriques sur les théâtres d'opérations ;
- l'absence d'une cellule de coordination ;
- l'absence de test de dépistage psychologique pendant le recrutement ;
- la rareté de la demande de soins par la cible.

Après priorisation, l'absence d'offre de soins s'est avérée la cause principale sur laquelle devait être conçue la solution.

La population à risque était constituée de tous les militaires présents sur quatre (04) théâtres d'opérations extérieures (Soudan, Libéria, République Démocratique du Congo et Côte d'Ivoire), auxquels s'ajoutaient les militaires observateurs au Burundi et dans les quatre pays cités ci-dessus, les soldats engagés en Casamance et les éléments de la protection rapprochée en Côte d'Ivoire ; ce qui constituait un effectif approximatif de deux mille (2 000) militaires.

La récurrence mesurée entre 1998 et 2005 témoignait d'une chronicité du problème comme le montrent les données ci-après fournies par la littérature :

- en 1998 le rapport de la DSA faisait état de 366 cas de troubles psychiques, soit 1,9% des effectifs de l'armée sénégalaise et 1,5% des motifs de consultation des sujets militaires ;
- en mai 1999, le médecin capitaine Tabara SYLLA a recensé dans sa thèse 28% d'état dépressif parmi les militaires ;

- en décembre 1999 le médecin capitaine Eugène DIEME a noté 90% de troubles psychiques chez les blessés physiques de guerre ;
- en 2002, une étude prospective du médecin colonel Ababacar VILANE sur la violence en zone opérationnelle portant sur 100 observations, avait fait état de 40% de névrose de guerre, 28% de syndrome dépressif et 16% de bouffée délirante avec prise de toxique.

De même, la prévalence et la gravité témoignent de l'ampleur de ce problème, ainsi que son impact sur le coût de la structure militaire, qui se traduit par la réduction des effectifs, la baisse de la capacité et de la performance opérationnelles, la fragilisation du budget du ministère des forces armées.

Les conséquences sur la population militaire se font sentir par le taux élevé de la morbidité et la mortalité liées aux troubles psychiques, la baisse du moral de la troupe, l'instabilité familiale et le sentiment d'abandon chez les militaires atteints de lésions psychiques.

Pour une approche de résolution de ce problème, le programme s'est inscrit dans un espace et un temps limités. Or le problème qu'il s'est attelé à résoudre ne peut manquer d'emprise globale au sein des forces armées, avec une inscription dans la durée et la continuité. C'est pourquoi, après l'atteinte de son objectif initial, le Programme a envisagé d'étendre la population cible à l'ensemble de l'armée sénégalaise. Par ailleurs, des organismes extérieurs aux forces armées, tant au niveau national qu'international, pourraient constituer des partenaires clients et/ou ressources du PSPA. De ce fait, les aspects de son amélioration ne sauraient être occultés, en vue de répondre à son besoin de pérennisation, d'efficience et d'efficacité. Aussi envisageons nous de mettre en place un cadre contractuel qui serait d'une triple utilité : il servira de référentiel aux objectifs de qualité de la tutelle ; permettra de clarifier les droits et obligations réciproques entre les partenaires clients et le PSPA ; constituera un plaidoyer auprès des partenaires ressources.

Pour une conduite méthodique de ce processus, il nous a paru opportun de l'inscrire dans une démarche qualité dont les méthodes et outils permettent de faire un diagnostic qualité exact, d'apporter des solutions adaptées et dont l'usage semble aisé car ils s'adaptent à toutes les situations.

PREMIERE PARTIE

CADRE THEORIQUE

CHAPITRE I

PRESENTATION DU CHAMP D'ETUDE

I. LE SERVICE DE SANTE DES ARMEES²

1.1 Historique

Le Service de Santé des Armées (SSA) du Sénégal existe depuis l'accession du pays à l'indépendance en 1960. Dans un premier temps, il était dirigé et constitué essentiellement par des médecins militaires Français du fait de l'inexistence des ressources humaines nationales.

En 1968, fut créée l'Ecole militaire de santé (EMS) de Dakar pour la formation sur place des médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes et vétérinaires en collaboration avec l'Université de Dakar. Le Service de Santé des Armées a pu, à partir des années soixante dix, disposer de ses propres ressources en personnel, avec la sortie en 1975 de la première promotion de médecins militaires.

La Direction de la Santé des Armées, dans sa dénomination actuelle, a été créée par le décret N° 93-1067 du 20 septembre 1993. Son organisation est régie par l'arrêté ministériel N° 005574/MFA/DIRCEL du 15 juin 1995.

1.2 Missions du Service de Santé des Armées

L'arrêté ministériel n° 005574/MFA/DIRCEL du 15 juin 1995 définit, les missions du SSA ainsi qu'il suit :

- Maintenir en condition les effectifs par l'étude et l'application de règles d'hygiène et de prophylaxie ;
- Assurer le traitement des militaires malades ou blessés et leurs familles ;
- Prêter son concours à toute mission médicale demandée par le gouvernement ;
- Planifier et réaliser la formation des spécialistes du SSA.

Ces missions ont pour finalité de promouvoir, préserver et restaurer la santé des militaires (Soutien des Forces) et leurs familles en temps de paix comme en temps

² Direction de la Santé de Armées/Division études et contrôle : plan de développement stratégique du service de santé des armées proposé en 2004

de crise ; de participer activement à l'amélioration de la santé de la population (Mission de Service Public) ;

1.3 Objectifs du Service de Santé des Armées

1.3.1 Objectif général

Dans le contexte actuel, favorable au plan politique, le service de santé des armées, conscient de ses énormes potentialités et de l'enjeu qu'il représente, se fixe comme objectif d'assurer un excellent niveau de santé des militaires mais aussi des civils en améliorant la prévention et la qualité de la prise en charge curative.

1.3.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques du SSA sont fixés suivant le contexte et les missions assignées à la troupe en relation avec les objectifs opérationnels de l'Etat major des Armées. Dans le contexte actuel marqué par un engagement important en opération extérieure (OPEX) et intérieure (OPIN), ces objectifs sont de trois ordres :

- Le soutien des militaires sur le terrain des OPEX et OPIN (médecine, psychiatrie, chirurgie) qui s'articule comme suit :
 - Assurer le traitement des pathologies médicales de niveau I sur le théâtre d'opération de 100% des militaires engagés à partir de fin 2006 ;
 - Assurer la prise en charge précoce de 90% des militaires présentant des troubles psychiques en zone opérationnelle en fin 2006 ;
 - Assurer les premiers soins chirurgicaux de 100% des blessés physiques sur les théâtres d'opération à partir de fin 2004 ;
 - Réaliser 90% des activités d'hygiène mentale en zone opérationnelle d'ici 2010 ;
 - Réaliser 100% des activités de prophylaxie médicale pour les troupes engagées en fin 2006
- La prise en charge des militaires en base arrière et des civils :
 - Prendre en charge préventivement et curativement 100% des militaires non engagés dans les zones opérationnelles et leurs familles d'ici 2010 ;
 - Traiter 100% des populations se présentant dans les structures médicales militaires d'ici 2010 ;
 - Participer à 100% aux missions médicales à la demande du gouvernement

- La coordination et la gestion
 - Assurer au moins deux réunions institutionnelles de coordination par mois dans toutes les structures de santé militaire et réaliser un tableau de bord disponible à tous les niveaux à partir de 2005 pour une meilleure visibilité.
 - Mettre en place un système d'information sanitaire (SIS) fonctionnel avant fin 2005.

1.4 Organisation du Service de Santé des Armées

1.4.1 Les structures

La Direction de la Santé des Armées est une des sept grandes directions et services rattachés à l'Etat-major Général des Armées (EMGA).

Pour assurer sa mission, le service de santé des armées est ainsi structuré en deux niveaux :

- Le niveau central (conception, orientations, politiques et programmes) :
 - La Direction (portion centrale) comprenant un Secrétariat, la Division Etudes et Contrôle (DEC), la Division Logistique (DLOG) et la Division Ressources Humaines (DRH).
 - Les formations ou établissements spécialisés : elles relèvent directement du directeur de la santé et comprennent le Centre Spécial de Réforme (CSR), la Pharmacie d'Approvisionnement des Forces Armées (PAFA) et les Hôpitaux Militaires.
 - La Chefferie Santé : dirigée par le Médecin-chef des Armées et placée sous l'autorité hiérarchique du directeur.
 - Les organismes de soutien : le Bataillon de Santé (Bat santé) avec la compagnie de commandement, la compagnie d'instruction et la compagnie médicale.
 - Les programmes de santé (SIDA, Paludisme et Soutien Psychologique)
- Au niveau périphérique (exécution des politiques et programmes) : les structures sanitaires périphériques comprennent les centres médicaux de zone et de garnison (CMG) répartis sur l'ensemble du territoire sénégalais et les postes médicaux.

1.4.2 Le personnel du Service de Santé des Armées

En 2005 le service de santé comptait près de 272 officiers dans les cinq sections (médecine, pharmacie, chirurgie dentaire, médecine vétérinaire et administration) dont une vingtaine du sexe féminin. En spécialité psychiatrique le Service de santé ne disposait que de trois (03) psychiatres soit 1,1% des officiers de la santé, deux (02) étudiants au CES³ de psychiatrie et d'aucun psychologue ni infirmier psychiatrique⁴.

1.5 Règles de fonctionnement et rôle des différentes structures

1.5.1 La Direction de la santé des armées

La Direction de la santé des armées est dirigée par un officier général ou supérieur du service de santé, nommé par décret. Cet officier est notamment chargé du suivi et de la coordination des activités des divisions.

- La Division Etudes et Contrôle est chargée de :
 - mener les études générales relatives au service et d'en proposer les orientations ;
 - mener des études cliniques, d'hygiène, d'épidémiologie et de psychologie appliquées aux armées ;
 - faire les investigations et contrôler les organismes et les établissements spécialisés du service de santé des armées ;
 - concevoir et planifier la formation des spécialistes du service.
- La Division Ressources Humaines est chargée :
 - d'élaborer et de gérer le budget du service et les fonds rattachés et d'en assurer la comptabilité ;
 - d'administrer les personnels spécialistes du service ;
 - de traiter les litiges administratifs nés à l'occasion du service ;
 - d'étudier les problèmes et la réglementation relative aux hospitalisations et soins externes dans les formations sanitaires de traitement.
- La Division logistique est chargée :
 - de concevoir et diriger le soutien logistique santé des forces armées en temps de paix et en opération ;
 - de concevoir la politique en matière d'approvisionnement et de ravitaillement ;

³ CES : certificat d'études spécialisées

⁴ La formation d'infirmiers spécialisés est dispensée au CHU de Fann

- d'acquérir et de réaliser le matériel sanitaire et les dispositifs médicaux du service de santé des armées et d'en assurer le suivi ;
- de l'organisation logistique des différentes missions et de la mobilisation des moyens nécessaires à leur réussite ;
- d'assurer la gestion et l'administration des ressources matérielles relevant de la division ;
- d'instruire les dossiers de réforme des matériels.

1.5.2 Les Organismes spécialisés et hôpitaux militaires

Il s'agit des organismes et établissements hospitaliers militaires relevant directement du Directeur de la santé des armées :

- le Centre spécial de réforme : chargé de l'étude et de l'application des décisions médico-administratives relatives aux aptitudes au service et aux droits à la pension d'invalidité ;
- la pharmacie d'approvisionnement des forces armées (PAFA) composée d'un Centre de Matériels et de Mobilisation (CMM) et d'un Centre de Ravitaillement Sanitaire (CRS). Ces centres sont respectivement chargés d'assurer l'approvisionnement, la gestion et le ravitaillement des matériels de mobilisation et médicaments en vue du soutien des unités sanitaires en opération ; d'assurer les approvisionnements techniques sanitaires, de leur gestion ainsi que des ravitaillements des différents services de la santé des armées ;
- Les établissements hospitaliers militaires, en tant que structures hospitalières de référence, sont chargés de l'accueil, de l'hébergement et du traitement des personnels militaires, des employés civils des Forces Armées et de leurs familles. Ils sont régis par des textes particuliers et participent au service public hospitalier.

1.5.3 La Chefferie santé des armées

La Chefferie du service de santé est dirigée par un médecin officier supérieur. Elle est chargée de :

- veiller à la préservation des effectifs des armées ;
- planifier la formation des spécialistes ;

- superviser le ravitaillement sanitaire ;
- préparer les opérations auxquelles le service de santé doit prendre part ;
- participer à la planification et à l'emploi des spécialistes en relation avec la direction et le bataillon de santé ;
- assurer la gestion de l'information sanitaire ;
- superviser les services médicaux des zones ;
- superviser les services dentaires et vétérinaires ;

1.5.4 Les centres médicaux de Zone

Les Centres Médicaux de Zone sont placés sous l'autorité hiérarchique du Médecin-chef des armées. Ils sont dirigés par des officiers médecins qui sont les conseillers sanitaires des Commandants de zone. Le Médecin-chef de zone est chargé de :

- superviser les médecins-chefs de garnison de la zone ;
- superviser les services dentaires de la zone ;
- assurer la gestion de l'information sanitaire de la zone.

1.5.5 Les organismes de soutien

Le bataillon du service de santé, commandé par un officier supérieur, est placé, pour emploi, sous l'autorité du Médecin-chef des armées. Sur le plan technique, il relève du Directeur de la santé des armées. Il est chargé :

- d'assurer l'administration du personnel affecté au service de santé ;
- d'assurer le soutien santé des personnels des trois armées en temps de paix et de crise ;
- d'assurer la formation et l'instruction des personnels ;
- d'assurer le suivi du matériel attribué aux différentes formations du service de santé des armées ;
- d'intervenir au profit du gouvernement et des différentes communautés.

