



10.005

République du Sénégal

Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION

**DOCUMENT DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET SANTE REDUCTION
DE LA PAUVRETE ET DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE (SRPDE)
AU SENEGAL**

**CELLULE D'APPUI AU FINANCEMENT DE LA SANTE ET AU
PARTENARIAT**

Année 2008 - 2009

Sommaire

.....	
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	3
II. OBJECTIFS	5
III. RESULTATS ATTENDUS.....	5
IV. LIGNES D’ACTION ET AXES D’INTERVENTION.....	5
1. PROMOTION DE LA MULTISECTORIALITE :	5
a. COLLABORATION AVEC LES AUTRES SECTEURS	5
b. PARTENARIAT PUBLIC PRIVE.....	11
2. FINALISATION DES CNS et Appui au CDSMT:	12
3. PROMOTION MECANISMES DE FINANCEMENT SOLIDAIRE DE LA SANTE :	13
V. SUIVI – EVALUATION.....	14
VI. APPUI INSTITUTIONNEL A LA CAFSP	14

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

En général, les gains de santé les plus importants ces dernières années ont été le résultat de la vaccination, de l'éducation sanitaire mais surtout d'actions sanitaires non médicales, ou interventions sur les déterminants de la santé qui, pour la plupart relèvent d'autres secteurs.

Au Sénégal, l'action sanitaire nationale reste insuffisamment maîtrisée par le Ministère de la santé du fait d'une faible connaissance des activités de santé des autres ministères et du secteur privé, mais également d'une faible synergie avec ces acteurs notamment les secteurs connexes à la santé que sont l'agriculture, l'hydraulique, l'assainissement, l'habitat, ...etc. Or, la masse des ressources pour la santé gérée par les autres acteurs que le Ministère de la santé est loin d'être négligeable, de même que leur capacité à intervenir sur les cibles.

A titre d'exemple, les résultats obtenus dans la lutte contre l'épidémie de choléra à Touba ont été facilités par l'intervention d'autres secteurs que la santé tels que l'hydraulique, l'environnement, l'assainissement et l'énergie.

Au regard de l'effet de ces actions combinées, il est devenu urgent pour le système de santé de notre pays d'inscrire parmi ses stratégies de développement sanitaire, la recherche de synergie avec les autres secteurs. Cette collaboration formalisée permettrait d'une part de mieux exploiter les actions sanitaires ou favorables à la santé menées par ces secteurs, et d'autre part de juguler les conséquences négatives de leurs actions sur la santé dans le cadre de l'exécution de leurs missions.

Le Ministère de la santé et de la prévention doit aux différents niveaux, stratégiques comme opérationnels, impulser cette recherche de synergie, en exploitant les dispositions institutionnelles permettant de faciliter la mise en place de cadres de concertation réunissant différents acteurs.

Ces cadres serviront préalablement à la mise en commun des moyens de diagnostic des problèmes de développement sanitaire, à l'élaboration de plate forme d'actions concertées et ou soutenues, et à la mise en œuvre d'actions de bien être des populations.

Le Sénégal bénéficie, dans le cadre du Projet Santé, Réduction de la Pauvreté et Développement économique, de l'appui financier du Luxembourg et de l'accompagnement technique de l'OMS, pour développer des actions allant dans le sens d'une opérationnalisation effective de l'approche Multisectorielle.

Cette orientation majeure trouve sa justification dans les limites reconnues de l'approche pasteurienne de la santé et ce courant nouveau consacré par la mise en place de la Commission des déterminants sociaux à côté de l'OMS comme maillon complémentaire de ce qui s'est fait jusqu'ici pour le développement sanitaire des pays.

" Des études et des pratiques démontrent que les déterminants sociaux de la santé ont une incidence directe sur la santé des particuliers et des populations, qu'ils sont les meilleurs indicateurs de l'état de santé de ces derniers, qu'ils structurent les choix de vie et que leur interaction produit l'état de santé", (Raphael, 2003) .

