

REPUBLIQUE DU SENEGAL



Ministère de la Santé et de l'Action sociale

**ETUDE DIAGNOSTIQUE SUR LA MULTISECTORIALITE DANS LES
DEPARTEMENTS MINISTERIELS CIBLES**

Dr Birahime Diongue Consultant senior en Développement sanitaire

08/11/2014

Sommaire	PAGES
Partie I : Contexte	9-11
I- Contexte général du pays	
II- Contexte sanitaire	
III- Historique de la multisectorialité santé.....	11
IV- Fondements de la multisectorialité.....	12
Partie II : Présentation de l'étude.....	13-15
1. Objectif général	
2. Objectif spécifiques	
3. Méthodologie de l'étude	
4. Résultats attendus	
5. Limites de l'étude	
Partie III : lignes d'action et axes d'intervention et de collaboration des autres secteurs.....	16- 30
1. Aspects politiques	
1.1 Les secteurs ayant vocation à financer directement des actions de sant.....	16-30
1.2 Les départements ministériels ayant un impact important sur la santé.....	30-42
2. Apports financiers de la multisectorialité	42-44
Partie IV : Analyse institutionnelle de la multisectorialité.....	44-54
1- Intersectorialité et multisectorialité dans le domaine de la santé pages	
2- L'exemple du programme national de lutte contre le VIH/SIDA	
2.1 : Cadre organisationnel et institutionnel	
2.2 : Outils du programme de lutte contre le VIH/SIDA	
2.3 : Fonctionnement des organes multisectoriels	
3- Le programme de renforcement nutritionnel	
4- En matière de lutte contre la maladie	

Partie V : Niveau de Partenariat en santé et mobilisation des ressources pour la promotion de la santé..... 55- 57

Partie VI : Proposition d'un dispositif pour la mise en œuvre de la multisectorialité dans le domaine de la santé..... 58-62

1. La Plateforme multisectorielle pages
2. Plan d'action pour la mise en œuvre de la multisectorialité pages 63
3. Recommandations **64- 65**

Annexes 66-74

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADEMAS	Agence pour le Développement du Marketing Social
CCM	Country Coordination Mechanism
CDLS	Comité Départemental de Lutte contre le sida
CNLS	Conseil National de Lutte contre le sida
DLSI	Division de Lutte contre le Sida et les IST
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
eTME	Elimination de la Transmission Mère enfant
IEC	Information - Education - Communication
IST	Infection Sexuellement Transmissible
OEV	Orphelins et Enfants rendus vulnérables par le VIH/sida
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la Société Civile
PIB	Produit Intérieur Brut
PSLS	Plan Stratégique de Lutte contre le sida
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PNMLS	Plan National Multisectoriel de Lutte contre le sida
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
SE	Suivi - Evaluation
SEN/CNLS	Secrétariat Exécutif National du CNLS
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TB	Tuberculose

TME	Transmission Mère Enfant
UNDP	United Nations Development Program
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
CHU	Centre hospitalier universitaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
EPS	Etablissement public de santé
MSAS	Ministère de la santé et de l'action sociale
SONUC	soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet
OMD	objectifs du millénaire pour le développement
FDR	Feuille de route pour la lutte contre la mortalité maternelle et infantile
MILDA	moustiquaire imprégnée à longue durée d'action
CRD	conseil régional de développement
CDD	conseil départemental de développement
PEV	programme élargi de vaccination
TDR	termes de référence
PTF	partenaire technique et financier
CANAS	commission nationale de santé et nutrition
EVF	Education à la vie familiale
PNLP	programme national de lutte contre le paludisme
PDEF	plan décennal d'éducation et de formation
MEN	ministère de l'éducation nationale
SRAJ	santé de la reproduction des adolescents et des jeunes
SR	santé de la reproduction
MST	maladie sexuellement transmissible
TSO	technicien supérieur d'odontologie
SMI/PF	santé maternelle et infantile et planification familiale
MEG	médicaments essentiels génériques
ASC	agent de santé communautaire

CSE	comité santé et environnement
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les activités de population
ADO	adolescents
PAC	programme d'appui aux communes
RAC	réunion annuelle conjointe
PDIS	programme de développement intégré de la santé
SAMU	service d'assistance médicale d'urgence
CMU	couverture maladie universelle
OIT	organisation internationale du travail
CSS	caisse de sécurité sociale
IPRES	institution de prévoyance retraite du sénégal
COUD	centre des œuvres universitaires de Dakar
CROUS	centre régional des œuvres universitaires
UCAD	université Cheikh Anta Diop
IPDSR	Institut de population développement et santé de la reproduction
ISED	institut de santé et développement
UNICEF	système des nations unies pour les activités de l'Enfance
PEPAM le millenium	programme d'alimentation en eau potable et d'assainissement pour le millenium
DANSE	Division de l'alimentation, de la nutrition et de la survie de l'enfant
MDR	Ministère du développement rural
OIE	organisation internationale pour l'environnement
CNOSS	comité national olympique pour les activités sportives
TIC	technologie d'information et de communication
MPT	ministère des postes et des télécommunications
CNS	comptes nationaux de la santé
PRN	programme de renforcement nutritionnel
MT	Ministère du tourisme
CAS/PNDS	cellule d'appui et de suivi du PNDS
CAFSP	Celui d'appui pour le financement de la santé et le partenariat

CACMU	cellule d'appui à la couverture maladie universelle
DSR	direction de la santé de la reproduction
POCL	plan d'opération des collectivités locales
CIS	comité interne de suivi
MCS	mission de supervision conjointe
PTA	plan de travail annuel
PRDI	plan régional de développement intégré
PLD	plan local de développement intégré
PIC	programme indicatif de coopération
CER	centre d'expansion rural
CADL	centre d'appui au développement local
PM	premier ministre
PEC	prise en charge
DSRSE	Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant
PRN	programme de renforcement nutritionnel
DLM	direction de la lutte contre la maladie
CCIA	comité inter agence
HTA	hypertension artérielle
RESSIP	réseau santé sida
CONGAD	confédération des ONG d'aide au développement
RSE	Responsabilité sociétale d'entreprise
PPP	partenariat public privé
ASBEF	association sénégalaise pour le bien être familial
GRAIM	groupe de recherches et d'appui aux initiatives mutualistes
AnE	acteurs non étatiques
MCR	Médecin chef de région
MCD	médecin chef de district

L'OMS définit la santé comme un « état de bien être complet, mental et social et non seulement une absence de maladies ». Le droit à la santé pour tous est reconnu par la Constitution Sénégalaise qui dispose que « l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille ».