1.6 Environnement

Bien que relevant directement de l'état major général des forces armées, l'environnement macro institutionnel du SSA n'est pas sans impact sur son évolution. Ainsi, on remarque trois niveaux d'interaction entre le SSA et les organismes publics nationaux dont l'influence est certaine :

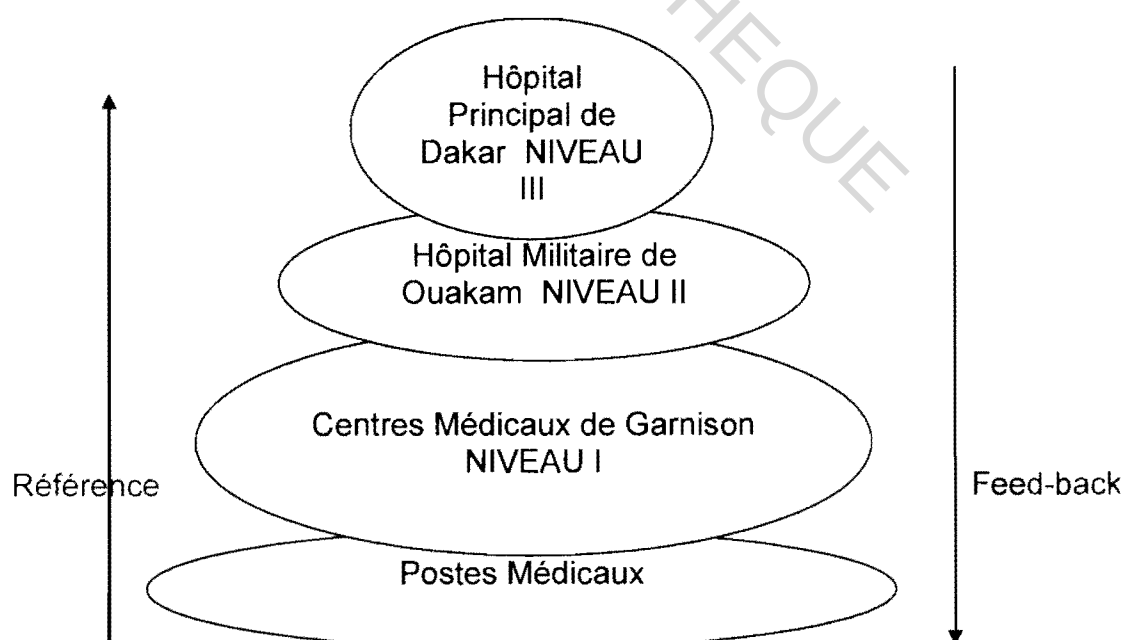
- Au niveau de l'Etat, par une politique qui fait de la santé, à côté de l'éducation, un pôle de développement prioritaire auquel plus de 10% du budget est affecté.
- Au ministère de la santé, par la réforme hospitalière et la priorité accordée aux programmes consacrés à la prévention, au couple « mère-enfant », ainsi qu'à la triade « paludisme-tuberculose-SIDA ».
- Concernant le programme national de santé mentale, force est de constater qu'il existe un retard alarmant à sa mise en œuvre depuis son élaboration en 2001⁵.

1.6.1 Offre de services : le système de référence

Le système d'orientation/recours obéit à une pyramide sanitaire :

- Au premier niveau, se retrouvent les centres médicaux de garnison, structure de référence des postes médicaux.
- Au deuxième niveau, sont classés les hôpitaux de niveau II comme l'HMO.
- Au troisième niveau se trouve, l'Hôpital Principal de Dakar, établissement de santé à statut spécial avec une mission de soutien des Forces armées sénégalaises

Figure 1 : Pyramide sanitaire du SSA



⁵ Division des maladies non transmissibles, Bureau de santé mentale, Rapport d'évaluation 2005

II. LE PROGRAMME DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES ARMEES

Mis en œuvre à partir de 2005, le Programme de Soutien Psychologique des Armées (PSPA) participe, à travers son plan quinquennal 2005-2010, à la réalisation de la mission première de la Direction de la santé des armées qui consiste à la préservation des effectifs par la prévention, mais aussi le traitement des malades militaires et de leurs familles.

2.1. Finalité

Contribuer à maintenir la capacité opérationnelle de l'armée sénégalaise en préservant les effectifs engagés par une bonne politique de santé mentale au profit des militaires sur les théâtres d'opération ou en base arrière, ainsi que leurs familles et améliorer ainsi leur bien être mental et social.

2.1.1. Objectif général

Réduire la prévalence des troubles psychiques de 50% (551 cas recensés en 2005) en améliorant la qualité de la prévention chez les militaires sénégalais d'ici décembre 2010.

2.1.2. Objectifs de résultats à moyen terme

- Amener à 75 % le niveau de réinsertion socioprofessionnelle des cas de troubles psychiques d'ici octobre 2009.
- Amener à moins de 50 % l'incidence des troubles psychiques d'ici octobre 2009.

2.1.3. Objectifs spécifiques

- assurer un taux d'exécution de 100% des activités de coordination en décembre 2010.
- Exécuter a 100% les activités de plaidoyer pour susciter un engagement du commandement avant octobre 2008.
- Prendre en charge sur le plan médical tous les troubles psychiques avant mars 2009.
- Prendre en charge sur le plan médico-légal et administratif les 100% des troubles psychiques diagnostiqués avant octobre 2009.

- Amener 70% des militaires à exprimer une demande de prise en charge psychiatrique ou psychologique sans gêne avant octobre 2009.
- Assurer à 100% le degré d'assistance psychiatrique ou psychologique immédiate sur les théâtres d'opération avant octobre 2009.
- Renforcer la capacité de 90% des familles pour une meilleure gestion des missions avant juillet 2009.
- Pratiquer avant tout recrutement une sélection psychologique systématique à partir de février 2009.
- Assurer une prise en charge complète et gratuite de toutes les PVVIH dans le cadre de la prise en charge psychosociale à partir d'avril 2009.

2.2. Organisation, fonctionnement et personnel du PSPA

2.2.1. Comité de coordination et gestion

Président : Le Directeur de la santé des armées

Membres : Le coordinateur du programme

Le gestionnaire du programme

Le chef de la division logistique

Le chef de la division administration et personnel

Le chef de la division études et contrôle

Le président du comité technique du PSPA

Le médecin-chef de l'hôpital militaire de Ouakam

Le médecin-chef des armées

Missions et activités essentielles :

- Assurer la coordination des activités du programme
- Faire le monitoring des plans d'actions annuels
- Veiller au respect des procédures de gestion
- Faire une réunion mensuelle de suivi

2.2.2. Conseil d'orientation

Président : le directeur de la santé des armées

Rapporteur : le coordinateur du programme

Membres : Le président du comité technique

Le représentant EMGA

Le représentant de la mutuelle

Le chef du Centre de coordination des opérations de l'EMGA

Le directeur de l'action sociale

Le chefs des opérations des armées de terre, air, mer

Le directeur de la sécurité militaire

Le directeur des relations publiques des armées

Le chef de la DGF

Le médecin-chef du centre de réforme

Un chef de corps

Un commandant d'unité

Deux présidents de catégorie (sous-officiers et hommes de troupe)

Missions et activités essentielles :

- Orienter la politique de gestion du stress en opération
- Déterminer les stratégies à mener chaque année

2.2.3. Comité technique

Président : le médecin-chef du service de psychiatrie de HPD

Membres : les psychiatres militaires dans les cadres, de HPD et du CHN

Missions et activités essentielles :

- Confectionner les supports de formation, les articles dans les journaux et le contenu du site web.
- Faire les formations et animer les séances de sensibilisation.
- Aider à la sélection psychologique pendant la visite des 90 jours au 12^{ème} bataillon et dans les écoles de formation.
- Conseiller le commandement pour l'orientation dans les corps en fonction des profils.
- Participer à la prise en charge des patients en relation avec le comité de coordination et gestion.
- Participer aux supervisions sur les différents théâtres d'opération.
- Faire de la recherche, des publications, et participer à la surveillance épidémiologique.
- Réfléchir sur les aspects médico-légaux à prendre en compte et faire la mise à jour des textes.

2.2.4. Personnel administratif permanent du programme (prévision)

1 Coordonnateur

1 Adjoint

1 Gestionnaire

1 Assistant social

1 Secrétaire

2 Plantons

1 Chauffeur

Missions et activités essentielles

- Administrer le programme
- Planifier et convoquer les réunions des différents comités et conseils
- Coordonner les activités à exécuter

CHAPITRE II

ETUDE CRITIQUE

L'analyse⁶ de notre champ d'étude révèle une forte concentration des infrastructures sanitaires dans la zone militaire N°1(Dakar) qui est la seule à disposer de structures militaires de référence (HMO, HPD), ce qui entraîne un nombre croissant d'évacuations sanitaires⁷, et une utilisation des hôpitaux régionaux publics comme hôpital de premier niveau de référence en cas de besoin.

Pour des besoins opérationnels, en plus de la dotation organique des unités, au nom du principe du soutien au plus près, des antennes chirurgicales sont déployées à l'avant, avec comme objectif la prise en charge rapide et sécurisée des blessés⁸.

L'offre de soins s'est longtemps articulée autour de la dimension physique des blessures. Par contre la prise en charge précoce et la prévention des blessures psychiques n'a pas bénéficié des mêmes avantages. Ce qui a motivé la mise en œuvre du PSPA en 2005. Sa critique nous permettra de déceler les axes éventuels de son amélioration.

I. BILAN DU PSPA 2005-2006

Le rapport bilan 2005-2006 fait état des ressources consommées par le PSPA dans sa première phase de mise en œuvre, et des activités menées au cours de la même période.

1.1 Ressources et activités

1.1.1 Ressources

➤ Infrastructure

Le PSPA est logé dans les locaux de l'Hôpital Militaire de Ouakam, propriété du ministère des forces armées, géré par la Direction de la Santé des Armées.

➤ Equipements

- Equipements complets de 4 bureaux et une salle de réunions
- Informatisation complète de 3 bureaux

⁶ Données du plan de développement stratégique du Service de Santé des Armées

⁷ Registre EVASAN DE L'HMO

⁸ Note de service de la DSA concernant les antennes chirurgicales de Ziguinchor et Kolda

- Fournitures de bureaux pour 2005 et 2006
- Matériel audiovisuel complet pour les formations
- 3 Lignes Internet dans 3 bureaux
- 1 ligne téléphonique fixe civil
- 1 ligne téléphonique mobile
- 1 faxe
- 4 lignes militaires
- 2 combinés téléphoniques numériques
- 2 combinés téléphoniques analogiques

➤ **Ressources humaines**

Pour le renforcement des capacités de son personnel, le PSPA a bénéficié en 2006 de :

- 1 master I en santé publique
- 1 CES de santé publique
- 2 Infirmiers en imprégnation en psychiatrie

1.1.2 Activités

Dans le cadre de l'exécution du Programme de Soutien Psychologique des Armées, pour les années 2005 et 2006 nous allons faire l'économie des activités réalisées. Il s'agira de lister les activités en fournissant leurs contenus et leurs fréquences.

➤ **Gestion des incidents critiques :**

- Participations aux opérations des Forces armées : participation à l'opération KADJALOCK : par l'envoi d'un psychiatre dans le cadre de la psychiatrie de l'avant avec la mise en place d'une antenne psychologique. Cette antenne a permis de faire de la prévention primaire, secondaire et la prise en charge précoce des cas de troubles psychiques. En plus, tous les quatre médecins des unités combattantes et de la zone 5 qui ont participé à l'opération ont été déjà formés par le PSPA à la gestion du stress opérationnel.
- Participation à une opération de rétablissement de la paix au Congo, en préparant la compagnie commando devant être projeté sur le théâtre d'opérations.
- Débriefing d'urgence : au total dix sept interventions d'urgence ont été réalisées dont sept débriefing de groupe au profit de blessés en Casamance,

hospitalisés à l'HMO, quatre débriefing individuels de militaires après une embuscade avec mort d'homme ou prise d'otage, trois débriefing au Darfour après deux attaques et une prise d'otage, un débriefing pour l'équipage d'un avion militaire après un atterrissage forcé, deux débriefing au profit de 6 militaires blessés après un accident de circulation mortel ;

- L'annonce des décès ou de blessures : le contexte de l'engagement des hommes dans les théâtres d'opérations intérieures comme extérieures fait que nous perdons parfois des éléments atteints par balle ou qui sautent sur des mines ou encore des éléments qui sont blessés. En 2006, le commandement conscient que l'annonce des pertes aux familles peut engendrer des réactions inadaptées, a décidé que ces missions d'annonces de nouvelles délicates soient confiées au PSPA.

Au total vingt sept annonces de décès et blessures ont été effectuées dont quatre décès sur les théâtres en opération (en Casamance ou en OPEX), une mort subite d'un chauffeur de HMO, vingt trois blessés en opération ont été annoncés dans les familles par le PSPA

➤ **Supervisions**

- Supervisions en OPEX : 5 en OPEX sur 4 prévues soit 125% (2 au Darfour, 1 en RCI, 1 en RDC, 1 au Libéria)
- Supervisions en Casamance : 1 en Casamance sur 1 prévue soit 100%

➤ **Plaidoyers**

- 2 plaidoyers au profit du grand commandement et services (GCS). Le but était d'obtenir l'engagement du grand commandement et des directeurs de service dans la résolution des problèmes du déficit de prévention du stress opérationnel.
 - 1 pendant la réunion du GCS
 - 1 lors d'une conférence animée par le médecin général Guy Briole sur la gestion du stress au profit du grand commandement pendant les journées de HPD
- 2 plaidoyers pour les chefs de corps. Ils ont permis d'engager les commandements locaux sur la gestion préventive des problèmes de santé mentale dans l'armée sénégalaise.

➤ Recherche scientifique et publications

Cinq Etudes ont été réalisées dans l'armée sénégalaise :

1. « Contribution a l'amélioration de la santé mentale dans l'armée sénégalaise : mise en place d'un programme de soutien psychologique en zone opérationnelle »
2. « Etude de la prévalence et des déterminants de la névrose de guerre chez les commandos de la Base militaire de Thiès »
3. « Projet de lutte contre la névrose de guerre chez les commandos de la Base militaire de Thiès dans le cadre du PSPA »
4. « Etude de faisabilité d'une prise en charge complète et gratuite de la névrose de guerre à l'HMO dans le cadre du PSPA »
5. « Prévention des troubles psychiques en zone opérationnelle dans l'armée sénégalaise »

Quatre articles ont été publiés dans le colloque sénégal belge

1. « De l'assistance psychiatrique de niveau III au secourisme psychique »
2. « Place de la somatisation dans les dysfonctionnements du couple »
3. « Parcours du combattant infini pour un élève officier brillant »
4. « Histoires de couples »

➤ Formation

- Formation des médecins militaires : 13 médecins d'unités ont été formés à la psychiatrie militaire du 27 au 29 mars 2006.
- Formation des élèves des écoles d'officiers et de sous-officiers : 205 officiers, élèves officiers et élèves sous officiers ont été formés entre 2005 et 2006.
- Renforcement de capacité en gestion des catastrophes organisé par l'ambassade d'Israël au profit du service de santé des armées avec la participation de tous les psychiatres dans la cellule de soutien psychologique sous la coordination du PSPA.
- L'atelier de formation en counseling au profit des assistants sociaux des armées du 17 au 20 octobre 2006 organisé par le Programme multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA forces de sécurité. Ce séminaire qui a connu la participation de l'assistant social du programme visait à renforcer les capacités en counseling car le programme gère le volet prise en charge psychosociale du programme SIDA forces de sécurité.