Des études américaines portant sur les dépenses en soins de santé et l'influence des facteurs ayant un impact majeur sur l'état de santé démontrent que 90% des dépenses sont affectées au système de soins même si celui-ci contribue à réduire seulement 11% de la morbidité. A l'opposé, seulement 1,5% des budgets sont attribués au facteur " style de vie ", malgré le fait que sa contribution potentielle à la réduction de la morbidité se situe à 43% (Genver, G.E.A., 1976).

L'opérationnalisation de l'approche multisectorielle tiendra aussi compte de déterminants institutionnels, de l'exercice de la gouvernance et du degré de partage des responsabilités avec différents acteurs dans la gestion des cadres de concertation.

Le but ultime étant de se donner le maximum de moyens pour réussir le diagnostic et de mobiliser au mieux le plus de ressources à utiliser de façon rationnelle pour améliorer la santé des populations ainsi que leurs productions et leur bien être.

Ce challenge important ne se relève que dans l'ouverture aux autres secteurs

Avec un taux de pauvreté d'environ 45,4%, les régions de Saint-Louis, Matam et Louga font partie des zones les plus pauvres du Sénégal.

Ainsi, plus de 45% de la population de ces trois régions vivent en dessous du seuil de pauvreté et sont confrontées à des difficultés d'accès aux soins de santé.

Cette pauvreté est plus ressentie en milieu rural qu'en zone urbaine (93% des ménages pauvres résident en milieu rural).

En milieu urbain, les indicateurs de pauvreté les plus pertinents se rapportent à l'accès aux revenus, aux services sociaux de base, à l'habitat et au cadre de vie sain.

La pauvreté en milieu rural est surtout synonyme de la faiblesse des revenus monétaires, des difficultés de couverture en services sociaux de base et d'accès au crédit.

Des problèmes environnementaux découlant des aménagements hydro- agricoles, une situation épidémiologique préoccupante, des interventions non coordonnées de nombreux acteurs dans ces zones caractérisent ces deux régions.

C'est dans ce contexte que le gouvernement a mis en place le projet Santé / Réduction de la Pauvreté et Développement Economique (SRPDE) dans ces régions comme champ d'application de l'approche multisectorielle dans le secteur de la santé. Cette intervention s'inscrit dans la logique du DSRP.

Le projet SRPDE comporte une composante multisectorialité et une composante promotion de l'accès aux soins à travers la mise en place de dispositifs de financement solidaire de la santé (mutualité).

La composante multisectorialité est constituée de trois volets : la collaboration avec les autres secteurs (le plaidoyer), les comptes nationaux de la santé et le partenariat public privé.

Compte tenu de l'importance des défis et eu égard à l'insuffisance des ressources publiques, une collaboration avec le secteur privé permettrait de renforcer les capacités de prise en charge des besoins sanitaires au niveau national.

Le partenariat public privé devrait alors jouer un rôle plus important dans l'atteinte des objectifs de santé.

Pour éclairer davantage la prise de décisions dans le secteur de la santé, le Ministère a décidé d'élaborer les CNS. Les comptes nationaux de la santé constituent un instrument de mesure de la dépense nationale de santé (DNS). Cet outil permet une meilleure lisibilité des flux de financement provenant de diverses sources.

Quant au développement des mutuelles, il se fera selon une approche de consolidation et de renforcement de l'existant et d'un accompagnement des initiatives nouvelles.

II. OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

L'objectif général du projet est d'améliorer l'état de santé des populations à travers une approche multisectorielle et le développement de la mutualité dans les districts cibles.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Susciter l'approche multisectorielle ;
- Promouvoir le partenariat public privé ;
- Disposer d'un outil d'aide à la prise de décision en élaborant les comptes nationaux de la santé ;
- Appuyer la décentralisation dans le secteur de la santé ;
- Promouvoir le développement de la mutualité.