Les systèmes de santé ont toujours fonctionné en vase clos dans le cadre du seul ministère de la santé. Ce n'est que récemment, avec l'avènement de certaines maladies telles que le VIH/SIDA par exemple qu'une certaine ouverture a été notée dans le sens d'une collaboration multisectorielle. En effet, le système de planification de suivi et d'évaluation ainsi que dans le cadre des politiques sectorielles, aucune référence n'est faite quant à l'apport des autres secteurs dans la santé d'autant plus que les contributions sont sûrement très importantes. La définition de l'OMS ci dessus adoptée dans le cadre de sa charte depuis sa création traduit déjà ce que devrait être un bon système de santé. Plusieurs études ont d'ailleurs montré que le seul secteur de la santé ne permet pas d'atteindre un niveau de santé significatif ce qui veut dire que l'atteinte des objectifs de santé est assujettie à la contribution des autres secteurs car la santé est multidimensionnelle. A ce propos, l'OMS a d'ailleurs tenu plusieurs rencontres et conférences internationales sur l'apport des autres secteurs qui peuvent être définis comme des déterminants de la santé.

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.

Cependant, les ressources affectées à la santé dans ces Départements ministériels sont loin d'être négligeables, de même que leur capacité à intervenir sur les cibles. Il est donc impératif d'inscrire parmi les stratégies de développement du secteur de la santé, 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.

Compte tenu du rôle important que joue la santé dans le cadre de la croissance et du développement, les Nations Unies avaient mis en place la Commission Macroéconomie et Santé dès les années 2000. En liaison avec cette démarche au niveau international, le Grand Duché du Luxembourg, avec l'appui technique de l'OMS, a mis en place au Sénégal en 2005 le projet Santé, Population et Réduction de la Pauvreté (SPRDE).

La Déclaration d'Adélaïde adoptée en 2010 sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques a pour but d'engager l'ensemble des dirigeants et des décideurs à tous les niveaux gouvernementaux – local, régional, national et international et constitue en quelque sorte un rappel de la nécessité de la collaboration multisectorielle annoncée depuis la conférence mondiale d'Alma Ata en 1978. Il en est de même de

la stratégie régionale africaine « agir sur les principaux déterminants de la santé », une résolution de l'OMS/AFRO qui met aussi l'accent sur la nécessité d'agir sur les facteurs individuels et environnementaux afin d'améliorer et de protéger la santé. Parmi ces déterminants, celui de la pauvreté occupe une place centrale et c'est ainsi que le Sénégal dès 2005 a bénéficié d'un appui du Grand Duché du Luxembourg dans ce sens afin que les principaux déterminants puissent être tenus en compte dans la définition des politiques publiques et de planification.

Déjà, à la conférence d'Ottawa, la question de la promotion de la santé a été pour la première fois mise en exergue. La Déclaration de Rio va dans le même sens mais, déjà, en 1997, la conférence de Jakarta a particulièrement mis l'accent sur l'efficacité de la promotion de la santé et sur les déterminants de la santé.

Il s'agit, dans le cadre de cette étude de faire un diagnostic de la multisectorialité au niveau des différents départements ministériels et de proposer par la suite un dispositif dans ce sens afin de dynamiser cette approche.

L'approche multisectorielle tiendra ainsi compte non seulement des déterminants institutionnels mais aussi de l'exercice de la gouvernance et du degré de partage des responsabilités avec différents acteurs dans la gestion des cadres de concertation

I- Contexte général du pays

Le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain. Il couvre une superficie de 196 712 Km². Il est limité au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau et à l'Ouest par l'Océan Atlantique sur une façade de 700 km. Le pays est divisé en 14 régions administratives et il compte 42 Comités Départementaux, 599 Collectivités Locales dont 554 Communes de plein exercice et 3 villes Pikine, Guédiéwaye et Dakar . Depuis l'avènement de la Décentralisation et de la Régionalisation en 1996, neuf compétences dont la santé ont été transférées aux Collectivités Locales. Malgré une décentralisation très ancienne, l'Acte III de la Décentralisation supprime la Région en tant que Collectivité décentralisée, met l'accent sur la départementalisation et instaure la communisation des Communautés rurales sur l'ensemble du territoire national.

La population du Sénégal est estimée à 13,5 millions en habitants en 2013 soit une densité moyenne de 62 habitants au km². Celle-ci est fortement concentrée dans les régions contiguës de Dakar, Thiès, Diourbel et Kaolack. Le taux d'urbanisation est de l'ordre de 41,5 % et la population très jeune des moins de 20 ans représente au moins 54 % de la population totale. L'espérance de vie à la naissance est estimée entre 60 et 63 ans selon la dernière EDS.

L'économie sénégalaise se caractérise par une grande vulnérabilité aux chocs exogènes du fait de son caractère extraverti. Le produit intérieur brut (PIB) s'élevait à 6 367 milliards de FCFA en 2010, soit un PIB par tête de 509 096 CFA

II- Contexte sanitaire

Au Sénégal, le système de santé est de type pyramidal avec, à sa base, le niveau périphérique constitué par le district sanitaire qui est l'unité opérationnelle constitué d'un ou de plusieurs centres de santé de référence localisés dans les Communes en général et les chefs-lieux de département avec un réseau de postes de santé situés dans les Communes et les villages centres et des cases de santé ainsi que des maternités rurales au niveau communautaire. De 45 districts sanitaires au lendemain de l'instauration de la première réforme en santé du système en 1989, le nombre a atteint 76 depuis 2010. Au niveau intermédiaire se trouvent les Régions Médicales dont le rôle est d'assurer la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures de santé publique et privées de la région.

Le système hospitalier est ainsi composé des hôpitaux de district sanitaire et des hôpitaux régionaux qui constituent la référence de la pyramide régionale. Au sommet se trouvent les hôpitaux du CHU qui ont une vocation nationale avec des services spécialisés et complémentaires. La Réforme hospitalière a été adoptée depuis 1999 au Sénégal et est mise en œuvre sur l'ensemble du territoire et, à ce jour, tous les hôpitaux ont été érigés en établissement publics de santé hospitaliers classés en 3 catégories selon des critères précis. Depuis 2010, onze centres de santé de référence à vocation chirurgicale ont été érigés en EPS de type 1.

L'échelon central est composé d'une direction générale de la santé, 6 autres directions centrales ainsi que des services rattachés suite à la réorganisation du MSAS en 2012.

Le système public de santé compte ainsi dix (10) Etablissements Publics de santé (EPS) de niveau 1, onze (11) de niveau 2, sept (7) de niveau 3, soixante-quinze (75) Centres de santé dont vingt-huit (28) sont dotés de blocs SONUC, mille deux cent quarante-cinq (1245) postes de santé, deux mille quatre-vingt-dix-huit (2098) cases de santé et quatre cent soixante-seize (476) maternités rurales. Certaines infrastructures sanitaires ne sont pas fonctionnelles. Le système public de santé compte aussi plusieurs autres structures de santé et notamment 2 hôpitaux militaires des garnisons, les postes de santé de garnison (PMG) et les centres de santé de Garnison (CMG) des Forces Armées mais aussi celles de la santé scolaire et universitaires ainsi que des infirmeries dans certains autres départements ministériels notamment la Justice, la Famille, les Eaux et Forêts, la Police et la Gendarmerie, l'Intérieur etc .