➤ **Sensibilisation**

- Sensibilisation des MILOBS : 30 MILOBS formés sur 50 prévus soit 60%
- Sensibilisation en OPEX en et Casamance : 10 200 sensibilisés sur 11 175 prévus soit 91,27%
- Emissions radiophoniques à la direction de l'infrastructure et des relations publiques des Armées (DIRPA) : 8 émissions radiophoniques sur 4 prévus soit 200% d'émissions dans le programme radiophonique ARMEE-NATION animées par le coordonnateur avec comme thème : « le PSPA, la gestion du stress au combat, la pratique du débriefing et les retours de mission destinée aux unités engagées en Casamance ».
- Tournée de sensibilisation : 1 tournée par l'assistant social du PSPA dans toutes les garnisons et les unités isolées pour les sensibiliser sur le programme, ses offres de service et la gestion du stress, dans le cadre de la tournée nationale des présidents de catégories du 31 janvier 2006 au 13 mars 2006.
- Présentation du PSPA, ses activités et la place du service social dans le programme lors de l'atelier de renforcement des capacités des travailleurs sociaux des armées sur les aspects préventifs des IST/VIH/SIDA et les techniques d'animation organisé par le service de l'action sociale des armées.
- Présentation du PSPA et séance de sensibilisation pour les présidents de catégories des sous officiers à l'occasion de leur séminaire annuel au Bataillon du train.
- Offre de service de psychiatrie de niveau II à HMO en gestation : 1 nomination d'un chef de service par le DSA pour la mise en œuvre du service de psychiatrie ; 1 consultation en psychiatrie tous les Jeudi assurée par le psychiatre du programme avec 91 personnes reçues en consultation.
- Prise en charge psychosociale des PVVIH des Forces de sécurité par le PSPA : 11 militaires et familles suivis sur le plan psychosocial ; 23 civils bénéficient d'une prise en charge psychosociale.
- Soutien psychosocial des malades internés : elle concerne les malades de l'Hôpital Principal de Dakar (HPD) et ceux de l'Hôpital Militaire de Ouakam (HMO).

- à l'HMO, des visites quotidiennes aux malades militaires internes sont effectuées par l'assistant social du PSPA. Cette approche vise à reconforter les malades qui, assez souvent, se sentent abandonnés par l'armée. Aussi l'approche vise t-elle à instaurer une relation de confiance entre le patient et le service. Les malades sont reçus en entretien et le service rétabli le contact avec la famille ou le commandement. Au total le service a réalisé 11 entretiens avec des patients blessés des guerres depuis février 2006.
- Pour l'HPD, tous les vendredi, l'assistant social du PSPA participe aux visites et par la suite on lui présente les dossiers des militaires qui nécessitent une prise en charge psychosociale. 19 entretiens ont été réalisés au cours de l'année dont 4 avec des familles de militaire.
- L'assistant social s'occupe également de démarches au niveau du centre de réforme pour l'état d'avancement des dossiers de réforme des soldats servant pendant la durée légale (PDL).
- **Médiations** : souvent des personnes en conflit avec leur commandement se présentent au PSPA pour une médiation. Il y a eu 11 cas pour l'année 2006 :
- Un officier qui se croit lésé pour les avancements en grade.
 - Un officier qui s'est cru lésé pour les avancements en grade.
 - Un ancien du Prytanée Militaire de Saint Louis, ayant eu des problèmes au niveau de l'école des officiers a été maintenu sous-officier pendant 8 ans, a sollicité nos services.
 - Deux enfants de troupe qui ont présentés des problèmes d'inadaptation ont été transférés grâce à la médiation du PSPA.
 - Un infirmier victime d'une mauvaise décision de son commandant d'unité a été restitué dans ses droits.
 - Deux enfants de troupes tchadiens qui menaçaient de se suicider ont été assistés par le PSPA
 - Deux paras blessés de guerre ont bénéficié d'un soutien psychologique.
 - Deux éléments du COSRI.

Pour tous ces cas le PSPA rencontre les autorités, appelle les chefs, ou fait des fiches au commandement pour impulser une recherche de solution concertée.

II. PLAN D'ACTION 2007

2.1 Finalité

Contribuer à maintenir la capacité opérationnelle de l'armée sénégalaise en préservant les effectifs engagés par une bonne politique de santé mentale au profit des militaires sur les théâtres d'opération.

2.2 Objectif général

Réduire la survenue de stress opérationnel de 50% en améliorant la qualité de la prévention chez les militaires sénégalais dès décembre 2007.

2.3 Objectifs spécifiques

Objectif 1: assurer un taux d'exécution de 80% des activités de coordination en décembre 2007.

Objectif 2 : sensibiliser au moins 90% des corps en opération dès décembre 2007.

Objectif 3 : former au moins 80% des cadres et gradés de l'armée en décembre 2007.

Objectif 4 : exécuter à 100% les activités de plaidoyer pour un engagement du commandement avant octobre 2007.

Objectif 5 : assurer une prise en charge complète et gratuite de tous les cas de névrose de guerre et de PVVIH à partir d'avril 2007

2.4 Réalisations et activités nécessaires

2.4.1 Infrastructure : 34 350 000 FCFA

- Construire des locaux pour le PSPA : 34 350 000 FCA
- Une salle d'ergothérapie
- Une salle de thérapie de groupe
- Une salle détente

2.4.2 Equipement : 9 144 000 FCFA

- Achat d'un véhicule de supervision (Direction du Matériel des Armées)
- Equipement complet de 2 autres bureaux : 2 994 000 FCFA
(Psychologue et adjoint)
- Equipement de la salle d'ergothérapie : 1 350 000 FCFA
- Equipement de la salle de détente : 750 000 FCFA

- 2 ordinateurs portables pour les supervisions : 1 500 000 FCFA
- 1 Vidéo projecteur pour la salle de conférence : 1 000 000 FCFA
- 5 téléphones portables pour la cellule d'urgence : 250 000 FCFA
- 1 Bibliothèque du traumatisme : 1 300 000 FCFA

2.4.3 Ressources humaines : 7 860 000 FCFA

- 1 psychologue vacataire : 2 400 000 FCFA
- 1 formation en psychologie pour un officier de l'infanterie (Division gestion et formation)
- 1 cours de gestion du stress en opération aux USA (Division gestion et formation)
- 2 infirmiers en spécialisation (Diplôme d'initiation en psycho pathologie) au CHU de FANN : 400 000 FCFA
- 6 Infirmiers en imprégnation en psychiatrie : 360 000 FCFA
- 1 master en santé publique pour adjoint au coordonnateur (DSA)
- 3 participations aux rencontres scientifiques sur le traumatisme : 4 500 000 F
- 2 formations en anglais pour la recherche scientifique : 200 000 FCFA

2.4.4 Récapitulatif budget du plan 2007

Les coûts par rubrique sont les suivants :

- INFRASTRUCTURES : 34 350 000 FCFA
- EQUIPEMENTS : 9 144 000 FCFA
- RESSOURCES HUMAINES : 7 860 000 FCFA
- PLAN D'ACTION 2007 : 22 846 600 FCFA

Le total des dépenses pour le plan 2007 s'élève à 74 200 600 FCFA.

Si nous appliquons le taux de 5% pour les imprévus, le budget du plan 2007 s'élève à 77 910 630 FCFA.

III. ANALYSE DE LA PERFORMANCE DU PSPA

3.1 Analyse stratégique

Cette analyse nous permettra de juger de la pertinence du Programme, c'est-à-dire de l'adéquation stratégique entre le programme et les traumatismes de guerre.

Pour cela nous examinerons la procédure de priorisation du problème choisi pour l'intervention, en l'occurrence l'absence de prévention et de prise en charge des troubles psychiques en zone opérationnelle.

3.1.1 Présentation des problèmes validés

Les problèmes retenus étaient au nombre de quatre :

- Absence totale de prévention et de prise en charge précoce des troubles psychiques en zone opérationnelle ;
- Difficultés dans le suivi à long terme des troubles psychiques dans l'armée : le problème du médicament ;
- Retard ou absence de la régularisation de la situation médico-administrative de traumatisme psychique de guerre : présentation devant la commission de réforme ;
- Absence d'un système d'information sanitaire

3.1.2 Hiérarchisation du domaine d'intervention prioritaire

- **Choix des critères :** Les critères identifiés pour la priorisation du problème à résoudre étaient au nombre de cinq (5) :

Critère 1 : la capacité du consultant à appuyer la résolution du problème.

Critère 2 : l'adhésion du staff (la volonté de l'organisation à résoudre le problème, la prise de conscience du problème, les actions déjà entreprises dans le domaine, existence de solutions internes pour la résolution du problème)

Critère 3 : ampleur du problème

Critère 4 : gravité du problème

Critère 5 : récurrence du problème

- **La pondération :** L'ensemble des critères était pondéré sur une échelle de 20 points répartis comme suit : le 1^{er} critère était noté sur 10 points, le 2^{ème} sur 4 points, les 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} sur 2 points chacun⁹. Il s'agissait pour les membres du staff de la Direction de donner une note pour chaque critère en fonction des 4 problèmes ou domaines d'intervention identifiés afin de les prioriser.

⁹ CODIA L Méthodologie de résolution de problème
Cours ISS/GPS cité par A. C. DIENG

- **Priorisation**

Tableau I : synthèse des résultats de priorisation

	Critère1	Critère 2	Critère 3	Critère 4	Critère 5	TOTAL
PROBLEME1	36	14	8	8	8	74
PROBLEME2	33	11	8	8	8	68
PROBLEME3	29	10	7	6	8	60
PROBLEME4	31	10	7	4	4	56

Le problème 1 ayant recueilli le plus grand score a été retenu comme axe d'intervention prioritaire.

3.2 Analyse de l'intervention

Nous examinerons la validité de la relation entre les objectifs du Programme et les moyens mis en œuvre. Pour cela nous déterminerons les coûts susceptibles d'être évités par le Programme, à travers l'analyse coût-bénéfice du Programme, en utilisant la méthode dite du « Capital humain ». Nous convertirons en terme monétaire les conséquences des traumatismes de guerre. Ces conséquences comprennent les coûts médicaux et la diminution opérationnelle résultant d'une incapacité. Pour affecter une valeur monétaire à la diminution opérationnelle nous calculerons les revenus moyens sur la durée de service.

Les calculs portent sur l'année 2004.

- Coûts de la prise en charge médicale¹⁰ (Pc) : **167 634 799 F CFA** dont 11 000 000 F CFA pour 11 EVASAN et 5 pensions d'invalidité pour troubles psychiques.
- Médicaments (Méd) : 38 948 449 Francs CFA pour 1273 ordonnances médicales, soit **30595 F CFA** en moyenne.
- Diminution opérationnelle (Dop) :
 - Coût des réformes (Cref) : 5 pensions d'invalidité pour troubles psychiques. Les militaires réformés étant en général des soldats PDL, la solde moyenne est estimée à 26 000 F CFA¹¹.

$$26\,000\text{ F} \times 5\text{ soldes} \times 20\text{ ans}^{(12)} = 2\,600\,000\text{ F CFA}$$

¹⁰ A. C. DIENG, Mémoire CESAG 2005

¹¹ Grille des soldes et pensions des militaires

¹² Durée de service d'un soldat

- Coût des congés maladies (Ccm) : en 2004 la durée totale de repos médical prescrit pour la maladie mentale a été de 5524 jours correspondant à environ 15 ans.

$$Ccm = J_{inv} \times S_m = 5524 \times 1500 = 8\,286\,000 \text{ F CFA}$$

➤ Total valeur de la production perdue (Tvpp) = (Cp) + (Dop) + Ccm

$$217\,583\,248 \text{ F CFA} + 2\,600\,000 \text{ F CFA} + 8\,286\,000 \text{ F CFA} = \mathbf{228\,469\,248 \text{ F CFA.}}$$

Ce montant représente également l'avantage (A) du Programme car il constitue la somme des coûts à éviter.

3.2.1 Analyse coût-bénéfice

Nous déterminerons le bénéfice social net actualisé (BSN_i) du Programme

$$BSN_i = n \times [b_i(t) - c_i(t)] / (1+r)^{t-1}$$

b_i(t) : bénéfice (en terme monétaire) de l'année t. Il correspond au gain de la diminution opérationnelle ; **c_i(t)** : coûts (en terme monétaire) de l'année t ; **1/(1+r)** : coefficient d'actualisation au taux d'actualisation annuel r ; **n** : durée du programme.

Le financement du PSPA ayant été fait a priori, **1/(1+r) = 1**. En conséquence :

$$BSN_i = n \times [b_i(t) - c_i(t)]. \quad n = 3$$

$$c_i(t)] = 24\,000\,000 \text{ F CFA}^{13} / 3 = 8\,000\,000 \text{ F CFA}$$

$$b_i(t) = Dop = C_{ref} + C_{cm} = 2\,600\,000 + 8\,286\,000 = 10\,886\,000 \text{ F CFA}$$

$$BSN_i = 3 \times [10\,886\,000 - 8\,000\,000] = 3 \times 2\,886\,000 = \mathbf{8\,658\,000 \text{ C CFA}}$$

Le BSN du Programme étant positif, on peut dire que sa mise en œuvre permet d'atteindre l'objectif opérationnel de l'état major, à savoir la préservation du capital humain de la troupe par l'amélioration du bien-être psycho social des militaires. Cette performance a permis au PSPA d'envisager une amélioration de son offre pour répondre à une demande plus grande et faire profiter à cette demande de son expertise dans le soutien psychologique.

L'analyse de la demande globale en santé mentale, aussi bien dans la sphère militaire que dans la population civile nous permet d'envisager une performance plus grande pour le PSPA. En effet, le niveau de réalisation atteint est assez optimiste. Mais, il sied de remarquer que le PSPA n'a eu pour cible essentielle que les militaires engagés en opération. Les publications et la sensibilisation sur le stress et les lésions

¹³ Budget initial du PSPA

psychologiques ont eu pour effet de susciter l'intérêt d'organismes extérieurs à la force publique. Ils ont exprimé le besoin d'une prise en charge psychologique et sollicité l'appui du PSPA pour leurs agents. Ceci se traduira par une augmentation des besoins financiers.

3.3 Conséquences

En l'absence de financement supplémentaire, l'activité du PSPA restera en grande partie orientée vers la prise en charge des troupes engagées en opération. Ceci en raison du fait que le Programme n'est financé actuellement que par le budget opérationnel de l'état major des armées.