III. RESULTATS ATTENDUS

- Les autres secteurs participent à la résolution des problèmes de santé ;
- Les autres secteurs agissent positivement sur les déterminants de la santé ;
- Le privé participe à l'exécution de la mission de service public ;
- La synergie avec le secteur privé est améliorée ;
- Les flux de financement à l'intérieur du secteur sont décrits ;
- Des dispositifs de financement solidaire des soins de santé sont mis en place et renforcés ;
- Les coûts de revient des soins sont connus ;
- La participation des populations à l'effort de santé est mieux organisée.

IV. LIGNES D'ACTION ET AXES D'INTERVENTION

1. PROMOTION DE LA MULTISECTORIALITE

a. COLLABORATION AVEC LES AUTRES SECTEURS

La collaboration entre les autres ministères et le ministère de la santé se justifie ainsi :

- ***Ministère en charge de la famille et du développement social***

Une des priorités de la politique de santé est la lutte contre la mortalité maternelle et infantile. Le MFDS en charge de la promotion de la femme et de la famille mène des actions qui contribuent à l'amélioration des conditions de vie des femmes, à l'allègement des travaux domestiques, à l'accès au crédit pour la réalisation d'activités génératrices de revenus et à la lutte contre l'analphabétisme. Le MFDS participe également à la promotion de la scolarisation des filles et à l'équité de genre (SNEG). Toutes ces activités impactent positivement l'état de santé de la famille. Par ailleurs le remboursement des financements accordés aux femmes pour mener des activités génératrices de revenus se trouve compromis par l'inactivité due à la dégradation de leur état de santé. Il devient dès

lors utile d'impliquer davantage le ministère en charge de la famille dans la mise en place de dispositifs de financement solidaire de la santé pour sécuriser les revenus des familles.

- **Ministère de l'Education**

Le Ministère de l'Education accorde une place importante à la santé. A cet effet il dispose d'une direction du contrôle médical scolaire et d'un réseau d'infrastructures sanitaires à travers les inspections médicales des écoles dont l'activité est à dominante prévention. A travers l'éducation sanitaire, partie intégrante des programmes scolaires dans le primaire et de l'éducation à la vie familiale dans le moyen secondaire, des messages de promotion de la santé sont véhiculés auprès des élèves et à travers eux leurs familles. Par ailleurs en contribuant à la formation des populations, le Ministère de l'Education participe au développement du capital humain aux cotés du MSP. L'absentéisme dû à la maladie aussi bien chez les enseignants que chez les apprenants affecte les résultats scolaires.

- **Ministère en charge de l'environnement**

En santé publique, l'environnement représente les facteurs physiques, chimiques et microbiologiques qui agissent sur notre santé.

Selon l'OMS, l'environnement est la clé d'une meilleure santé¹.

L'environnement est aujourd'hui considéré comme l'ensemble des facteurs pathogènes "externes" ayant un impact sur la santé (substances chimiques, radiations, etc.) par opposition aux facteurs "internes" (génétiques...).

Au Sénégal, les problèmes environnementaux se caractérisent en particulier par :

- Des eaux de pluie stagnantes ;
- La pollution marine ;
- Canaux à ciel ouvert ;
- Pollution atmosphérique ;
- Décharges d'ordures, tas d'ordures, dépôt d'ordures...etc.

Le rôle de l'environnement dans l'apparition ou le déclenchement de certaines pathologies se confirmant, les différentes interventions sanitaires doivent prendre en compte les facteurs environnementaux dans les diagnostics et les recherches.

Le MSP entretient des relations en amont et en aval avec le Ministère en charge de l'environnement dans les politiques de protection de l'environnement dans la loi 2001/03 du 15 février 2001 portant code de l'environnement.

Fort de cela, un partenariat devrait être noué pour une meilleure prise en compte des responsabilités.

¹ L'Organisation mondiale de la santé, à la Conférence ministérielle "santé et environnement", Londres, juin 1999

- **Ministère de l'assainissement et de l'hygiène publique**

L'objectif de l'assainissement est de préserver la santé des populations et la salubrité de l'environnement tout au long de la chaîne de l'eau, de son prélèvement à la restitution au milieu naturel.