Le système privé de santé, concentré à Dakar, comprend deux hôpitaux, cinq cent cinquante-cinq (555) cabinets médicaux privés, trente-sept (37) cliniques privées, cinq cent soixante-dix (570) cabinets para médicaux privés, vingt trois (23) structures sanitaires d'entreprise, soixante-dix-sept (77) postes de santé privés, huit cent quarante-trois (843) officines pharmaceutiques, six (6) Grossistes Répartiteurs, trois(3) industries pharmaceutiques, douze(12) laboratoires d'analyse, dix (10) cabinets d'imagerie médicale ainsi que des infirmeries privées. La médecine

d'entreprise dispose aussi de structures de services de santé au sein de leurs services. La médecine traditionnelle occupe aussi une place importante dans l'échiquier national.

La situation sanitaire au niveau national reste préoccupante bien que des progrès notable aient été enregistrés ces dernières années.

D'après l'EDS V le niveau de la mortalité maternelle se situe à 392 pour cent mille naissances vivantes traduisant une baisse importante mais insuffisance en vue de l'atteinte des OMD et de la FDR en 2015. La mortalité infantile est de l'ordre de 47 pour mille, celle infanto-juvénile se situe au niveau de 72 pour mille. La mortalité néo natale se situe à 29 % avec sur les 10 années passées une très légère baisse voire une évolution presque constante, ce qui traduit bien le peu d'effort fait à ce sujet.

Le taux d'accouchement assisté des femmes dans les structures de santé est de l'ordre de 73 %. mais l'assistance par du personnel qualifié n'est que de 65 % marquant une légère amélioration par rapport à l'EDS 4 (52 %). On note une plus faible couverture vaccinale des moins de 1 an avec un taux de 63 % dans le cadre de l'EDS 5.

La couverture en MILDA des femmes enceintes n'est que de 36 %. En ce qui concerne la tuberculose un taux élevé de 7 % de perdus de vue a été enregistré. La prévalence contraceptive demeure toujours faible.

18 % des enfants de moins de 5 ans sont malnutris et il en est de même d'environ 70 % des femmes enceintes.

La couverture en personnel infirmier et sage femme a fléchi au cours des 5 dernières années et les normes en personnel sont loin d'être atteintes. Bien qu'il y ait des efforts de décentralisation des médecins spécialistes dans les régions, on note toujours que Dakar concentre la quasi-totalité des spécialistes et que les régions éloignées, enclavées et souvent pauvres sont les moins bien couvertes.

III- Historique de la multisectorialité santé

Malgré l'engagement du Sénégal sur la Déclaration d'Alma Ata depuis 1978 et à l'image de la quasi-totalité des pays, peu d'actions ont été menées dans le cadre de la multisectorialité en faveur de la santé. Le Sénégal n'a tenté d'intégrer ce processus qu'en 2005 suite au rapport de la commission macroéconomie et santé au niveau de l'OMS. Par la suite, le gouvernement a commandité un rapport pays sur la situation en 2005. Le Grand Duché du Luxembourg a, par la suite, via l'appui technique de l'OMS, assuré le financement du projet SPRDE principalement axé sur l'Approche multisectorielle et la lutte contre la pauvreté. Des études ont été réalisées sur l'approche dans les 2 districts tests de Vélingara et de Kédougou en 2006 avec la tenue d'un important atelier à Tambacounda, ceci dans le cadre d'une tentative de définition de cahier des charges sur la multisectorialité dans le domaine de la santé.

Des CDD sur l'approche multisectorielle ont été aussi organisés dans sept départements pilotes avec la réalisation d'études diagnostiques à Vélingara, Kédougou, Dagana, Matam, Saint – Louis, Ranérou, Kanel avec l'identification des problèmes prioritaires de santé, des principaux déterminants liés à ces problèmes de santé, des acteurs et secteurs impliqués pour une bonne prise en charge de ces problèmes de santé. Un comité national pour la mise en œuvre de l'approche multisectorielle avait été mis en place ainsi que la nomination de points focaux au niveau des différents ministères suivie de leur formation sur les déterminants de la santé avec le soutien de l'OMS.

IV- Fondements de la multisectorialité

La multisectorialité en matière de santé trouve son fondement logique sur son caractère multidimensionnel lié à plusieurs facteurs de son environnement.

a-Bases épidémiologiques

La multisectorialité en faveur de la santé se justifie dans la mesure où la lutte contre les maladies, les épidémies et les endémies ne peuvent pas être l'apanage du seul ministère de la santé. En effet, l'histoire de la lutte contre la maladie au Sénégal a suffisamment montré la nécessité d'une action multisectorielle afin d'arriver à des résultats importants. Il s'agit par exemple des différentes épidémies de choléra depuis les années 70, de l'accélération du PEV où il fut noté une grande mobilisation des masses, de la plupart des zoonoses et des anthroozoonoses et de la fièvre hémorragique Ebola plus récemment.

b-Bases économiques

L'adoption de l'Approche multisectorielle devrait entraîner une rationalisation des activités suite à la synergie observée dans les politiques publiques et la planification. Des économies de ressources doivent normalement être effectives avec la mise en commun des biens et la rationalisation des ressources et une synergie des actions des secteurs considérés. Compte tenu des moyens en ressources humaines matérielles et financières faibles dont disposent les pays en voie de développement, l'approche multisectorielle devrait être adoptée dans les pays conformément aux recommandations de l'OMS et pourrait permettre l'atteinte des objectifs de santé.

c-Bases politiques

L'approche multisectorielle suppose la bonne gouvernance et une meilleure coordination de l'action gouvernementale dans son ensemble. Ainsi il devrait y avoir une coordination des politiques publiques et de planification au profit de la santé. Les différentes conférences internationales et les Déclarations et Résolutions vont toutes dans ce sens depuis les années 2000. Ceci suppose aussi de la part du ministère de la santé une bonne coordination et collaboration intra et intersectorielles, un leadership fort de sa part et l'engagement politique de tout le Gouvernement et la Société Civile.

Partie 2 : Présentation de l'étude

1- Objectif général

Analyser les déterminants fondamentaux de la multisectorialité dans le cadre de la mise en œuvre des politiques publiques au niveau des Départements ministériels sur lesquels il faut s'appuyer pour améliorer la santé des populations

2- Objectifs spécifiques

Faire un diagnostic situationnel des interventions sanitaires des Départements ministériels.

Identifier les mécanismes de mobilisation des ressources additionnelles pour faire face aux problèmes prioritaires de santé

Identifier les forces, les faiblesses et les contraintes non financières pour jeter les bases d'une stratégie de développement de la Multisectorialité

Contribuer à l'ébauche d'une plateforme multisectorielle en faveur de la santé

3-Résultats attendus

Un rapport diagnostic des départements ministériels est disponible

Des propositions portant sur une plateforme multisectorielle sont élaborées

Un plan d'action en vue de la mise en œuvre de la multisectorialité est proposé

4- Approche méthodologique de l'étude

Le consultant a eu à proposer une démarche méthodologique qui a été présentée à la grande réunion des directeurs et qui a fait l'objet d'amendements après discussions. Il en sera de même des TDR de l'étude qui ont été modifiés : la version définitive des TDR et du PV de la rencontre sont en annexe du présent rapport.