L'analyse du bilan 2005 - 2006 révèle que la campagne de sensibilisation a suscité une adhésion de la hiérarchie militaire à l'action du soutien psychologique. Cette adhésion s'est traduite par l'élargissement de la cible du PSPA à l'ensemble des militaires des Forces Armées du Sénégal dans le plan d'action 2007. D'autres organismes à l'intérieur et en dehors de la force publique se sont intéressés à l'action du PSPA et ont exprimé le besoin d'un soutien psychologique. Par ailleurs, les activités de formation ont permis une meilleure connaissance des populations à risque. Aussi, le PSPA a-t-il envisagé une politique d'ouverture par le partenariat, la participation au développement, le renforcement des ressources humaines et la satisfaction de la demande des autres corps de la force publique.

CHAPITRE III

PRESENTATION DE L'ETUDE

I. OBJECTIFS

1.1. But

Tenant compte des avantages que procure le Programme, il est opportun de déceler de façon précoce les entraves éventuelles à son fonctionnement. C'est pourquoi notre étude vise à identifier les moyens de la pérennisation des services que fournit le PSPA.

1.2. Objectif général

L'objectif général est de **contribuer à l'amélioration de la performance du PSPA par la mise en place d'un cadre contractuel à l'horizon 2015** ; ceci permettra d'accompagner la politique d'ouverture envisagée par le Programme.

1.2.1. Objectifs spécifiques

Trois objectifs spécifiques peuvent concourir à l'atteinte de notre objectif général :

- **Former les responsables du PSPA à la contractualisation d'ici janvier 2009.**
- **Mettre en œuvre un partenariat contractuel entre le PSPA et les partenaires clients avant juin 2009.**

Stratégie : identification des partenaires potentiels à la contractualisation

- **Mettre en œuvre un partenariat contractuel entre le PSPA et les organismes de réinsertion des malades stabilisés d'ici décembre 2009.**

Stratégie 1 : identification des partenaires à la réinsertion.

Stratégie 2 : Promouvoir des idées de réinsertion.

II. PROBLEMATIQUE

Après la mise en œuvre du Programme de Soutien Psychologique des Armées (PSPA), le rapport d'activités 2005-2006 a fait le point des activités réalisées. Il s'est agi de la gestion des incidents critiques, de la supervision, du plaidoyer, de la recherche scientifique et publications, de la formation et de la sensibilisation. Pour l'année 2007, le PSPA a réitéré son ambition de contribuer à

maintenir la capacité opérationnelle de l'armée sénégalaise en préservant les effectifs engagés par une bonne politique de santé mentale au profit des militaires sur les théâtres d'opération, et s'est fixé comme objectif général de réduire la survenue de stress opérationnel de 50% en améliorant la qualité de la prévention chez les militaires sénégalais dès décembre 2007¹⁴.

2.1. Formulation du problème

Pour un meilleur impact de son action, le PSPA devra étendre ses services à l'ensemble de l'armée sénégalaise. Si nous envisageons cette nouvelle prise en charge au même niveau qualitatif que celui des OPEX, on peut émettre des réserves quant à la capacité de financement de la tutelle. Le PSPA devra envisager de s'adapter à ces nouveaux besoins par une stabilisation organique progressive pour prétendre conserver ou améliorer ses capacités opérationnelles. Il faudra d'abord s'assurer de la capacité du PSPA à couvrir la demande globale en santé mentale, ensuite, il s'agira d'anticiper sur la restriction ou l'insuffisance des crédits publics comme cela est prévisible en période de récession économique ou financière.

Les sources et le mode de financement actuel ne garantissent pas une performance durable du PSPA

2.2. Ampleur

Il n'existe pas, à ce jour, une politique contractuelle systématisée au sein du ministère des forces armées. Au Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale du Sénégal (MSPM), le document de politique général sur la contractualisation est de conception récente et n'a pas encore été soumis à l'épreuve du temps et de l'expérimentation. Néanmoins, il a l'avantage de nous donner une définition actuelle de ce qu'il faut entendre par contractualisation, en se basant sur les expériences des précurseurs en ce domaine. C'est ainsi qu'il stipule : « Une politique de contractualisation a pour but de définir les relations entre des acteurs; elle définit la place du contrat dans les relations entre les acteurs œuvrant dans le domaine, elle pose les principes et les objectifs des relations contractuelles, elle définit les priorités et les actions contractualisables, elle peut proposer des types de contrats préférentiels, elle fixe un certain nombre de règles du jeu (par exemple, les modalités d'enregistrement des contrats) ».

¹⁴ Médecin capitaine Cambel DIENG, Bilan PSPA 2005-2006

Les perspectives du PSPA à l'horizon 2015 font état d'une politique d'ouverture sur trois axes :

- Un partenariat avec l'Organisation des Nations Unies (ONU) d'une part, et le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale de l'autre ;
- La mise en œuvre du concept Armée / Nation à travers le soutien psychologique des populations de la Casamance et la gestion des catastrophes avec l'Elément Médical militaire d'Intervention Rapide, dans le cadre du Plan ORSEC ;
- La satisfaction de la nouvelle demande constituée par des organismes extérieurs aux forces armées.

2.3. Conséquences

L'opportunité que nous offre le problème de l'amélioration de la performance des services au PSPA est un tremplin pour arrimer la santé des armées à cette nouvelle pratique car la démarche qualité que nous nous proposons d'y mener se donne comme moyen la contractualisation avec des organismes extérieurs aux forces armées. Dans cette perspective, nous nous proposons comme but la description d'un processus d'amélioration des performances du PSPA.

2.4. Limites de l'étude

Notre étude s'est confronté à la limite du temps imparti. De ce fait, elle risque de demeurer à l'étape de la prospection sans connaître la phase pratique. Par ailleurs, cette étude étant menée dans un programme de niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire du système de santé des armées, le plaidoyer nécessaire auprès de la tutelle pourrait souffrir de quelque négligence car l'imprégnation des acteurs du Programme ne s'est pas faite de façon profonde.

III. METHODOLOGIE

Le secteur de la santé se rapprochant inexorablement du modèle de l'entreprise, nous avons opté pour une adaptation de la méthodologie de l'amélioration continue du système Hoshin car il nous semble bien indiqué pour l'élaboration et la mise en action des projets d'amélioration, aussi bien en entreprise que dans le secteur de la santé.

Notre étude consiste à rechercher les solutions les mieux adaptées pour envisager une amélioration de la performance du PSPA. Pour cela nous envisageons la mise en œuvre du système Hoshin, notamment l'utilisation du diagramme WV de Shiba, apte à mieux intégrer la démarche qualité dans les améliorations proactives. Nous identifierons les goulots éventuels et les axes probables d'amélioration du PSPA. ainsi, notre étude décrira les étapes et niveau de prise de décision pendant le déroulement du processus qualité, notamment l'anticipation (prévision des problèmes éventuels), la correction (choix de la stratégie à mettre en œuvre) et la maîtrise (déroulement de la stratégie retenue). Il s'agira ensuite de mettre en œuvre la solution retenue à l'aide de la méthode Plan Do Check Act (PDCA).

3.1. Description de la méthode

Le système Hoshin¹⁵ permet de définir et d'introduire de façon structurée, coordonnée et participative, les orientations stratégiques préalablement définies à tous les niveaux de décision d'un établissement, et ce en plusieurs phases :

- la phase prospective, qui permet de définir de façon consensuelle, les ambitions de l'établissement puis ses principaux axes stratégiques ;
- la phase d'alignement :
 - pour définir les objectifs majeurs des unités de niveaux supérieurs, les pôles. Ceux-ci sont choisis en fonction de la contribution qu'ils apportent à la réalisation des orientations stratégiques décidées par le conseil d'administration et selon les données et les impératifs internes et externes. Ainsi, tous les responsables de premier niveau, qui avaient peut-être des conceptions personnelles de l'intérêt de l'établissement, ont désormais des objectifs en ligne (alignés) avec la direction définis par les orientations stratégiques,
 - pour adapter rapidement la stratégie à l'environnement fluctuant. Les mécanismes du Hoshin sont tels que tout changement de stratégie peut rapidement être traduit en objectifs et qu'ils rendent aisé tout changement de cap. Bien sûr, tout changement stratégique ne peut être engagé qu'en

¹⁵ P. SCHEFFER, C. DE MARSAC in Revue de gestion hospitalière, octobre 2008.

cas de nécessité impérieuse, car il faut compter sur l'inertie de tout système complexe ;

- la phase de déploiement, qui permet de décliner les objectifs ainsi définis sur deux ou trois niveaux hiérarchiques (pôles, services, unités médicales) et de prendre en compte simultanément les résultats à atteindre et les actions et ressources pour y parvenir, les indicateurs de mesure, les cibles retenues, les dates « butées » ;
- la phase de concrétisation, sans laquelle tout ne serait que théorie et discours, pour structurer/percer/rompre afin que le travail quotidien contribue efficacement à l'atteinte du but de l'entreprise et mettre en œuvre les objectifs de manière coordonnée et efficace ;
- la phase d'utilisation collective d'outils de résolution de problème et de management.

Chaque phase est un processus qui, à partir d'une situation donnée, jugée insatisfaisante, permet d'aboutir à une nouvelle situation, but de l'action à conduire. Et toute situation est considérée comme une source inépuisable de problèmes réels ou potentiels, véritables obstacles qui empêchent de progresser. Il s'agit alors de les détecter, de les formaliser, de les prioriser puis de les traiter pour aboutir au résultat recherché. C'est pourquoi nous utiliserons le modèle ww de Shiba que nous décrivons ci-après.

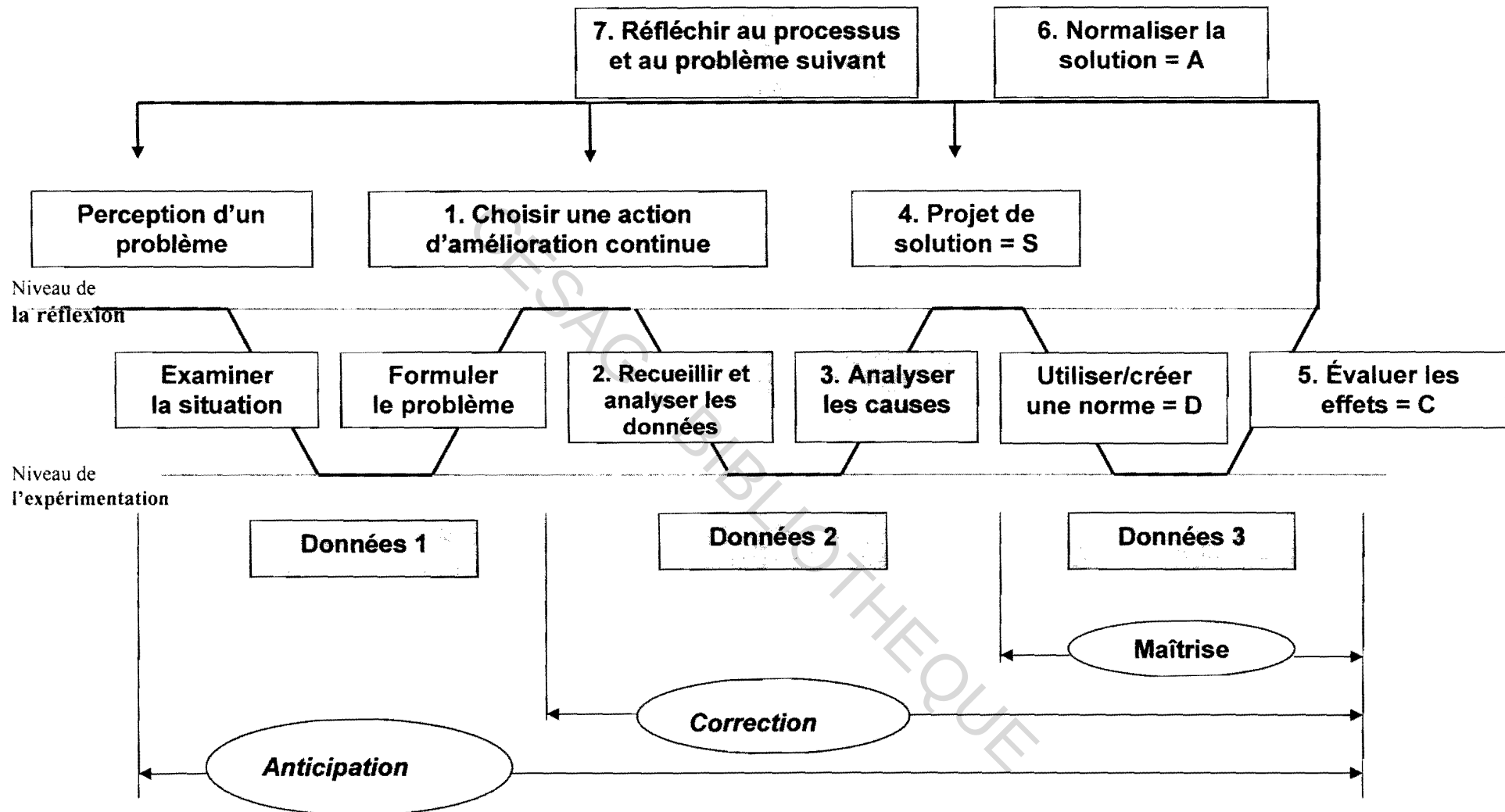


Figure 2. Utilisation du modèle en WV pour la résolution de problème

Notre cheminement de résolution de problèmes sera donc le suivant :

- 1- Analyse du contexte
- 2- Identification des problèmes et priorisation : Remue-méninges
- 3- Choix du problème à résoudre : Méthode KJ
- 4- Analyse du problème choisi : Diagramme d'Ishikawa
- 5- Analyse et hiérarchisation des causes : Méthode AMDEC
- 6- Identification des solutions : Diagramme multicritère
- 7- Plan de mise en œuvre
- 8- Mise en œuvre des solutions retenues : application du PDCA au processus de contractualisation :
 - Plan : planification du processus contractuel
 - Do : Information et formation des responsables du PSPA aux processus et outils, puis déroulement des quatre (04) phases de la contractualisation
 - Chek : collecte des données de suivi et d'évaluation des contrats
 - Act : action corrective en cas de dysfonctionnement du contrat.
- 9- Suivi/Evaluation.

DEUXIEME PARTIE

CADRE OPERATIONNEL

CHAPITRE I

RESOLUTION DE PROBLEMES

I. ANALYSE DU CONTEXTE

L'objectif général du PSPA était de contribuer à réduire la survenue de nouveaux troubles psychiques en zone opérationnelle en améliorant la qualité de la prévention chez les militaires sénégalais de juillet 2005 à juillet 2006. Cet objectif se décomposait en quatre objectifs spécifiques :

- Coordination et gestion
- Formation et développement de la ressource humaine
- Information et sensibilisation
- Plaidoyer

24 activités avaient été retenues pour l'atteinte de ces objectifs. La mise à jour est rapportée sur le tableau ci-après.