L'assainissement non collectif doit être conçu, implanté et entretenu de manière à ne pas présenter de risque de contamination des êtres vivants surtout l'homme ; de pollution des eaux notamment celles faisant objet d'usage particulier eau potable, baignade.

La promotion de l'hygiène constitue une des orientations majeures du Gouvernement du Sénégal. La priorité accordée à la prévention et à l'hygiène individuelle et collective est à l'origine de la décision du Gouvernement d'ériger le service national de l'hygiène en une direction nationale. En fait les facteurs liés à l'hygiène et aux comportements à risques déterminent 80% des pathologies au Sénégal. C'est pourquoi le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, à travers la Direction de l'Hygiène, met en œuvre des activités préventives qui contribuent à la lutte contre les maladies transmissibles²

Les secteurs de santé et de l'assainissement ont donc l'obligation de travail ensemble pour l'atteinte de leurs objectifs similaires.

- **Ministère de l'hydraulique**

Dans les pays tropicaux, certains aménagements hydrauliques mal conçus conduisent à la diffusion de maladies hydriques, et notamment du paludisme et de la bilharziose (ou schistosomiase). Les problèmes rencontrés sont cependant au moins autant imputables aux réseaux d'irrigation qu'aux retenues des barrages.

Concernant le nord du Sénégal, les objectifs en sont ambitieux et les coûts nécessaires à leur atteinte considérables. Dans cette perspective de nombreuses questions se posent dont les réponses existantes sont de nature peu fiables et qu'il convient réellement d'affiner pour asseoir une action à venir plus efficace dans le domaine de l'**adduction d'eau potable**.

Des efforts devront être menés pour apporter des éléments de connaissance fiables issus de l'expérience sur des sujets qui conditionnent les actions à entreprendre en matière d'équipements d'**adduction d'eau potable en milieu rural**, d'amélioration des pratiques d'**hygiène** liées à l'eau.

- **Ministère des forces armées**

Le service de santé des armées constitue une partie intégrante de l'offre publique de santé. Il dispose d'un hôpital, Hôpital Militaire de Ouakam, et d'un réseau d'infirmiers et centres médicaux de garnison. Il assure également la co-tutelle de l'hôpital Principal. Le personnel du service de santé des armées (médecins, pharmaciens, dentistes, infirmiers, cadres de gestion) participe au fonctionnement du système de santé à ses différents niveaux.

- **Ministère de l'agriculture**

L'amélioration de la production agricole dépend de la disponibilité de ressources humaines en bonne santé. Les agriculteurs évoluent dans des milieux favorables à l'éclosion de certaines maladies. Toute

²² CDSMT SANTE 2008-2010

action de promotion de la santé menée en direction des acteurs de l'agriculture et de leur environnement constitue une mesure de protection de leur force de production. L'amélioration de la production agricole contribue à la lutte contre la maladie à travers le relèvement du niveau nutritionnel.

- **Ministère en charge des collectivités locales**

De toutes les compétences transférées, la santé est effectivement une de celles qui pose encore aujourd'hui le plus de difficultés pour sa mise en œuvre.

Les régions, communes et communautés rurales ont héritées d'attribution dans le domaine de la santé qui nécessite des moyens financiers conséquents puisqu'il leur est demandé de manière générale :

- a) D'une part de construire, entretenir, équiper, gérer les infrastructures (hôpitaux, centres de santé, postes de santé, cases de santé, les centres de promotion et de réinsertion sociale)
- b) Et d'autre part d'organiser et de gérer le secours au profit des nécessiteux

Indépendamment de ce transfert conséquent de compétences dans ce seul domaine, la complexité vient aussi du fait que l'organisation administrative du Ministère de la Santé en Districts (le district regroupe une commune, et plusieurs communautés rurales) ne correspond pas à l'organisation territoriale des collectivités locales.