Les deux (2) régions retenues sont celle de Kaffrine et de Saint Louis avec la visite et l'interview des principaux acteurs et au niveau de la région et au niveau d'un département au choix. Les critères de choix du comité pour Saint Louis se justifient dans la mesure où cette région a déjà été choisie comme test de la mise en œuvre de l'approche multisectorielle tandis que ce n'est pas le cas de la nouvelle région de Kaffrine.

Au niveau de ces 2 régions le consultant a interviewé environ une quarantaine de personnes au niveau régional, départemental et local.

Exploitation documentaire

Cette étape consistait à identifier et exploiter toute la documentation existante formulée par les partenaires clés, particulièrement l'OMS et par le MSAS. Cette

documentation concerne entre autres, les nombreuses Résolutions et Déclarations Internationales en matière de multisectorialité, les Politiques, Plans projets et programmes du MSAS et des autres secteurs de développement. Il y'a lieu de noter que ce projet de multisectorialité a déjà fait l'objet de nombreuses études au Sénégal.

Conception des outils, de recueil de données et supports d'interviews et des entretiens

Deux guides d'entretiens différenciés ont été conçus et utilisés dont l'un pour les décideurs politiques et l'autre pour les acteurs principaux de terrain avec aussi un support statistiques pour le recueil des données financières et des actions au niveau des autres ministères. Des entretiens ont ainsi permis de se fixer sur l'appréciation faite des uns et des autres sur l'activité inter et multisectorielle. Le support tableau devait permettre la collecte des données politiques et financières au sein des ministères. Les principaux acteurs identifiés sont les suivants :

La Primature

Les Corps constitués

Les directions et chefs de programmes

Les 30 départements ministériels

Les PTF

Les ONG ou assimilées

Les Collectivités Locales

Les services déconcentrés

Les Autorités administratives et sanitaires régionales et locales au niveau de Kaffrine et Saint Louis où 2 Départements dans chacune des 2 régions ont été visités.

Au niveau de la phase de terrain environ 40 agents des autres ministères, des collectivités, des autorités administratives et sanitaires et des populations ont été interviewés.

Au niveau central, les responsables du MSAS ont également été visités notamment certains chefs de programme, le SG et les directeurs nationaux.

Environ 20 départements ministériels ont été visités et des responsables principalement chargés des questions de politique et des programmes et projets ont aussi été interviewés avec une collecte de documents aussi. Des visites et interviews ont eu lieu avec des PTF travaillant traditionnellement avec le MSAS.

Il s'agissait aussi de mener des entretiens individuels avec les parties prenantes pour disposer aussi de la fonctionnalité des organes et des mécanismes de gestion de la multisectorialité.

Au niveau central le consultant a été appuyé par trois agents du MSAS compte tenu du temps limité et de l'importance des interviews à mener.

5- Limites de l'étude

-2 régions visitées sur 14 d'où la faiblesse de l'échantillon ce qui pose des problèmes de représentativité.

-Le nombre de structures à visiter notamment les ministères ainsi que les structures déconcentrées et des collectivités locales restent élevés avec une allocation de ressources financières limitée ainsi que le temps imparti. Tous les ministères visés n'ont pas répondu au questionnaire compte tenu de la période des visites.

-Le déroulement de l'étude durant la campagne électorale et le déménagement de la plupart des départements ministériels hors du building administratif ont perturbé nos activités avec des difficultés d'interviews et de collecte des données ou de réponses tardives et insuffisantes voire non disponibles.

Partie III : Lignes d'action, axes d'intervention et de collaboration inter et intra sectorielles et Partenariat

La collaboration intersectorielle dans le domaine de la santé a commencé en réalité avec la mise sur pied du CANAS en matière de nutrition et d'alimentation dans le cadre de l'élaboration des plans quadriennaux et quinquennaux de développement à travers les commissions sectorielles et horizontales du plan avec la participation des principaux acteurs. Il faut aussi remarquer que par la suite, vers les années 80 et celles suivantes, le MSAS a eu à signer aussi des conventions avec d'autres départements ministériels. Ce type de partenariat multisectoriel a en fait débuté avec l'avènement du ministère de la Famille et de la solidarité nationale vers les années 80 avec la délocalisation de la planification familiale vers ce Département ministériel au détriment de celui de la santé.

Ces types de conventions ont par la suite continué à être signés jusqu'en 2011 mais, à dire vrai, elles n'ont jamais connu une application concrète à cause surtout de leur caractère trop général ; tout juste pourrait il s'agir uniquement d'affecter quelque personnel sage femme ou infirmiers.

Néanmoins, cette préoccupation politique traduit bien la prise de conscience et la nécessité pour les ministres d'assurer une certaine collaboration multisectorielle afin de résoudre les problèmes de santé. Cette nécessité s'est toujours heurtée à une certaine réticence d'allouer conséquemment des ressources financières aux départements ministériels concernés.

1- Aspects politiques et domaines d'intervention des départements ministériels

L'examen de la situation des secteurs dans le cadre de la collaboration multisectorielle renvoie sur deux types de collaboration :

- Les secteurs ayant vocation à financer directement des actions de santé
- Les secteurs qui sont en fait des déterminants ayant un impact important dans la santé
- Le passage en revue des politiques dans les différents Départements ministériels va nous permettre de mettre en évidence l'importance de la multisectorialité et de la synergie qu'il doit y avoir entre ces ministères et celui de la santé.

I -1 : Les secteurs ayant vocation à financer directement des actions de santé

1- Ministère de l'Education Nationale

Le Ministère de l'Education nationale dispose d'une direction du contrôle médical scolaire (DCMS) et d'un réseau d'infrastructures sanitaires à travers les inspections médicales des écoles dont l'activité est à dominante préventive. 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.

Le programme EVF au niveau du secondaire occupe aussi une place de choix dans la préparation des jeunes et des adolescents à la vie familiale et à une vie sexuelle responsable.

La DCMS constitue un dispositif important en matière de santé pour le compte du MEN et est un partenaire de choix du MSAS compte tenu du rôle important que joue l'enfant dans la famille et de l'effectif important de la cible.

La DCMS dispose de ressources de l'Etat ainsi que de l'appui de certains PTF dans le domaine de la population de l'éducation à la vie familiale et sexuelle au niveau central et dans les écoles du secondaire.

Le MEN poursuit l'objectif sanitaire à savoir : Améliorer le cadre de vie au sein des écoles (existence de latrines, de cantines, d'eau potable, etc.). La DCMS fait également la promotion de la santé à travers le programme du Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la paludisme et la tuberculose.