Tableau 2 : Mise à jour des activités

ACTI-VITES ¹⁶	RESP.	DEBUT		STATUT	FIN	
		PLANIFIE	REEL		PLANIFIEE	REELLE
A1	PSPA	T1		En cours, à temps	T1	
A2	PSPA	T1		En cours, en retard	T1	
A3	PSPA	T1		Planifié, en retard	T1	
A4	PSPA	T1		Planifié, en retard	T1	
A5	PSPA	T2		Planifié, en retard	T2	
A6	PSPA	T4		Planifié, en retard		
A7	PSPA	T2		Planifié, en retard	T4	
A8	PSPA	T4		Planifié, en retard		
A9	PSPA			En cours, en retard		
A10	PSPA	T1		En cours, en retard	T4	
A11	PSPA	T1		Terminé, à temps	T3	
A12	PSPA	T2		Terminé, à temps	T2	
A13	PSPA	T1		Terminé, à temps	T1	

¹⁶ Annexe 1 : Activités du PSPA

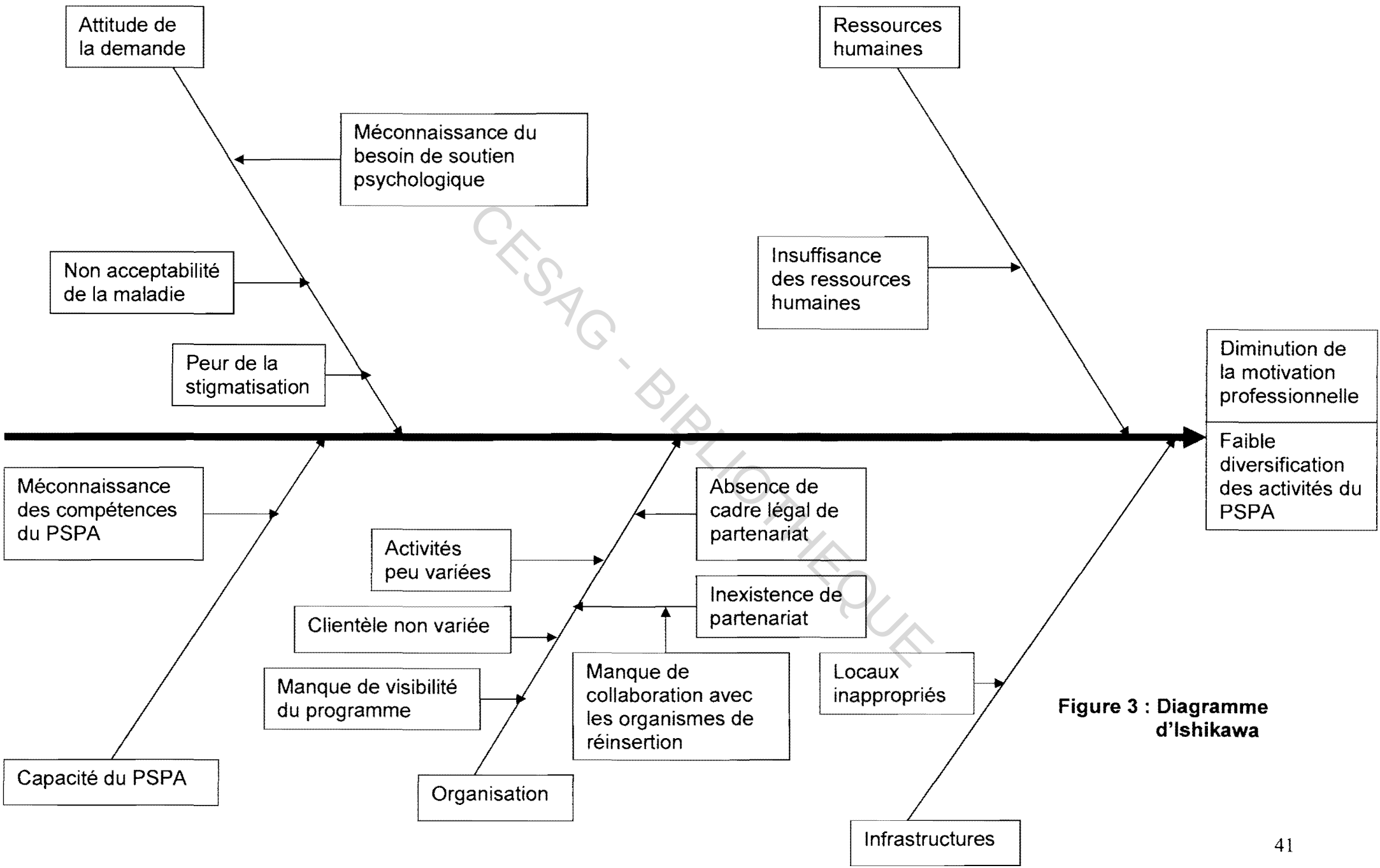


Figure 3 : Diagramme d'Ishikawa

Criticité (C) = Gravité (G) x Fréquence (F) x Détectabilité (D).

Tableau 8 : Mesure de la criticité

ORGANE	FONCTION	MODE DE DEFAILLANCE	CAUSE DE DEFAILLANCE	EFFET	F	G	D	C
PSPA	Organisation	Baisse de la capacité du Programme	Insuffisance de la motivation	Travail routinier	4	4	2	32
	Infrastructures	Vétusté	Entretien	Désuétude	2	2	3	12
	Capacité du PSPA	Faible rendement	Sous emploi	Baisse de l'efficacité	1	1	4	4
	Demande	Baisse de la demande	Inaccessibilité	Non fréquentation	3	3	2	18
	Ressources humaines	Inadaptation	Manque de motivation	Baisse du rendement	1	2	1	2

La cause principale de la faible diversification des activités du PSPA est liée à l'organisation.

V. IDENTIFICATION DES SOLUTIONS

Plusieurs options peuvent être analysées pour trouver une solution à mettre en œuvre. Nous étudierons les possibilités que nous offre l'environnement du PSPA pour répondre aux problèmes de son organisation.

- **Améliorer la visibilité du Programme** : l'action de sensibilisation qui a été entreprise auprès du grand commandement et services peut être menée envers d'autres cibles potentielles.
- **Diversifier les activités et la clientèle du PSPA**: en améliorant sa visibilité, le PSPA augmenterait son audience auprès d'organismes clients susceptibles d'accepter son offre de soutien psychologique.
- **Mettre en œuvre une politique de partenariat** : un plaidoyer auprès du grand commandement et de la Direction de la Santé Militaire permettrait l'élaboration d'une politique de partenariat avec les organismes clients.

5.1 Priorisation de la solution

5.1.1 Choix des critères

- 1- Critères économiques : rentabilité de la solution ;
- 2- Critères techniques : faisabilité ;
- 3- Critères sociaux : acceptabilité du personnel et motivation.

5.1.2 Pondération

Les critères sont pondérés sur une échelle de notation allant de 1 à 3 et se présente comme suit : bon (3 points), moyen (2 points), mauvais (1 point). Les notes sont ensuite compilées pour chaque solution.

Tableau 9 : Priorisation de la solution

	Critère 1	Critère 2	Critère 3	TOTAL	PRIORITE
Améliorer la visibilité du Programme	1	3	3	7	2
Diversifier les activités et la clientèle du PSPA	2	2	2	6	3
Mettre en œuvre une politique de partenariat	3	3	3	9	1

5.2 Processus de résolution

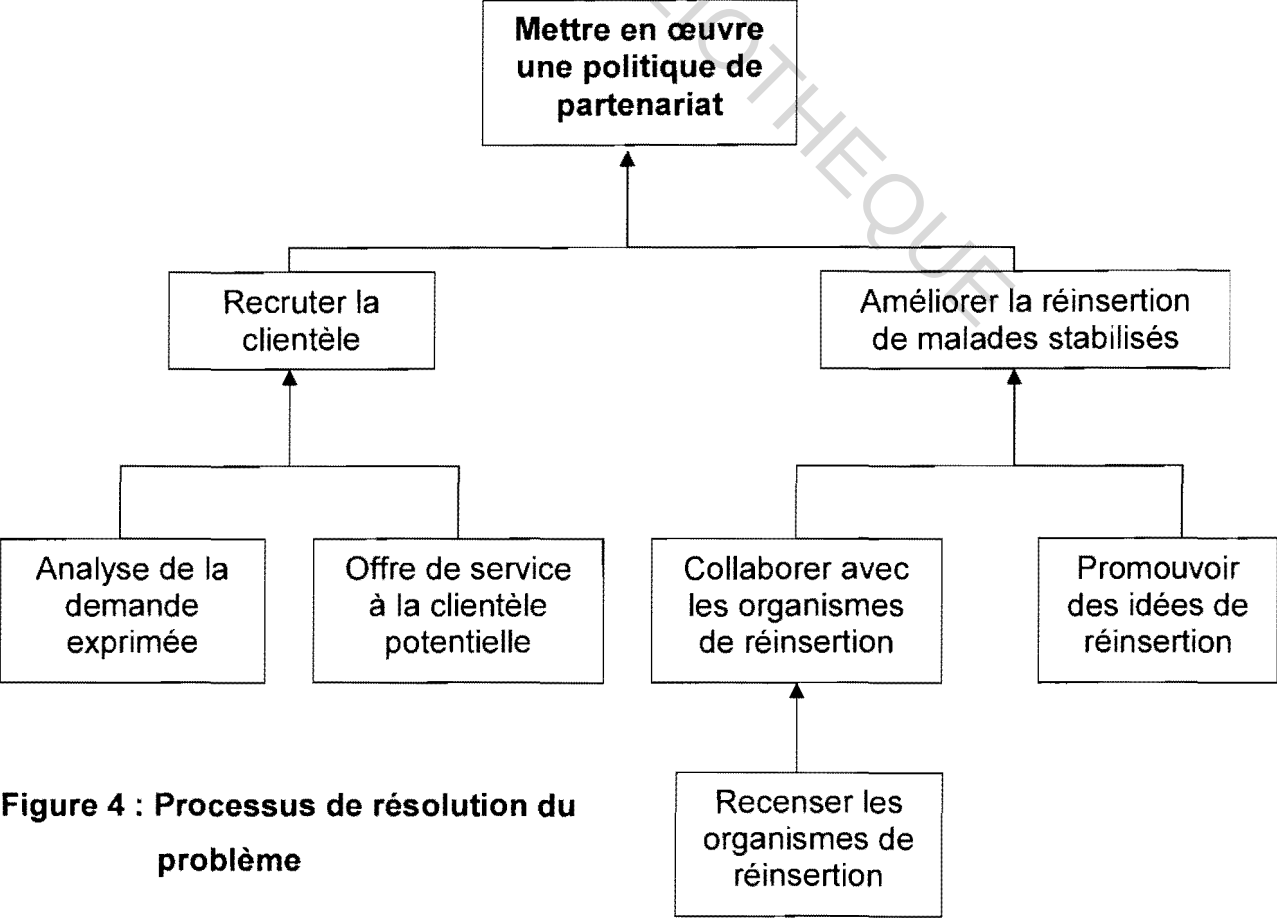


Figure 4 : Processus de résolution du problème

5.3 Justification

« La porte du changement s'ouvre de l'intérieur. »¹⁸

En impulsant une dynamique de partenariat par la contractualisation au sein du PSPA, cela pourrait servir de tremplin à la mise en œuvre d'une politique globale de contractualisation dans le Service de Santé des Armées. Les contraintes économique- financières auxquelles se confronte le secteur de la santé l'oblige à sortir du cadre figé de la réglementation administrative qui ne conçoit le management que dans le sens vertical. Cette démarche, si elle est entérinée par la tutelle serait un exemple de management participatif.

Si, pendant longtemps, la contractualisation n'a été utilisée qu'à titre d'exception, son utilisation s'est rapidement développée au cours des toutes dernières années, tout d'abord dans les pays développés et plus récemment dans les pays en développement. Dans le secteur de la santé, cette pratique est encore plus récente. Les formes de relations contractuelles entre les acteurs de la santé s'inscrivent souvent dans une politique nationale globale. Afin d'articuler clairement chacun des arrangements contractuels avec la politique nationale de santé, il s'avère important d'élaborer des politiques de contractualisation. Les différents arrangements contractuels établis entre les acteurs seront alors la traduction opérationnelle d'une stratégie collective et concertée.

5.4 La revue de la littérature

La littérature sur la contractualisation peut se résumer à un encouragement des acteurs de la santé à s'investir dans ce processus porteur d'espoir quant à l'amélioration des capacités et des performances.

Medicus Mundi international recommande que la contractualisation des organismes à but non lucratif, du service public et des institutions non gouvernementales de soins de santé soit partie intégrante des systèmes de santé pour des soins de santé de qualité.¹⁹

L'OMS encourage les pays non encore nantis à élaborer leurs politiques de contractualisation, comme on peut s'en rendre compte par la recommandation ci-après : « L'isolement qui caractérisait souvent les acteurs traditionnels de la santé

¹⁸ Jacques Chaize, Les trois mutations de l'entreprise, Calman Lévy, 1998

¹⁹ MMI, CONTRACTING NGOS FOR HEALTH

n'est plus possible. De même, l'entrée en scène de nouveaux acteurs indépendants ou autonomes rend inopérant le recours à l'autorité hiérarchique. Les acteurs de la santé sont ainsi amenés à reconsidérer les modalités de leurs relations. Celles-ci peuvent reposer sur la concertation; cet engagement moral présente toutefois des limites. Aussi, de plus en plus fréquemment, ces relations reposent-elles sur des arrangements contractuels, lesquels formalisent les ententes entre des acteurs qui s'obligent mutuellement»²⁰. L'OMS assiste également les Etats dans l'élaboration des politiques de contractualisation. Dans cette optique, elle a contribué à l'élaboration de la politique de contractualisation du ministère de la santé au Sénégal, en 2004

De la promotion des soins de santé primaires²¹ à l'amélioration des performances des systèmes de santé²², en passant par le recouvrement des coûts²³, tel est le chemin, certainement encore long dans la perspective d'une offre de soins de qualité. Néanmoins, c'est dans cette perspective que la contractualisation a occupé une place de choix à la 56^{ème} Assemblée mondiale de la santé. Trois recommandations ont été faites aux Etats, à savoir :

- l'élaboration des politiques contractuelles pour maximiser l'impact sur la performance des systèmes de santé et harmoniser les pratiques de chaque acteur ;
- l'échange des expériences sur les arrangements contractuels impliquant les acteurs publics et privés de la santé ;
- l'exercice de la contractualisation dans le respect des règles et principes de la politique nationale de santé.