Des confusions de compétences ont donc vu le jour entre les élus locaux et les Médecins Chefs de Districts car les textes, dans leur rédaction actuelle, ne permettaient pas d'établir des limites parfaitement définies aux attributions des uns et des autres.

On a pu aussi souvent constater des disproportions importantes entre le montant des deniers publics que les collectivités locales pouvaient mobiliser sur leurs propres budgets et les budgets gérés directement par les comités de gestion et les médecins chefs et dont les recettes sont issues des droits d'entrée payés par les patients.

Par ailleurs, lorsque l'Etat, au titre des Fonds de Dotation de la Décentralisation, procède à la répartition selon les domaines de compétences, l'enveloppe pour la prise en charge des compétences du secteur santé s'arrête au niveau des communes puisque les communautés rurales ne reçoivent directement de fonds que pour les secteurs éducation, culture, jeunesse et sport. Cette situation est d'autant plus inacceptable par les communautés rurales qu'il a toujours été affirmé qu'il n'y avait aucune hiérarchie entre collectivités locales dans aucun domaine. Or cette situation créée de fait une hiérarchie entre la commune et les Communautés Rurales.

On constate aussi, que faute de moyens ou par manque d'affectation de personnel, les infrastructures qui relèvent de la responsabilité des communautés rurales finissent par être délaissées au profit d'une fréquentation des infrastructures de la commune chef lieu de district entraînant dans certains cas une surexploitation et donc des charges récurrentes anormalement élevées pour le budget de la commune.

La création d'un Groupement d'Intérêt Communautaire (GIC) entre les communautés rurales d'un même district de santé serait susceptible d'apporter des réponses pertinentes aux problèmes suivants :

- Plus grande efficacité dans le transfert des FDD ;

- Meilleure articulation et coordination des politiques locales et des politiques nationales du secteur santé ;
- Gestion démocratique et concertée des décisions entre toutes les collectivités locales d'un même district ;
- Gestion démocratique et concertée des fonds publics des collectivités locales et des fonds collectés par le personnel de santé ;
- Clarification des relations entre les personnels de santé, le Médecin Chef et les élus locaux ;
- Clarification du rôle et des relations entre les élus, les personnels de santé, les comités de gestion des différents centres et postes de santé ;
- Proposition d'une alternative institutionnelle aux partenaires de la coopération et de la coopération décentralisée en particulier.

La collaboration étroite entre le ministère chargé des collectivités locales et le ministère de santé devrait permettre de trouver des solutions pour une meilleure gouvernance locale sanitaire.

- **Ministère de la jeunesse**

La jeunesse sénégalaise constitue une couche importante mais vulnérable. En effet plus de 57% de la population ont moins de 20 ans et les jeunes sont confrontés à des problèmes d'ordre socio économique et sanitaire. Mais aussi un bon état de santé des jeunes constitue un facteur de productivité et de développement économique à moyen terme. Le ministère en charge de cette jeunesse, conscient, des problèmes de santé de cette frange de la population, a mis place plusieurs projet/programmes et centres pour améliorer l'état de santé des jeunes. Parmi ces initiatives on peut citer :

- Le projet promotion des jeunes ; il œuvre à promouvoir chez les adolescents et les jeunes des comportements responsables en matière de santé de la reproduction dans les centres "ado conseil" (CAC).
- Le programme de prévention de l'usage de la drogue en milieu jeune ;
- Le service conseil de dépistage volontaire et anonyme.

La collaboration des ministères en charge de la jeunesse et de la santé aiderait à mieux prendre en charge la santé de la cible jeunesse en contribuant à une augmentation notable de leur productivité et de leur éducation scolaire, voire leur formation.