On note souvent à ce niveau une juxtaposition des activités avec les départements ministériels mais il n'y a pas d'initiatives particulières et la collaboration avec les ministères n'est pas formalisée à l'exception d'un protocole d'accord avec le PNL. Dans les régions, il existe le comité de coordination et de suivi du PDEF. Pour le

MEN, la santé ne constitue pas encore une priorité à cause des contraintes du calendrier scolaire. En outre, elle ne dispose que d'un faible budget de fonctionnement de l'Etat soit 15 millions FCFA par an depuis fort longtemps avec une forte population cible qui ne cesse de s'accroître au fil des ans ce qui traduit bien que la couverture sanitaire des élèves ne constitue pas une priorité pour le MEN. Néanmoins, 4 à 5 programmes des PTF apportent un appui à la santé scolaire chaque année qui peut atteindre 200 à 300 millions.

En matière de multisectorialité, les efforts portent seulement sur la SR mais la coordination avec le MSAS présente de réelles faiblesses avec très peu de rencontres et d'échanges hormis la participation à la conception de la stratégie SRAJ.

Forces :

Ce Département dispose d'une Division du contrôle médical scolaire chargée de la coordination santé en milieu scolaire ce qui constitue un interlocuteur unique et privilégié pour le compte du MSAS avec une cible très importante et des opportunités importantes en santé

Les activités sont centrées sur la prévention et la SR

Il existe un protocole d'accord avec le PNLP

Apport important des PTF

Participe au programme SRAJ/MSAS

Faiblesses :

La DCMS dispose d'un faible budget de l'Etat depuis des années bien que sa cible reste très importante

Faible coordination avec le MSAS

Faible implication dans le PNDS

2- Le ministère des Forces Armées (MFA)

Le service de santé des armées constitue une partie importante de l'offre publique de santé. Il dispose sur tout le territoire national d'un hôpital public, d'Hôpital Militaire (HMO) et d'un réseau d'infirmes et centres médicaux de garnison à travers tout le pays. L'HMO est véritablement un hôpital de plateau technique équivalent aux hôpitaux régionaux qui offre ses prestations à 80% à la population civile environnementale. Le MFA assure également la co-tutelle de l'hôpital Principal. Il convient de noter que le MFA est l'un des départements ministériels qui intervient le plus dans le domaine de la santé. L'hôpital Principal est une structure importante dans le dispositif hospitalier national.

Le service de santé des Armées a principalement pour mission de veiller sur la santé du personnel militaire et de leur famille. Cependant, avec le concept d' « Armée-Nation », les activités des personnels de santé militaire concernent plus de 80% de la population civile des zones environnantes.

L'implication du service de santé des armées dans la mise en œuvre de la politique de santé est évidente pour plusieurs programmes : la vaccination, le planning familial, le PNT, les MST/SIDA et plus récemment le paludisme. Un accord formalisé a été établi avec le CNLS pour la mise en œuvre d'un programme MST/SIDA dans les armées. Un autre accord formel est en préparation pour le paludisme et il est question d'un protocole de collaboration entre les Forces Armées et le Ministère de la santé pour une meilleure implication des militaires dans l'action de santé publique.

Au demeurant, la Direction de la santé des armées travaille à une réorientation de l'action sanitaire des armées qui voudrait couvrir les besoins en spécialistes des hôpitaux régionaux et centres de santé de référence des régions périphériques en spécialistes médicaux.

Le service de santé de la gendarmerie a les mêmes missions que son homologue de l'armée, avec tout naturellement un effectif et des structures beaucoup plus limités.

Le personnel médical du service comprend des agents de profils divers : médecins, dentistes, médecins vétérinaires, TSO, sages-femmes, infirmiers brevetés, infirmiers vétérinaire, aides infirmiers et agents de soutien. Le centre médical principal de la gendarmerie situé à Dakar consacre environ 70% de ses activités aux populations civiles. En plus des activités de consultations, ils réalisent des examens de laboratoire dans les domaines de l'hématologie, de la biochimie, de la parasitologie, de la bactériologie etc.

Le service de santé de la gendarmerie participe à l'exécution de certains programmes de santé notamment le PEV, la SR (SMI/PF), la lutte contre le SIDA attente des statistiques sur ces différents programmes (directions des armées)

L'approvisionnement en MEG de toutes les structures sanitaires de l'Armée se fait par le biais de la PNA dans le cadre de l'IB. L'Armée met aussi à la disposition du MSP son personnel médical, paramédical et spécialisés à travers tout le territoire national. Dans le cadre de la lutte contre le VIH, la coordination est plus importante et est fort appréciable compte tenu des risques dans la troupe et des effectifs importants à ce niveau; en ce qui concerne le PNLP également, la coordination intersectorielle s'améliore de plus en plus et l'Armée est de plus en plus impliquée.

Forces

- Dispose d'un personnel qualifié important de santé
- Appuie le MSAS en personnel à tous les niveaux

- Dispose d'une offre de services de santé sur l'ensemble du territoire
- Partenariat privilégié avec le MSAS
- Existence de conventions avec le MSAS

Faiblesses :

- Faible coordination avec le MSAS
- Faiblesse dans la concertation
- Pas de partage des objectifs santé dans le cadre du PNDS

3- Le ministère de l'Environnement et du Développement durable

L'environnement est au cœur de la multisectorialité dans le sens où les questions de pollution impactent directement la santé de l'Homme et que la qualité de l'air, de l'eau, du cadre de vie influent sur l'équilibre de son milieu .L'environnement est donc un soutien clé et un grand déterminant de la santé. Ce département dispose d'un service de santé au niveau du corps paramilitaire des agents des Parcs Nationaux et qui a la même mission que celle des autres corps militaires ou paramilitaires; mais en réalité ses prestations concernent 95% la population générale. Il existe un centre médical avec un médecin et cinq postes médicaux tenus par des infirmiers.

L'effectif global du personnel est de 19 agents de l'Etat dont 01 médecin, 01 technicien supérieur, 01 sage-femme, 04 agents de santé contractuels payés sur les ressources de l'IB, 01 contractuel des parcs nationaux et 07 ASC stagiaires. Les ressources financières comprennent les crédits de l'Etat qui ont atteint 10.000.000Fcfca en 2005 alors qu'ils dépassaient à peine 2.000.000Fcfca les années précédentes, en plus des ressources de l'IB évaluées à environ 15.000.000F CFA par an. Au cours de l'année 2004, le service médical des parcs nationaux a réalisé un chiffre de 26.565 consultations dont des consultations de SR. Les structures sanitaires des parcs nationaux, qui sont très démunis en termes d'équipements et de locaux, travaillent en étroite collaboration avec les districts sanitaires. Elles participent ainsi à l'exécution de la plupart des programmes nationaux de santé.

Le Ministère de l'environnement est un ministère transversal qui gère des déterminants de la santé liés à l'environnement. Il a pour rôle d'identifier les facteurs environnementaux qui impactent négativement sur l'état de santé des populations et de prendre des dispositions adéquates pour les combattre. Il a pour mission principale de faire la promotion de la santé à travers la lutte contre la pollution de l'air, de l'eau en somme de la protection de l'environnement.