A l'endroit de l'OMS, deux recommandations ont été faites :

- apporter un appui technique à la demande des Etats, en vue de renforcer leurs capacités et leurs compétences dans le développement des arrangements contractuelles ;

²⁰ OMS, La contractualisation dans les systèmes de santé

²¹ OMS, La Conférence d'Alma Ata

²² OMS, 56^{ème} Assemblée mondiale de la santé, mai 2003

²³ OMS, Initiative de Bamako

- élaborer des méthodes et outils adaptés aux caractéristiques des pays pour les aider à mettre en place un système de surveillance afin de fournir des services de santé de grande qualité.

Répondant aux recommandations de la 56^{ème} Assemblée, le Sénégal s'est doté d'un cadre contractuel en 2004, mettant ainsi à la disposition des acteurs de la santé un outil pour servir à l'amélioration de l'offre de soins. Il reste que des expériences doivent être encadrés par le MSPM pour que ce nouvel outil acquière une validité scientifique.

En France, la pratique contractuelle dans les services de santé s'est développée à la faveur de la réforme hospitalière. Cette pratique visait essentiellement l'amélioration de la performance des structures de santé par le développement du concept « Malade client ». par ailleurs, les relations entre ces structures et leurs tutelles se sont développées grâce à la mise en œuvre d'un partenariat basé sur les contrats de performance.

En ce qui concerne le Service de Santé des Armées comme dans le reste des Forces Armées du Sénégal et l'administration publique, bien que la pratique contractuelle ne soit pas un phénomène étranger, il n'existe pas encore de cadre institutionnel qui la réglemente. En effet, il s'agit d'une nouvelle démarche dans les systèmes et organismes publics de santé pour palier la rigidité des rapports hiérarchiques avec la tutelle. Sans s'en affranchir, la contractualisation s'intègre dans la démarche publique traditionnelle. « De la même façon que l'urbanisme a produit le schéma directeur d'aménagement et d'urbanisme, le plan d'occupation des sols et les permis de construire, le droit hospitalier réalise des schémas d'organisation sanitaire, des projets d'établissement et des contrats d'objectifs et des moyens. Ce parallélisme entre le droit de l'urbanisme et le droit de la santé a pour mérite de relever le caractère de transversalité du procédé contractuel dans l'action publique»²⁴.

Toutefois, les velléités de contractualisations ne manquent pas, comme peut en témoigner l'accord intervenu entre le MSPM et la DSA pour la gestion du Centre

²⁴ J. P. SEGADE, LA CONTRACTUALISATION A L'HÔPITAL, Avant propos, p. XII

Hospitalier de Diamadio. Mais l'existence d'un cadre contractuel apporterait une plus grande crédibilité aux relations que peuvent entretenir les acteurs. De plus, la contractualisation est un outil efficace pour la diversification des sources de financement du secteur de la santé. Il est un moteur à l'appui au système de financement mutualiste. Ce travail pourrait s'inscrire dans une marche pionnière à la contractualisation dans le service de santé des armées.

Par ailleurs, l'analyse situationnelle du PSPA nous permet d'envisager un développement au double plan structurel et institutionnel. En élargissant son réseau de partenariat, le PSPA augmenterait son public-client, ce qui impulserait une augmentation de la demande de ses services. Dans cette perspective, des pistes de partenariat ont été identifiées.

5.5 Type de partenariat et Identification des partenaires

Le type de partenariat à mettre en œuvre au PSPA est la coopération contractuelle. « Elle correspond à des accords établis dans une perspective de long terme impliquant une interaction entre des organisations indépendantes qui combinent ou mettent en commun leurs efforts »²⁵

Les partenaires susceptibles de contractualiser avec le PSPA ont été ciblés suivant cinq axes de partenariat.

5.5.1 les organismes du secteur public

Ce sont des organismes identifiés par le PSPA pour leur forte exposition aux risques de traumatismes, de stress professionnel et de perturbations psychologiques. Ces organismes n'ont pas fait l'objet d'une consultation, mais le PSPA pourrait mener envers leurs décideurs, des plaidoyers afin de susciter leur adhésion à la prévention et aux soins psychologiques des travailleurs. Dans cette catégorie, nous avons répertorié les services ci-après :

- i. **les douanes sénégalaises** : les activités de fouilles auxquelles elles doivent vaquer régulièrement sont une source de tension psychologiques, notamment à cause des surprises que renferme ces activités. La recherche de substances psychotropes est particulièrement stressante tant le trafic fait l'objet d'une

²⁵ Malick NIANG, Cours de contractualisation, CESAG 2008

organisation méthodique dans la plupart des postes frontières du monde. L'isolement des douaniers affectés aux frontières loin des familles constitue également un facteur favorisant de troubles psychologiques.

- ii. **Les services du ministère de la santé et de la prévention médicale** : il s'agit du bureau de santé mentale, du service de prise en charge psycho sociale des personnes vivant avec le VIH, du service de prise en charge psycho sociale des cancers, du service de gestion des catastrophes et crises. Le PSPA servirait d'appui à ses programmes dont les services sont loin de combler les attentes des usagers en raison de l'insuffisance et/ou de l'inexistence des personnels qualifiés dans ce domaine.
- iii. **Les services du ministère de la justice** : le personnel pénitencier souvent soumis aux pressions du milieu carcéral ; le personnel judiciaire dont le travail est sans cesse croissant et délicat.
- iv. **Les services de la force publique** : la police nationale, la gendarmerie, les sapeurs pompiers souvent sollicités dans des situations d'agressivité et de catastrophe sont victimes, pour la plupart, de stress post traumatique du fait de leur travail.
- v. **Les services d'hygiène** : certaines découvertes dans le travail de salubrité dont ils sont chargés sont sources de traumatismes.
- vi. **Les services des eaux et forêts et les parcs nationaux** : ils sont souvent aux prises avec les braconniers et sont de ce fait soumis à un stress permanent.

5.5.2 les autres organismes publics et privés

Il s'agit d'organismes ayant fait une demande expresse et motivée pour un soutien psychologique. Nous avons recensés dans cette catégorie Air Sénégal International ; le port autonome de Dakar ; la société de transport Dakar Dem Dik.

5.5.3 Le Bureau des Nations Unies à Dakar

Le Bureau des Nations Unies a sollicité les services du PSPA pour le soutien psychologique de son personnel évoluant à Dakar. Il s'agira d'assurer auprès de ce personnel, un suivi préventif par la préparation des personnels devant se rendre en mission sur des théâtre d'opérations, des actions de débriefing à l'endroit des personnels de retour de missions, et des actions de santé curatives sur les personnels ayant subi des traumatismes sur les théâtres d'opérations.

Par ailleurs, cette demande de collaboration a inspiré le groupe projet pour une ouverture à l'international. En effet, plusieurs pistes sont à explorer. Il s'agira pour le PSPA de mettre son expérience au service des partenaires étrangers dans un cadre de coopération multilatéral. Dans cette perspective, nous pouvons explorer trois pistes.

- **L'assistance des missions militaires des Nations Unies** : le PSPA pourrait envisager un contrat de vente de ses services au Bureau des Nations Unies pour les missions militaires engagées en opérations, qui sont sous sa responsabilité.
- **L'assistance des missions militaires sous régionales** : le PSPA offrirait ses services aux missions militaires de la Force Ouest Africaine pendant ses missions d'interposition. Il contribuerait ainsi à la formation d'un élément médical militaire commun et intégré à la force.
- **La coopération militaire inter Etat** : le PSPA mettrait son expérience au service des armées qui en feraient la demande. Nous avons répertorié à cet effet plusieurs possibilités de coopération. Il s'agit notamment des pays ayant connu des conflits armés où se pose souvent le problème de réinsertion des ex combattants. Ainsi, le PSPA aiderait les armées de ces pays, mais aussi d'autres structures en charge des questions de réinsertion, à mettre sur pied des programmes analogues dans la période post conflit. En Afrique centrale, la République du Congo serait une expérience à tenter car elle est dotée depuis plus de huit ans d'un Haut Commissariat à la Réinsertion des Ex Combattants. Le Burundi et le Ruanda en Afrique de l'Est sont également des pistes à explorer. En Afrique de l'Ouest, nous pouvons retenir les cas de la Côte d'Ivoire et le Libéria.

Ces interventions psychologiques sont d'autant plus importantes qu'elles constituent un des déterminant de la culture de paix. Le débriefing permettrait en effet aux ex-combattants de comprendre les méfaits de la guerre ; le dépistage psychologique au recrutement aiderait les armées à se doter d'un personnel moins exposé aux risques de traumatismes.

En ce qui concerne la réinsertion, elle est un objectif porteur au PSPA. En dépit de sa collaboration évidente avec le service de réforme et la Fondation des invalides, le PSPA envisage de renforcer la viabilité (financière, politique et

logistique) des services de réhabilitation et de réinsertion en instaurant avec eux un partenariat étroit. Dans cette perspective, une information et un plaidoyer sont en cours auprès de la Direction des Anciens Combattants et de l'Agence de Réinsertion Sociale des Militaires. Auprès de cette dernière institution, les axes de partenariat ci-après sont en cours d'exploration :

- apporter une expertise dans le dépistage psychologique des militaires réformés, candidats à la réinsertion professionnelle ;
- former les cadres militaires désireux de se réinsérer dans les professions civiles au leadership transformationnel.

Au niveau stratégique, le PSPA entend mener des activités de plaidoyer pour l'intégration de la réinsertion des victimes de traumatismes de guerre et de lésions psychologique dans les politiques et plans de l'état major général. Pour cela, une investigation sur le soutien communautaire²⁶ lui permettra d'élaborer une politique intégrale de soutien psychologique allant de la prévention à la réinsertion.

VI. PLAN DE MISE EN ŒUVRE

6.1 Cadre logique

Tableau 10 : Cadre logique

HIERARCHISATION DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	MOYENS DE VERIFICATION	CONDITIONS CRITIQUES
BUT : mise en œuvre d'une politique de partenariat.	Partenariat mis en œuvre	Documents de partenariats	Adhésion de la tutelle à la politique de partenariat
Objectif général : améliorer la performance du PSPA	Niveau de performance atteint grâce au partenariat	Données sur la performance économique du PSPA	Acceptation et disponibilité du personnel
EXTRANTS Résultat 1 : Former les responsables du PSPA à la	1.1 Nombre de responsable formé	Rapport de formation	Trouver des formateurs en

²⁶ Annexe 2

contractualisation Résultat 2 : mettre en œuvre le partenariat contractuel Résultat 3 : Améliorer la réinsertion de malades stabilisés	à la contractualisation 1.2 Partenariat mis en œuvre 1.3 Tous les malades ayant reçu un traitement, indépendamment de son résultat, sont réinsérés dans leur milieu socioprofessionnel	Documents de partenariats Enquêtes	contractualisation Effectivité des contrats
A1.1 : Organiser des sessions de formation en gestion des contrats pour les responsables du PSPA A1.2 : Organiser un atelier de vulgarisation des objectifs de partenariat du PSPA au profit du personnel administratif de la DSA. A1.3 : Organiser un atelier pour former les responsables à la négociation des contrats. A2.1 : Préparation des relations contractuelle • Identifier les partenaires potentiels • Faire une étude de	1.1.1 Formation assurée 1.2.1. Politique de partenariat vulgarisée 1.3.1. Nombre de responsable formé à la négociation 2.1.1 Nombre de contrats préparés • Partenaires identifiés • Etude de	Rapport de formation Enquêtes Rapport de l'atelier Rapport de l'atelier	

faisabilité des partenariats éventuels A2.2 : Formaliser les relations contractuelles • Négocier les termes des contrats • Rédiger les contrats • Signer les contrats • Evaluer les contrats A2.3 : Mettre en œuvre les contrats • Appliquer les dispositions contractuelles A3.1 : Identifier les organismes de réinsertion A3.2 Promouvoir les possibilités de réinsertion du Programme A3.3 : Promouvoir d'autres pistes de réinsertion	faisabilité faite 2.1.1 Nombre de relations contractuelles formalisées • Termes des contrats négociés • Contrats rédigés • Contrats signés • Evaluation faite 2.3.1 Contrats exécutés • Les contrats connaissent une exécution normale 3.1.1 Organismes de réinsertion identifiés 3.2.1Possibilités de réinsertion du Programme identifiées et promues 3.3.1. Autres pistes de réinsertion identifiées et promues		
--	---	--	--

6.2 Analyse des opportunités et des menaces des partenaires

Tableau 11 : Menaces et opportunités

PARTIES AU CONTRAT	OPPORTUNITES	MENACES
OFFRE : PSPA	- Personnel disponible et qualifié ; - Structure adaptée ; - Accessibilité des structures ; - Prix concurrentiels ; - Respect des horaires de travail (discipline militaire) - Flexibilité dans les modalités de paiement	Non disponibilité en temps de crise
DEMANDE : PARTENAIRES	- Assise internationale (Bureau des Nations Unies) ; - Acceptabilité des partenaires ; - Budgétisation des dépenses de santé	Fragilité économique de certains partenaires

6.3 Offre de services proposée par le PSPA

Encadré 1 : OFFRE DE SERVICES DU PSPA

I- PRESTATIONS

1- Prestations courantes

- Sensibilisation, formation à l'hygiène mentale ;
- Visites périodiques (une fois par semestre pour l'ensemble du personnel) ;
- Visites de départ en mission et congé ;
- Visite de retour de mission et congé ;
- Conseil auprès des responsables administratifs et techniques sur l'hygiène mental en milieu professionnel.

2- Prestations ponctuelles

- Visites d'embauche (entretiens en vue du bilan psychologique) ;
- Visites de retour de missions difficiles ;
- Suivi psychosocial des personnels en détresse psychologique ;
- Hospitalisations et soins ;

- Suivi et assistance pour la réinsertion socio professionnelle des agents après convalescence.

3- Prestations spéciales

- Assistance du personnel sur le lieu d'une catastrophe ;
- Appui aux missions des organismes partenaires dans les zones non pourvues en services de soutien psychologique

II- MODALITES FINANCIERES

- 1- Les prestations courantes feront l'objet d'une facturation forfaitaire par le PSPA et payées mensuellement par les partenaires clients.
- 2- Les prestations ponctuelles seront facturées sur la base du barème de cotation des actes médicaux du service de santé des armées. Le règlement de ces factures se fera suivant les pratiques comptables en vigueur dans les organismes partenaires.
- 3- Les modalités financières des prestations spéciales feront l'objet de discussions entre les partenaires clients et le PSPA.