- **Ministère de l'élevage**

Le département ministériel de l'élevage est au cœur du développement sanitaire compte tenu de son apport dans le domaine nutritionnel mais aussi du rôle important qu'il doit jouer face à la problématique des zoonoses. Le ministère de l'élevage est au centre de l'actualité en matière des problèmes de santé publique majeurs avec les maladies émergentes comme la grippe aviaire, la vache folle, le virus Ebola. L'approche résolutive de ces préoccupations nécessite impérieusement la mise en place d'une plage d'actions concertées entre les secteurs de l'élevage et de la santé

Les ministères ciblés présentent des cahiers de charges par rapport à leurs activités de santé.

Au niveau des districts pilotes (Vélingara et Kédougou) des ateliers de réactualisation du plan multisectoriel et de planification de la mise en œuvre des activités seront organisés

Au niveau des nouveaux districts, des études seront réalisées dans les nouveaux districts pour :

- Identifier les problèmes de santé et leurs déterminants ;
- Mettre en évidence les initiatives multisectorielles dans le diagnostic et la résolution des problèmes de santé ;
- Identifier les acteurs qui peuvent agir sur les déterminants de santé.

Les districts peuvent bénéficier de l'appui d'un expert dans la réalisation des études diagnostiques.

Axe d'intervention 1 : Promotion de la multisectorialité dans le diagnostic et la résolution des problèmes de santé dans la conduite des stratégies.

Dans le cadre du lancement du projet dans les nouveaux districts cibles, il sera organisé en juin 2008 un atelier d'information et de partage des expériences de la multisectorialité dans les districts pilotes de Kédougou et Vélingara. Participeront à cet atelier les districts pilotes, les nouveaux districts et les ministères retenus.

La mise en œuvre du projet nécessite des interventions au niveau des ministères et des districts.

Axe d'intervention 2 : Opérationnalisation de l'approche multisectorielle de développement sanitaire dans les districts cibles.

Les nouveaux districts cibles présentent leur document de diagnostic en CDD pour validation. Une équipe du niveau national participe à ce CDD.

Des ateliers de planification conjointe des acteurs de la multisectorialité sont organisés avec la participation des populations et des partenaires intervenant dans la zone.

La mise en œuvre des activités contenues dans le plan multisectoriel relèvent de la responsabilité des secteurs compétents au plan financier et technique.

Le plan multisectoriel constitue un instrument de plaidoyer pour la mobilisation de ressources additionnelles.

Axe d'intervention 3: Passage à l'échelle de l'approche multisectorielle de développement sanitaire

Pour la phase de passage à l'échelle, des missions de sensibilisation seront tenues au cours des trois dernières années du projet dans les régions non ciblées sous forme de CRD pour disséminer les expériences déjà acquises au niveau des districts pilotes en matière de multisectorialité.

Axe d'intervention 4: Appui institutionnel à la CAFSP

La CAFSP agence d'exécution de ce volet du projet sera appuyée dans les domaines suivants :

- Renforcement des capacités des agents (formation, participation à des ateliers, séminaires et conférences, échanges d'expériences) ;
- Appui logistique en matériel informatique et bureautique.

b. PARTENARIAT PUBLIC PRIVE

Axe d'intervention 1: Etat des lieux du PPP

Il s'agira :

- D'inventorier les acteurs du secteur privé intervenant dans la zone ;
- D'identifier les partenaires du district ;
- D'identifier leurs domaines d'activités ;
- De mettre en évidence leurs contributions à l'action sanitaire locale ;
- D'analyser leur disponibilité à contribuer à la mise en œuvre de l'action sanitaire locale ;
- De mettre en évidence les domaines de partenariat existants.

Axe d'intervention 2 : Renforcement du PPP

Le renforcement du PPP consistera à :

- Organiser des concertations entre acteurs publics et privés pour mettre en évidence les domaines de partenariat à explorer ;
- Elaborer un cahier de charges pour chaque acteur afin de formaliser le PPP
- Mettre en œuvre le PPP
- Suivi – évaluation du PPP

2. FINALISATION DES CNS et Appui au CDSMT

Axe d'intervention 1 : Finalisation de l'élaboration des premiers comptes nationaux de la santé du Sénégal

Le processus d'élaboration des CNS, démarré en fin 2006, porte sur un compte global et un sous compte santé de la reproduction. L'équipe technique est au stade de nettoyage et de traitement des données. Les étapes suivantes concernent :

- Le remplissage des tableaux finaux ;
- l'analyse des données ;
- La rédaction d'un rapport ;
- La validation du rapport par le comité de pilotage.