Selon l’OMS, l’environnement est la clé d’une meilleure santé car il 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 :

Les eaux de pluie stagnantes ;

La pollution marine ;

Les Canaux à ciel ouvert et ou mal assainis

La Pollution atmosphérique et marine

Les décharges d’ordures et les tas d’immondices dans les villes et les villages

Les déchets industriels

Le péril fécal

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. La notion de veille environnementale, de surveillance de la qualité de l’air et des eaux doit être un impératif permanent.

Au plan de l’approche multisectorielle, le ministère chargé de l’environnement ne partage pas ses activités avec le MSAS : il n’y aurait même pas de contact ou de réunions d’après le résultat des interviews au niveau de ce ministère. Il en est de même avec le ministère chargé de l’agriculture et ce malgré la nécessité de la gestion des pesticides et autres intrants. Le Processus de mise en œuvre de la multisectorialité dans le secteur de l’environnement a commencé par la mise en place d’un conseil supérieur de l’environnement (CONSERE) depuis plus de 10 ans afin de permettre aux ministères d’intégrer le développement durable. Ledit Conseil était présidé par la Primature et le ministère de l’environnement assurait le secrétariat. Le CONSERE n’a plus d’existence. Un autre programme de lutte contre les pollutions, les nuisances et le contrôle des établissements classés a été mis en place pour l’amélioration de l’environnement mais la coordination avec le MSAS demeure problématique. Il y’a aussi un problème de planification réel entre les 2 secteurs ainsi qu’un problème de visibilité des actions de santé. Le département de la santé et l’environnement doivent ainsi dégager des indicateurs communs d’impact car les 2 secteurs visent la santé de l’Homme.

Le MSAS se devait d’entretenir des relations en amont et en aval avec le Ministère en charge de l’environnement dans les politiques de protection de l’environnement comme le stipule la Loi 2001/03 du 15 février 2001 portant code de l’environnement.

Il existe six comités intersectoriels visant le renforcement du partenariat entre le MSAS et le ministère en charge de l’Environnement. Il s’agit :

- du Comité supérieur de l'environnement
- du Comité de formulation et de suivi de la politique environnementale (CSPE)
- de la revue sectorielle où les préoccupations des autres services sont prises en compte à ce niveau

Un vaste programme de lutte contre les pollutions, nuisances et les effets néfastes des changements climatiques a été mis en œuvre au niveau du ministère en charge de l'environnement. Ce programme a pour objectif de protéger l'environnement et les populations contre les pollutions et les nuisances. Ce programme visait à réduire les émissions de produits polluants, à faire connaître aux populations les risques liés à la pollution, à la nuisance et les textes sur l'environnement etc.

Dans la mise en œuvre du programme plusieurs activités ont été menées dont :

Le contrôle des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) ;

Exécution et suivi des plans de gestion environnementale et sociale ;

Suivi de la qualité de l'air et des eaux ;

Informations et sensibilisation ;

Le coût global du programme est évalué à 956 000 000 FCFA en 2013 les dépenses exécutées sont 750 000 000 FCFA soit un taux d'exécution de 79%.

Il faut toutefois noter que les activités menées au ministère de l'environnement ne tiennent pas compte des priorités du Ministère de la santé et de l'Action Sociale.

Le MSAS n'est pas impliqué dans les différents cadres et à la conception des politique du secteur. Les interventions du ministère ne sont pas discutées avec le MSAS et ne tiennent pas compte des priorités sanitaires. Le minimum de coordination et d'actions se mènent seulement sous la coordination du Service national de l'Hygiène mais sans les autres directions techniques du MSAS.

La préoccupation du ministère de l'environnement est d'amener les autres secteurs à intégrer dans leur budget une composante liée à l'environnement et orienter des ressources dans la gestion des déterminants de la santé qui constituent une priorité du ministère.

Domaines d'intervention

- Gestion des déchets (domestiques solides)
- Adaptation et Atténuation des changements climatique
- Pollution (gestion de la qualité de l'air et des Eaux)
- Biodiversité (gestion de l'équilibre des écosystèmes)
- Gestion des Forêts
- Gestion du couvert végétal
- Gestion des nuisances (bruits)

- Dépenses de Santé
- Gestion durable des terres

Forces

- mise en place d'organes de concertations et de comités intersectoriels : CONSERE, CSE, CSPE, Revues

Faiblesses

- CONCERE supprimé
- peu de partage des interventions avec le MSAS
- problèmes de coordination
- MSAS peu impliqué dans les cadres de concertation mis en place
- Faiblesse dans la planification et la concertation
- Pas de partage des objectifs santé dans le cadre du PNDS

4- 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. 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 en 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 (PPJ) ; 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"
- 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 jeune en contribuant à une augmentation notable de leur productivité et de leur éducation scolaire, voire de leur formation.

Le Ministère de la jeunesse est déjà un acteur important dans la mise en œuvre de certains programmes de santé, notamment la SR et la lutte contre le VIH/Sida pour les adolescents. Le Fonds National de Promotion des Jeunes, une structure de financement des jeunes mise en place par les autorités nationales, inscrit dans son

action autant la promotion des activités génératrices de revenus que celles relatives à la promotion sanitaire et sociale des jeunes. Ce ministère bénéficie de programmes d'information et de sensibilisation des jeunes en matière d'éducation à la vie familiale et de prévention contre les fléaux (prostitution, drogue, IST/SIDA, avortement clandestin etc...). A partir de 1996, l'appui du FNUAP se structurait autour de la mise en place des centres conseil des adolescents. De 02 en 1998, le nombre de centres est passé à 13 aujourd'hui. Au plan des investissements, le programme dispose de 13 centres équipés Les ressources financières dégagées par l'Etat sont constituées par une contrepartie de 50.000.000F CFA par an sans compter l'apport d'autres PTF importants (Luxembourg par exemple)

En outre, quelques uns de ses programmes interviennent souvent dans le domaine de la santé, il s'agit :

- Du projet d'accélération de l'accès universel au service de prévention et de traitement de soins dont l'objectif principal consiste à lutter contre le VIH-SIDA en milieu jeune
- Du 7ème Programme UNFPA ETAT du Sénégal Produit 3SN7U203 dont l'objectif est d'assurer la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes dans les zones de projet de l'UNFPA
- Du Programme CLICK INFO ADO avec l'accompagnement d'Intra-Health qui intervient spécifiquement dans la santé des jeunes en matière de santé de la reproduction à travers les technologies de l'information et de la communication (TIC) au sud du Sénégal.
- Du Partenariat PPJ-RAES (Projet de promotion des jeunes avec le réseau africain de l'éducation pour la santé dont l'objectif principal est de former les jeunes à la conception et à la diffusion des émissions radio sur la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes

La collaboration intersectorielle fonctionne assez bien avec le MSAS à travers le programme SRAJ en liaison étroite avec la DSRSE où une des Divisions a en charge la santé des jeunes et des adolescents depuis l'érection de cette direction dans le cadre de la réorganisation du MSAS de 2012.