VII. MISE EN OEUVRE

La mise en œuvre de la politique de partenariat consistera à mener des activités devant aboutir à l'amélioration des performances du PSPA. Elle se fera suivant la méthode du PDCA

7.1 Formation

- Planification de la formation
 - Elaboration des objectifs de formation
 - Elaboration des modules de formation
 - Identification des formateurs
- Mise en œuvre de la formation
 - Validation des objectifs, modules et budget de formation
 - Exécution de la formation
- Suivi et évaluation de la formation

7.2 Partenariat

- Planification de la politique de partenariat
 - Analyser l'environnement des partenaires
 - Mener les négociations avec les partenaires retenus
- Mise en œuvre de la politique de partenariat
 - Formaliser les contrats
 - Signature des contrats
- Suivi et évaluation des contrats

7.3 Réinsertion

- Planification de la politique de réinsertion
 - Elaboration des objectifs de réinsertion
 - Identification des organismes de réinsertion
- Mise en œuvre de la politique de réinsertion
 - Plaidoyer auprès des responsables des organismes publics de réinsertion
 - Information Education Communication et Communication pour le Changement de Comportement auprès des communautés socio professionnelles (familles, milieux professionnels etc)
 - Formalisation de la politique de réinsertion
- Suivi et évaluation de la politique de réinsertion

7.4 Plan d'action

OBJEC-TIFS	STRATEGIES	ACTIVITES	PERIODE				RH	FINAN-CEMENT	RESPON-SABLE	INDICATEURS
			T1	T2	T3	T4				
Formation	Acquisition des capacités en gestion des contrats	A1 : Elaboration des objectifs de formation	X				Personnels PSPA + formateurs	Budget PSPA	Coordonateur PSPA	Objectifs fixés
		A2 : Elaboration des modules de formation	X				Personnels PSPA ; Formateurs	Budget PSPA	Formateurs	modules de formation élaborés
		A3 : Identification des formateurs	X				Coordon-nateur PSPA	Budget PSPA	Coordonateur PSPA	Formateurs identifiés
		A4 : Validation des objectifs, des modules et du budget de formation	X				Personnels PSPA, Formateurs	Budget PSPA	Coordonateur PSPA	objectifs, modules et budget de formation validés
		A5 : Exécution de la formation	X				Formateurs	Budget PSPA	Formateurs, personnels PSPA	Formation terminée
		A6 : Suivi et évaluation de la formation	X	X	X	X	Formateurs	Budget PSPA	Formateurs	Formation assimilée et mise en oeuvre

Partenariat	Diversification de la clientèle et des sources de financement	A7 : Analyser l'environnement des partenaires	X	X	X	X	Personnels PSPA	Budget PSPA	Coordonateur PSPA	Environnement analysé
		A8 : Formaliser les contrats	X	X	X	X	Personnels PSPA	Budget PSPA	Coordonateur PSPA	Contrats formalisés
		A9 : Signature des contrats	X	X	X	X	Personnels PSPA	Budget PSPA	Coordonateur PSPA	Contrats signés
		A10 : Suivi et évaluation des contrats	X	X	X	X	Coordonateur PSPA	Budget PSPA	Coordonateur PSPA	Contrats suivis et évalués
Politique de réinsertion	Améliorer la réinsertion des malades traités	A11 : Elaboration des objectifs de réinsertion	X				Personnels PSPA	Budget PSPA	Coordonateur PSPA	Objectifs fixés
		A12 : Identification des organismes de réinsertion	X	X	X	X	Personnels PSPA	Budget PSPA	Coordonateur PSPA	Organismes de réinsertion identifiés
		A13 : Elaboration de la politique de réinsertion	X	X	X	X	Personnels PSPA	Budget PSPA	Coordonateur PSPA	Politique de réinsertion élaborée

		A14 : Plaidoyer auprès des responsables des organismes publics de réinsertion	X	X	X	X	Personnels PSPA	Budget PSPA	Coordonateur PSPA	Nombre de responsables sensibilisés
		A15 : IEC et CCC auprès des communautés socio professionnelles (familles, milieux professionnels etc)	X	X	X	X	Personnels PSPA	Budget PSPA	Coordonateur PSPA	Nombre de personnes et de communautés sensibilisées
		A16 : Formalisation de la politique de réinsertion	X	X	X	X	Personnels PSPA	Budget PSPA	Coordonateur PSPA	Politique de réinsertion formalisée
		A17 : Suivi et évaluation de la politique de réinsertion	X	X	X	X	Personnels PSPA	Budget PSPA	Coordonateur PSPA	

Tableau 12 : Plan d'action

7.5 Budgétisation

ACTIVITES	RUBRIQUES BUDGETISEES	QTT	NBRE J	PRIX UNITAIRE	MONTANT	SOUS TOTAL
A1	Pause café pour la réunion des responsables de la formation au PSPA	06 pers.	3	2 000	12 000	18 000
A2	Pause café pour la réunion des responsables de la formation au PSPA	06 pers.	3	2 000	12 000	18 000
A3	Pause café pour la réunion des responsables de la formation au PSPA	06 pers.	1	2 000	12 000	12 000
A4	Pause café Pause café pour la réunion des responsables de la formation au PSPA et les formateurs	09 pers.	1	2 000	18 000	18 000
A5	Papier flip chart	1		5 000	5 000	
	6 marqueurs	6		800	4 800	
	matériel didactique					
	-bloc note	14		2 000	28 000	
	-stylos	14		200	2 800	
	-classeur	14		500	7 000	
	Honoraires aux formateurs	03	3	15 000	45 000	92 600
A6		x	x	x	x	x
A7	Pause café pour une réunion trimestrielle des responsables du PSPA	06 pers.	4	2000	12 000	48 000
A8		x	x	x	x	x
A9		x	x	x	x	x
A10	Pause café pour les réunions trimestrielles de suivi/évaluation des contrats	06 pers.	4	2000	12 000	48 000
A11	Pause café pour les réunions d'élaboration des objectifs de formation	06 pers.	1	2000	12 000	12 000
A12	Pause café pour la réunion d'identification des organismes	06	1	2000	12 000	12 000

	de réinsertion	pers.				
A13		x	x	x	x	x
A14		x	x	x	x	x
A15	Forfait frais de déplacements et matériels didactiques	x	x	x	x	300 000
A16		x	x	x	x	x
A17		x	x	x	x	x
FONC- TIONNE MENT	Carburant (supervision, suivi/évaluation et fonctionnement)	03L	X365	500	547 000	
	Fonctionnement bureautique (4 rames de papier par mois, 2 cartouches d'encre pour imprimante par mois, matériel bureautique et divers=5000 par mois), soit 65 000X12 mois=780 000				780 000	
	Frais téléphone fixe mensuel= 30 000 par mois				360 000	
	Frais INTERNET ADSL = 23 000 par mois				276 000	1 963 000
EQUIPE- MENT	Véhicule 4X4 pour la formation, la sensibilisation, les activités de coordination et de supervision				Disponible au PSPA	
	Matériels audiovisuels (ordinateur portable, vidéo, photo et caméra numérique)					
	Matériels informatiques/ bureautiques (2 PC, 2 imprimantes, 1 Scanner, 1 téléphone, 1fax)					
TOTAL						7 749 000 F
IMPREVUS (05%)						387 450 F
TOTAL GENERAL						8 136 450 F

VIII. SUIVI ET EVALUATION

8.1 Suivi

Le suivi permettra de se rendre compte de la disponibilité des ressources nécessaires, de l'exécution et de l'avancement des activités. Il se servira essentiellement du cadre logique en portant un accent particulier sur les éléments ci-après :

- la disponibilité des ressources ;
- l'exécution des activités de chaque objectif ;
- les conditions critiques.

8.2 Evaluation

L'évaluation permettra d'apprécier les résultats attendus, les résultats obtenus et les conditions de réalisation des objectifs. Elle se fera en trois phases.

8.2.1 Evaluation a priori

Elle permettra d'apprécier les conditions nécessaires à l'atteinte des objectifs.

Il s'agit notamment :

- du taux d'adhésion aux objectifs ;
- de la disponibilité des ressources ;
- des compétences du personnel du PSPA ;
- des prédispositions des partenaires

8.2.2 Evaluation à mis parcours

Elle permettra de s'assurer que les niveaux et rythme d'exécution des activités ne sont pas préjudiciables à l'atteinte des objectifs ; ceci en vue de prendre des mesures correctives, s'il y a besoin.

8.2.3 Evaluation finale

Elle permettra d'apprécier les résultats aux normes. Pour cela, l'évaluation des contrats se fera suivant la grille d'évaluation ci-après

Tableau 13 : Grille d'évaluation des contrats

QUESTIONS	NOTES	REMARQUES
1. Préambule - Est-il fait une référence claire à la politique de la DSA, ou à une convention cadre ? - Le texte du contrat est-il clair ? - Dispose t-on d'information sur les acteurs ?	 0, 2, 4, 6 0, 1, 2, 3 0, 1, 2, 3	
2. Les parties prenantes (institutions) au contrat - Sont-elles clairement identifiées ? - Ont-elles la capacité juridique permettant la signature d'un contrat ?	 0, 2, 4, 8 0, 3, 6, 9	
3. L'objet du contrat - Est-il clair ? - Est-il possible dans le cadre de la loi ou de la réglementation ? - Est-il bien formulé ?	 0, 4, 8, 12 0, 1, 2, 3 0, 1, 2, 3	
4- Un certain nombre de principes fondamentaux pour le contrat ont-ils été énoncés ?	0, 2, 4, 6	
5. le cahier des charges - Est-il approprié (adéquat, détaillé, trop détaillé ou pas assez détaillé)? - Les activités concernées par le contrat sont-elles clairement identifiées ? - Les modalités de mise en œuvre des activités sont-elles claires ? - Les objectifs à atteindre sont-ils clairement définis ? - Les objectifs à atteindre sont-ils réalistes ? - L'échéancier des activités est-il présent ? - Le rôle que doit jouer chacune des parties au contrat est-il clair ? - Si prévu, la collaboration avec d'autres acteurs est-elle clair ?	 0, 1, 2, 3 0, 2, 4, 6 0, 1, 2, 3 0, 2, 4, 6 0, 1, 2, 3 0, 1, 2, 3 0, 1, 2, 3 0, 1, 2, 3	
6. La durée du contrat est-elle : - Clairement indiquée ? - Appropriée par rapport au type de contrat ?	 0, 2, 4, 6 0, 1, 2, 3	
7. Les indicateurs de performance - Existe-t-il des indicateurs permettant d'apprécier la mise en place des moyens prévus au contrat ? - Existe-t-il des indicateurs permettant d'apprécier les résultats obtenus ?	 0, 3, 6, 9 0, 3, 6, 9	

- Ces indicateurs vous paraissent-ils pertinents par rapport aux objectifs ?	0, 2, 4, 6	
8. Les mécanismes de suivi		
- Le contrat prévoit-il clairement des mécanismes de suivi ?	0, 2, 4, 6	
- Les modalités de fonctionnement de ces mécanismes sont-elles prévues ?	0, 1, 2, 3	
9. Les mécanismes d'évaluation		
- Ces mécanismes sont-ils prévus au contrat ?	0, 2, 4, 6	
- Les modalités de fonctionnement de ces mécanismes sont-elles prévues ?	0, 1, 2, 3	
10. Prévention et résolution des conflits		
- Le contrat prévoit-il des mécanismes de prévention des conflits ?	0, 2, 4, 6	
- Le contrat prévoit-il des mécanismes de résolution des conflits ?	0, 2, 4, 6	
- Ces mécanismes sont-ils graduels ?	0, 1, 2, 3	
11. Les clauses de rupture avant échéance sont-elles correctement prévues ?	0, 1, 2, 3	
12. La possibilité d'établir des avenants est-elle correctement prévue ?	0, 1, 2, 3	
13. Les modalités de fin de contrat et de renouvellement ont-elles été clairement identifiées et explicitées ?	0, 2, 4, 6	
14. Les modalités d'enregistrement du contrat sont-elles claires ?	0, 2, 4, 6	
15. Identification des signatures :		
- Les mandats donnés par les institutions sont-ils clairs ?	0, 1, 2, 3	
TOTAL DES NOTES OBTENUES		

Le résultat de la grille sera déterminé par un rapport dont le numérateur est le total des points attribués après avoir répondu à toutes les questions. Le dénominateur est la somme des notes maximales de chaque question. Dans notre grille, cette somme est égale à 170. La moyenne, pour espérer un résultat positif est de $170 / 2 = 85$, mais la norme d'un bon contrat est fixé à 75% soit, dans notre cas 127,5²⁷

Cette évaluation permettra de corriger les dysfonctionnements par des avenants, de mettre fin aux contrats ou d'améliorer les processus contractuels.

²⁷ OMS, La contractualisation

CHAPITRE II

RECOMMANDATIONS

Au-delà de cette pratique expérimentale de la contractualisation au niveau du PSPA, une politique globale de contractualisation devrait être impulsée en s'inspirant du cadre élaboré par le MSPM. C'est pourquoi il sied d'interpeller les différents acteurs à impliquer dans ce processus.

I. LA DIRECTION DE LA SANTE DES ARMEES

L'allocation des ressources budgétaires continue à se faire sur la base d'une subvention calculée sur une considération entre les moyens nécessaires et les moyens disponibles. Il n'existe pas jusqu'à présent un dispositif qui permet de lier le montant de la subvention accordée aux hôpitaux et programmes aux performances de ces établissements dans leur mission. L'idée d'établir des lettres de mission ou des contrats de performance qui assigneront désormais un certain nombre d'objectifs à atteindre par les établissements en contrepartie de la subvention accordée devra être développée. Cette contractualisation entre les structures de santé et la DSA basée sur le projet d'établissement, devrait permettre d'arriver à une gestion axée sur les résultats et non plus sur les moyens. De même, en se basant là encore sur le projet d'établissement, il devra être possible de développer des formes de contractualisation interne entre la direction de l'établissement et chacun de ses services afin de développer l'esprit d'équipe et la cohérence entre les différents services. Ces mécanismes permettraient des améliorations à maints égards :

- le renforcement de la déconcentration par l'Amélioration de la gestion des deniers de l'État pour plus d'efficacité et d'efficience de la dépense publique ; l'assouplissement et la simplification des procédures budgétaires ;
- l'amélioration de la qualité des services rendus par les établissements de santé ;
- la conception des outils méthodologiques et pédagogiques d'opérationnalisation de la stratégie de contractualisation avec les hôpitaux et programmes du service de santé des armées, et la préparation des modules de formation y afférents.