Axe d'intervention 2 : La dissémination des conclusions des CNS

Elle constitue une phase déterminante qui doit utiliser plusieurs canaux :

- L'organisation d'ateliers afin de diffuser les résultats obtenus et de sensibiliser les acteurs sur le financement de la santé :
 - Diffuser le rapport auprès des administrations (ministères) et des partenaires ;
 - Organisation de séminaires avec le secteur privé et public ;
- Publication d'un ouvrage contenant l'intégralité des tableaux et des analyses ;
- Rédaction d'articles et autres communications tirés du rapport et destinés aux médias.

Axe d'intervention 3 : Institutionnalisation des CNS

Cette institutionnalisation se fera par :

- L'organisation de réunions avec le comité de pilotage ;
- La mise en place d'un bureau chargé de la gestion de la sous composante CNS du programme Appui Institutionnel du CDSMT ;
- La mise en place d'une base de données avec le SNIS et l'ANSD.

3. PROMOTION MECANISMES DE FINANCEMENT SOLIDAIRE DE LA SANTE :

Axe d'intervention 1 : Renforcement des Mutuelles de Santé existantes.

Le renforcement des mutuelles existantes se fera à travers :

- le développement d'un système d'information et de gestion pour les mutuelles de santé ;
- un appui institutionnel sous forme de dotation en outils de gestion ;
- la formation/recyclage des administrateurs en gestion, suivi/évaluation ;
- la facilitation de partenariat entre les mutuelles de santé et les institutions de micro-finance ;
- l'appui à la mise en œuvre d'activités promotionnelles de la santé ;
- La réalisation d'une étude sur les coûts de revient réels des prestations.

Axe d'intervention 2 : Appui à la mise en œuvre de la phase expérimentale du régime de protection sociale des ruraux.

L'importance de la population qui s'active dans les filières agricoles notamment celles du riz et de la tomate justifie le choix d'accompagner la mise en œuvre de la phase expérimentale du régime de protection sociale des ruraux. Cet accompagnement se fera par :

- L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de communication et de sensibilisation ;
- La mise en place de comités provisoires au niveau des 2 communautés rurales de Saint Louis ;
- La formation des comités provisoires sur le régime de protection sociale.

Axe d'intervention 3 : Appui à la mise en place de nouvelles initiatives mutualistes.

L'appui à la mise en place de nouvelles mutuelles s'articule autour des points suivants :

- La réalisation d'études de faisabilité dans les zones d'intervention du projet ;
- L'inventaire des organisations à large base d'adhésion (filières agricoles, avicoles, laitières ou autres, GPF, associations d'éleveurs, d'émigrés) et l'appui au processus de création d'une mutuelle de santé dans ces organisations ;
- La conception et la mise en œuvre de larges campagnes de marketing social, d'information, de formation, de sensibilisation et de plaidoyer auprès des acteurs locaux pour favoriser la création de nouvelles mutuelles.

4. DECENTRALISATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

Axe d'intervention 1: Renforcement des capacités des élus locaux

Axe d'intervention 2 : Encadrement des comités de santé

Axe d'intervention 3 : Plaidoyer en faveur d'une meilleure gouvernance locale

V. SUIVI – EVALUATION

Des missions de supervision trimestrielles seront effectuées par le niveau national pour assurer le suivi de la mise en œuvre des différents volets du projet.

Il sera aussi procédé chaque année à une évaluation du niveau d'exécution du projet.

VI. APPUI INSTITUTIONNEL A LA CAFSP

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet SRPDE, la CAFSP devra être renforcée en matériels informatiques et bureautique.