Le ministère de la jeunesse utilise également un cadre multisectoriel dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA avec les jeunes. Il dispose même de cadres de partenariat à travers des conventions signées avec le CNLS et le ministère de la santé et de l'action sociale.

Dans le cadre de ce partenariat, ce département à comme besoins pour la mise en œuvre de ses activités de santé :

- La disponibilité de techniciens du ministère de la santé
- Le recrutement de techniciens chargés de la prise en charge des cas VIH chez les jeunes
- Un appui pour la prévention des IST

Dans le cadre de la planification de leurs activités, le ministère en charge de la jeunesse travaille plus avec le CNLS et la SR dans le cadre du SRAJ. Par contre dans leurs interventions en matière de santé en général, le ministère de la santé et

de l'action sociale est bien impliqué. Ces instances de coordination avec le ministère de la santé sont matérialisées à travers des réunions.

En ce qui concerne le plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources supplémentaires pour la promotion de la santé, le ministère en charge de la jeunesse préconise la mise en place d'une commission sur les produits nuisibles à la santé comme l'alcool et le tabac tout en augmentant de façon conséquente le budget alloué à la santé.

Forces

- Existence de conventions avec MSAS
- Dispose de budget du CNLS
- Programme commun SRAJ avec le MSAS
- Planification commune dans le cadre du CNLS et du SRAJ
- Promotion de la SR chez les jeunes

Faiblesses :

- Budget Etat inexistant pour les structures des jeunes
- Faible implication des jeunes sur la promotion de la santé et certains programmes spécifiques : tabac, alcool
- Dispositif multisectoriel mis en place faible
- Faiblesse dans la planification et la concertation
- Pas de partage des objectifs santé dans le cadre du PNDS

5- Ministère chargé des Collectivités Locales et de la Décentralisation

De toutes les compétences transférées, la santé est effectivement une qui pose encore aujourd'hui le plus de difficultés pour sa mise en œuvre. Les régions, communes et communautés rurales ont hérité d'attributions dans le domaine de la santé qui nécessitent des moyens financiers conséquents. Elles doivent d'une part construire, entretenir, équiper, gérer les infrastructures (hôpitaux, centres de santé, postes de santé, cases de santé, les centres de promotion et de réinsertion sociale) d'autre part organiser et de gérer les 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 sanitaires (le district regroupe une commune, et plusieurs communautés rurales) ne correspondant pas à l'organisation territoriale des collectivités locales. L'ensemble des infrastructures sanitaires sont pratiquement sous administration des Collectivités Locales à l'exception de celles dites nationales auxquelles elles participent dans les conseils d'administration tout au moins.

Ce département ministériel a toujours exercé la tutelle de projets importants. Par ailleurs, l'Agence de Développement Municipal (ADM), impulsée par les Communes, a pour objectif d'appuyer la politique de décentralisation de l'Etat en aidant à la réalisation des Postes et des Centres de santé à travers les PAC 1, 2 et 3.

L'intervention de l'ADM est conditionnée à la signature d'un contrat de ville entre l'ADM et les communes éligibles. La DCL dispose aussi de sources de financement importantes dans le cadre du budget de l'Etat et les fonds sont destinés aux Collectivités Locales.

L'action multisectorielle entre le MSAS et le ministère chargé des Collectivités Locales est une vieille tradition depuis l'avènement du PDIS jusqu'à maintenant et c'est ainsi que les 3 Associations participent toujours activement à la résolution des différents problèmes nés de la décentralisation et de la régionalisation. Il s'agit donc d'un partenariat effectif en grande partie formalisé dans les textes qui régissent la décentralisation avec le transfert de la compétence santé.

Forces

- Concertations continues avec le MSAS depuis l'avènement du PNDS

Faiblesses

- Problèmes d'information et de sensibilisation continue des élus locaux

6- Le Ministère de l'Intérieur

Deux institutions de ce département ministériel disposent de services de santé :

Le Brigade Nationale des Sapeurs Pompiers (BNSP) et Le Service de santé de la police.

Le service santé de la BNSP a pour vocation de suivre l'état de santé du personnel militaire du BNSP et leur famille en plus de la mission opérationnelle consistant à l'organisation du secours-sauvetage des blessés et des malades (80% des activités du service). Ce dernier volet représente la mission d'aide médicale d'urgence du BSP. Ce service médical est une division de l'Etat major du BNSP. Il supervise les centres médicaux des quatre sous-groupements régionaux de Dakar, Thiès, Kaolack et Ziguinchor qui sont pour l'essentiel des infirmeries médicalisées. Les services médicaux disposent également d'un budget très minime de l'ordre de 5.000.000Fcf mais ils appliquent l'initiative de Bamako (avec la vente de médicaments) pour renforcer leur opérationnalité.

Les services médicaux des BNSP réalisent en moyenne 5.000 consultations par an, en plus d'offrir une couverture médicale pour les conférences internationales organisées à Dakar et les cortèges officiels. En outre ils participent aux campagnes de vaccination.

De par sa mission, le service de santé du BNSP revendique la première position pour la coordination du dispositif national de prise en charge de l'aide médicale d'urgence. Il a largement contribué à l'élaboration des textes récemment adoptés par le gouvernement sur cette question. Une certaine coordination existe avec le SAMU national.

Le médecin responsable des services de santé de la police est chargé de superviser deux centres médicaux et six postes médicaux. Sa mission consiste à veiller sur la santé du personnel de la police et leur famille. Leurs services disposent de deux médecins, sept sages femmes et une quarantaine d'infirmiers. Les deux centres médicaux disposent chacun de cinq lits d'hospitalisation de jour et trois cabines de deux lits chacune.

Les activités de consultation concernent de 60 à 70% la population civile autour des camps. Chacun des centres médicaux compte près de 1.000 consultations par mois. L'initiative de Bamako est appliquée dans les structures, permettant de mobiliser une vingtaine de millions par an, largement au dessus des 12.000.000Fcfa de crédit qui étaient alloués au service.

Les centres médicaux de la police travaillent beaucoup en synergie avec les districts sanitaires dans lesquels ils sont situés, participant ainsi à l'exécution des programmes suivants : lutte contre le SIDA, paludisme, santé de la reproduction (SMI/PF), PEV et le SAMU national.

Le ministère de l'intérieur utilise une approche multisectorielle dans le cadre de ses interventions. En effet, dans le cadre de la stratégie nationale de gestion des frontières dont il a en charge, plusieurs autres secteurs sont conviés. Il s'agit des secteurs de l'environnement à travers la direction des eaux et forêts et des parcs nationaux, des finances avec les services des douanes, la santé et l'élevage. Sur le plan global, cette approche a été satisfaisante puisqu'elle a permis de mutualiser les compétences, les moyens financiers et les ressources humaines. Cependant, il convient de noter les quelques difficultés pour cette approche souvent liées à des conflits d'agents ou d'intérêts.