La stratégie de contractualisation interne basée sur l'approche "budgets-programme" permet de mettre en œuvre le système de performance « Planification Budgétisation et Contractualisation » car il intègre la prise en compte des éléments ci-après :

- La technique des budgets programme comme outil de planification et condition sine qua non à la contractualisation;
- L'intégration dans la conception sectorielle quant à la performance du système à travers l'insémination mutuelle des visions entre le niveau central et les structures sanitaires ;
- L'éligibilité comme condition préalable à la contractualisation, ce qui crée un climat de compétition ;
- La progressivité dans la mise en œuvre de la contractualisation;
- La normalisation des outils et des procédures;
- La cohérence avec les autres réformes institutionnelles;
- La recherche d'un effet système visant l'amélioration générale de la performance.

De ce fait, le budget programme permettra aux structures de devenir des acteurs plus actifs et plus impliqués dans le processus d'élaboration de la politique générale et du budget de la santé, la création d'espaces de dialogue à tous les niveaux, la mise en liaison des concepts de « planification stratégique », « déconcentration budgétaire », « contractualisation » et l'introduction de l'approche d'évaluation de la performance comme outil générateur d'un « effect system » interne et global.

II. LE MINISTERE DES FORCES ARMEES

Le Ministère des forces armées ne peut rester indifférent au développement de la politique de contractualisation dans le service de santé. La contractualisation lui donne l'opportunité de développer un interventionnisme qui suit d'autres chemins que ceux de la prestation directe de services de santé. Selon cette logique, le ministère est au centre des relations contractuelles qui se nouent entre tous les acteurs du système. C'est en cela que la contractualisation ne s'apparentera pas à une privatisation ou à un désengagement. Elle restera un outil au service de l'organisation du service de santé; il lui reviendra alors de s'assurer que cet outil est utilisé de manière efficace et appropriée.

Comme pour le ministère de la santé, le rôle du ministère des forces armées se situera à deux niveaux, avec la différence que c'est la DSA qui sera déléguée pour jouer le rôle du ministère.

2.1 La signature du contrat

La manière dont la DSA mettra en place cette politique de contractualisation aura une influence sur le recours à la contractualisation des acteurs sous sa tutelle, notamment, en raison de la particularité de son statut.

2.2 La régulation des relations contractuelles

Parce que les structures ne sont pas autonomes, la DSA ne peut rester un simple observateur. Son implication se fera sous la forme d'une régulation à travers diverses modalités : le plaidoyer auprès des acteurs et des autres ministères, la formation sous toutes ses formes, le dialogue constructif entre tous les partenaires, la mise en place d'un système performant d'information sur la contractualisation, le contrôle des relations contractuelles (contrôle de conformité, à priori et à posteriori, des arrangements contractuels avec la politique de contractualisation dont elle dépend, la médiation, l'enregistrement des contrats, les évaluations, les incitations pour amener les acteurs à contracter dans le sens des objectifs de sa politique.

2.3 L'incitation à la coopération transfrontalière

La mise sur pied d'un cadre contractuel à la DSA permettrait au PSPA de mieux s'investir et intégrer la coopération internationale. Le contexte socio politique actuel en Afrique caractérisée par un engagement de plus en plus important des armées nationales en opérations extérieures serait un créneau favorable au PSPA pour offrir ses services et son expérience. Cette coopération pourrait se faire soit à travers les missions des Nations Unies, de l'Union Africaine et d'autres organisations, soit en appui direct des éléments sanitaires des pays engagés en OPEX.

CONCLUSION

La démarche contractuelle a eu des résultats encourageant dans la science administrative en général et dans la sphère économique classique en particulier où elle a bénéficié de multiples analyses et commentaires. L'engouement qu'elle suscite dans le secteur sanitaire est à la hauteur des exigences que l'on porte sur ce secteur, reconnu de plus en plus comme maillon essentiel du développement humain.

Les premiers contrats qu'envisage de conclure le PSPA ne sauraient être une fin, mais le moyen d'impulser une politique contractuelle au sein de la DSA. Celle-ci s'attacherait à la mise sur pied d'une convention cadre et à la mise en œuvre d'un contrat d'objectifs et de moyens avec les structures sous tutelle, pour servir de cadre légal à la contractualisation interne.

En effet, la contractualisation est en passe de devenir une réalité dans le secteur de la santé au Sénégal. Pourtant, malgré une prise de position explicite dans le document du PNDS, le recours à la contractualisation demeure encore timide. La présente étude se veut un moyen d'impulsion. En précisant les orientations générales fixées par l'OMS, à savoir que la contractualisation est un outil qui peut utilement contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé, elle incite tous les acteurs à un recours plus important à la contractualisation.

Pour autant, la politique de contractualisation n'ignore pas qu'un usage inapproprié de la contractualisation peut conduire à des effets négatifs sur la performance attendue et, par conséquent, produire des effets inverses. Aussi, la politique de contractualisation doit-elle s'appuyer sur un cadre approprié qui convienne à tous les acteurs. En posant ce cadre qui s'appuie largement sur le respect de la mission de service public et sur l'approche systémique, la contractualisation ne doit pas être vue comme une forme de privatisation ou de désengagement. Au contraire, la politique de contractualisation donne les moyens de jouer de régulation qui constitue une de ses missions essentielles.

Le recours à la contractualisation souffre assez souvent d'une insuffisante maîtrise de l'outil et du processus contractuels par l'ensemble des acteurs. C'est

pourquoi il est un besoin impérieux de développer le professionnalisme de tous les acteurs concernés par la contractualisation. De plus, lorsque le processus s'inscrit dans une démarche d'amélioration comme le PDCA, les moyens d'acquisition des connaissances par les acteurs se trouvent valorisés. Toutefois, un appui institutionnel est nécessaire pour contribuer au renforcement des capacités techniques à tous les niveaux d'un processus contractuel.

Le dispositif réglementaire a besoin d'être adapté pour faciliter le recours et le développement de la contractualisation. La présente étude a dès à présent identifié certains éléments tels que répertoriés dans la grille d'analyse des contrats, les missions de l'administration centrale, les éventuelles limites au principe de la liberté contractuelle. Au fur et à mesure de la mise en oeuvre de la politique de contractualisation, d'autres points ne manqueront pas d'apparaître; afin de ne pas freiner le recours à la contractualisation.

SOURCES DOCUMENTAIRES

I. OUVRAGES

1. D. BLANCO, Négocier et rédiger un contrat international, Dunod, 2002
2. M. LEFEVRE, Pratique des contrats publics, Eyrolles, Paris 1995
3. J. P. SEGADE, La contractualisation à l'hôpital, Masson, 2000
4. J. CHAIZE, Les trois mutations de l'entreprise, Ed. Calman Levy, 1998

II. ARTICLES ET MEMOIRES

5. P. SCHEFFER, C. DE MARSAC, Gestion hospitalière, Revue, octobre 2008.
6. S. GAYE, Etude du contrat d'objectifs et de moyens au centre Hospitalier Régional de Thiès dans le cadre de l'amélioration de ses performances, Mémoire DESS/GH, CESAG, 2006
7. A. C. DIENG, Contribution à l'amélioration de la santé mentale dans l'armée sénégalaise, Mémoire de DESS/GPS, 2005
8. T. NKESHIMNA, Contribution à l'amélioration de la performance du Programme Elargi de Vaccination, Mémoire de DESS/GPS, 2008
9. Pr. B. WADE, Cours du module qualité, CESAG 2008
10. Malick NIANG, Cours de contractualisation, CESAG 2008

III. PUBLICATIONS EN LIGNE

11. B. FAUCHER, P. O. RIEU, AMDEC et ses applications, 2003.
Accès : http://www.enpc.fr/fr/formations/ecole_virt/trav-eleves/QFS/AMDEC_et_ses_applications.htm
12. OMS, La contractualisation dans le système de santé
Accès : <http://www.who.int/contracting/fr/>
13. M. KLAI, Y. PESQUEUX, TQM : 4 révolutions du management, Conservatoire Nationale des Arts et Métiers, 2004/2005
Accès : <http://www.cnam.fr>
14. C. RUILLER, Doctorante, CONSTRUCTION D'UNE ECHELLE DE LA PERCEPTION DU SOUTIEN SOCIAL, CREM, CNRS
caroline.ruiller@univ-rennes1.fr
15. Ministère de santé et de la prévention médicale, Politique de contractualisation dans le secteur de la santé, 2004.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

ANNEXE 1 : Activités prévues dans le plan d'action du PSPA

- A1 : Mettre en place le comité de gestion et de coordination
- A2 : Élaborer un Organigramme fonctionnel et la répartition des tâches au sein du CGC
- A3 : Déterminer les procédures gestionnaires au sein du CGC
- A4 : Assurer le fonctionnement du Comité
- A5 : Organiser un atelier d'élaboration du plan stratégique du programme quinquennal de soutien psychologique au sein des armées sénégalaises
- A6 : Organiser un atelier d'élaboration du plan annuel opérationnel chaque début d'année
- A7 : Faire une supervision par année en RDC, RCI, au Libéria et au Soudan les contingents OPEX et les zone 5 et 6 au 5^{ème} mois de leur engagement sur le théâtre
- A8 : Tenir un atelier d'évaluation chaque fin d'année des résultats des activités
- A9 : Organiser 1 atelier de formation en gestion du stress dans les opérations de maintien de la paix et d'hygiène mentale au profit des cadres officiers et sous officiers de chaque contingent OPEX (8 /année)
- A10 : Organiser des sessions de formation en gestion du stress opérationnel en maintien de la paix au COPA pour 50 MILOBS par année
- A11 : Organiser un atelier de formation en gestion du stress de combat au niveau de l'EMS de juillet 2005 à juillet 2006 au profit d'1 officier et de 2 sous officiers par compagnie devant s'engager en zones 5 et 6 (2 ateliers par année)
- A12 : Organiser un séminaire de 2 jours pour former 09 médecins aspirants sortant de l'EMS et 06 médecins d'unités à la prévention des troubles psychiques en zone opérationnelle à l'EMS.
- A12 bis : Faire au profit des 15 médecins formés 2 semaines d'imprégnation en psychiatrie à HPD

- A13 : Organiser 1 conférence au profit de 30 officiers de l'école d'application de l'infanterie à la gestion du stress en zone opérationnelle à l'EAI (Thiès) sur le stress de combat et le stress dans les OMP
- A14 : Organiser 1 conférence au profit de 30 élèves officiers de l'école nationale des officiers d'active sur la gestion du stress en zone opérationnelle (stress de combat et stress dans les OMP) à l'ENOA à Thiès
- A15 : Organiser 1 conférence au profit de 30 élèves sous officiers de l'école nationale des sous officiers d'active à la gestion du stress en zone opérationnelle (stress de combat et stress dans les OMP) à l'ENSOA à Kaolack
- A16 : Organiser un atelier de formation en secourisme psychique à l'EMS au profit d'un infirmier, de 2 secouristes et d'un auxiliaire social de chaque corps devant relever les unités en Casamance et aussi l'auxiliaire social du bataillon
- A17 : Animer 8 causeries sur le stress opérationnel au profit de la troupe des 8 contingents les OPEX au CET7 à Thiès de juillet 2005 à juillet 2006
- A18 : Animer 7 causeries sur le stress opérationnel au niveau des zones pour les bataillons qui doivent s'engager en Casamance janvier 2006
- A19 : Faire 4 émissions de sensibilisation radiophonique par la DIRPA (1 tous les 3 mois).
- A20 : Faire 2 articles dans les journaux de la DIRPA : « armée nation » et sur « Jambaar »
- A21 : Créer un site web d'information sur la gestion du stress en opération et la prévention des troubles psychiques.
- A22 : Faire un plaidoyer pour le grand commandement
- A23 : Faire une sensibilisation au profit des chefs de corps au séminaire annuel des chefs de corps
- A24 : Faire un plaidoyer auprès des bailleurs potentiels

ANNEXE 2 : proposition d'une échelle de mesure du soutien social pour la réinsertion des malades traités

- 1) A – Les personnes de mon entourage sont à l'écoute de mes problèmes professionnels.
- 1) B - Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

- 2) A- Les personnes de mon entourage sont à l'écoute de mes problèmes personnels ?
- 2) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

- 3) A- Les personnes de mon entourage font preuve d'empathie à mon égard ?
- 3) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

- 4) A- Les personnes de mon entourage me manifestent de l'estime ?
- 4) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

- 5) A- Je me suis reconnu professionnellement et personnellement par ces personnes.
- 5) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

- 6) A- Ces personnes me protègent en cas de coup dur ?
- 6) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

- 7) A- Ces personnes m'encouragent dans les moments difficiles ?
- 7) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

- 8) A- Ces personnes me rassurent sur mes compétences professionnelles ?
- 8) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

- 9) A- Ces personnes et moi-même sommes en relation de confiance réciproque ?
- 9) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

10) A- Ces personnes et moi-même sommes dans une relation de respect mutuel ?

10) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

11) A- Ces personnes m'aident à relativiser quand ça ne va pas ?

11) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

12) A- Ces personnes m'aident à me sentir intégré dans mon milieu de travail ?

12) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

13) A- Ces personnes m'aident à arranger mon planning en cas de soucis ?

13) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

14) A- Ces personnes et moi-même communiquons aisément sur mes problèmes personnels ?

14) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

15) A- Ces personnes et moi-même communiquons aisément sur mes problèmes professionnels ?

15) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

16) A- Ces personnes me conseillent, m'informent, quelque soit le problème auquel j'ai à faire face ?

16) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

17) A- Ces personnes m'aident à rendre mon travail plus facile ?

17) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

Pour les items de satisfaction (A), une échelle d'estimation est proposée, concernant le degré d'accord (modalités de réponse de Likert²⁸) ; de 1 : tout à fait en désaccord, à 5 : tout à fait d'accord

	Tout à fait d'accord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Supérieur hiérarchique					
Un ou plusieurs membre(s) de votre entourage					

Pour les items de satisfaction (B), une autre échelle d'estimation est proposée concernant le degré de satisfaction (modalités de réponse de Likert) ; de 1 : pas du tout satisfait, à 5 : tout à fait satisfait)

	Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Plutôt Satisfait	Très satisfait
Supérieur hiérarchique					
Un ou plusieurs membre(s) de votre entourage					

²⁸ C. RUILLER, Doctorante, CONSTRUCTION D'UNE ECHELLE DE LA PERCEPTION DU SOUTIEN SOCIAL, CREM, CNRS caroline.ruiller@univ-rennes1.fr