Plusieurs étapes ont été franchies pour la mise en œuvre d'une approche multisectorielle au sein du ministère de l'intérieur, il s'agit entre autres :

Du diagnostic de l'action : voir les tenants et les aboutissants ainsi que les acteurs impliqués pour la résolution des problèmes identifiés

Etablissement des correspondances (lettres d'invitation, etc.), réunions et ateliers de partage sur la question

Aboutissement de consensus sur les points les plus importants

Au plan législatif, il existe un arrêté relatif à la question des frontières. Cet arrêté précise les acteurs impliqués et les rôles du comité créé à cet effet et présidé par le premier ministre.

Les acteurs du ministère de l'intérieur préconisent un décret avec un document en annexe qui précise les objectifs de chaque secteur concerné, les rôles des autres secteurs au profit du secteur considéré (ministère de l'intérieur) et les chefs de file pour chaque question spécifique.

Au plan institutionnel, un comité de pilotage et un comité technique sont mis en place pour la gestion de la question liée aux frontières. Le comité de pilotage se réunit tous les six mois alors que le comité technique se réunit tous les trimestres.

Domaines d'intervention

- existence du comité de lutte contre les drogues
- participation à l'offre de service de soins à travers les services de santé de la police et de la brigade nationale des sapeurs pompiers
- lutte contre la violence (prévention des traumatismes)
- Mission d'aide médicale d'urgence de la BNSP
- Prise en charge des malades mentaux
- Agrément des ONG
- Sécurité sanitaire transfrontalière
- Brigade des mœurs (Lutte contre la prostitution clandestine)
- gestion transfrontalière et corridors de sécurité sanitaire
- Cérémonies religieuses
- Aide médicale d'urgence
- Brigade des mœurs (lutte contre la prostitution clandestine)

Forces

- Apporte un appui important au SAMU
- Appui à l'offre de santé publique
- Participe à la planification et à la mise en œuvre du programme
- Dispose d'un budget VIH/SIDA
- Approche multisectorielle dans la gestion des frontières avec au moins 6 départements ministériels

Faiblesses :

- Faiblesse dans la planification et la concertation
- Pas de partage des objectifs santé dans le cadre du PNDS

7- Le Ministère de la Justice

Le Ministère de la Justice gère également des aspects liés à la santé à travers des structures comme le service de santé de l'Administration pénitentiaire dont la mission principale est de veiller sur la santé des détenus, et secondairement sur la santé du personnel de l'administration pénitentiaire et de leur famille. Le service comporte un centre médico-social et des infirmeries au niveau de chacune des maisons d'arrêt réparties sur tout le territoire national. Il dispose également d'un centre d'hospitalisation d'environ de 50 lits situé à l'intérieur de l'hôpital Aristide Le Dantec.

Egalement au sein du ministère de la Justice, il existe une direction de l'éducation surveillée et de la protection sociale créée par décret depuis 1977. Cette division est chargée de l'ensemble des questions intéressant la protection, la rééducation et la réinsertion des enfants et jeunes de 0 à 25 ans en danger ou en conflits avec la loi. A ce titre, cette direction fait régulièrement des appuis en médicaments à l'infirmerie qui

est créée au profit de ces jeunes exposés. Il est à souligner qu'il existe une ligne budgétaire qui permet de prendre en charge l'alimentation et la santé des mineurs confiés par le juge.

Pour la prise en charge de la cible enfants en situation de vulnérabilité, il existe une collaboration multisectorielle qui regroupe l'ensemble des acteurs qui concourent à cette prise en charge. Cependant, celle-ci souffre de certaines difficultés liées à la question de leadership pour le portage et qui sont aussi à l'origine de son blocage.

Forces

- Dispose d'une offre de services de santé
- Existence d'une collaboration multisectorielle dans le cadre de la prise en charge de la cible enfant en situation de vulnérabilité

Faiblesses

- Faible fonctionnalité de l'approche multisectorielle
- Faible coordination

8- Le ministère de l'Economie des Finances et du Plan (MEFP)

Le MEFP dispose de structures de santé au niveau de la douane qui offre des consultations aux populations et au personnel et à leurs familles.

Outre ces activités, le MEFP dispose des arbitrages budgétaires en faveur des secteurs dont la santé.

Domaines d'intervention

- Rémunération des employés de la Santé
- Financement de la CMU
- Financement de projets et programmes de la Santé
- Budget de fonctionnement et d'investissement du MSAS
- Centre médico-social de Santé de la DGD (Direction Générale des Douanes)
- Prospection de financements dans le Secteur de la Santé
- Fonds prévus pour les plans d'urgence
- Hospitalisations et charges de consultation pour les agents de l'Etat et leurs familles

9- Ministère du Travail

Le ministère en charge du Travail revêt une importance capitale dans le cadre de l'offre de santé et de la protection de la santé des travailleurs.

Domaines d'intervention liés à la santé

- prise en charge de la couverture maladie des travailleurs et des membres de leurs familles à travers les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM)
- Prévention des risques professionnels dans le cadre de la Sécurité et de la Santé au travail (SST)
- programme de lutte contre le VIH et sida en milieu de travail
- programme de protection de la maternité en milieu de travail dans le cadre de la C183 de l'OIT
- participation à l'offre de soins à travers les missions et actions sanitaires et sociales de la CSS et de l'IPRES

10-Ministère de la Fonction Publique

Domaines d'intervention

- participation à l'offre de soins aux agents de l'Etat et des membres de leurs familles à travers le centre médico-social des fonctionnaires
- programme de prévention contre toute maladie pouvant affecter la santé des fonctionnaires
- Mutuelle de la Fonction Publique

11- Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

Prise en charge

- Services de santé dans toutes les universités
- Laboratoires d'analyse de biologie médicale
- Polyclinique à l'UCAD (Prise en charge des agents du ministère et leurs familles. La Structure est financée par la coopération Turque)
- Télémédecine au CHU FANN
- COUD/CROUS

Formation universitaire et Post universitaire

- Universités
- IPDSR

Recherche

- Ecole doctorale Sciences et vies (cadre de la recherche pour plus de cohérence)
- Direction de la Recherche au MSAS
- ISED (recherche en santé publique)

Exemples de projets à impact sur la santé

- Projet de cuiseurs solaires
- Projet huile de palme

Financement

- Ministère en charge de l'Enseignement supérieur
- Turquie (policlinique)

I-2 : Les Départements ministériels ayant un impact important dans la santé

1- Ministère de la femme, de la famille et de l'Enfance

Ce Département qui a 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. Il participe également à l'équité du genre dans le cadre de la stratégie nationale(SNEG) et de la lutte contre les mutilations génitales féminines. Ce département intervient dans des projets comme :

- Le Plan d'action de lutte contre le sida dont l'objectif principal est de contribuer à la réduction de l'infection du VIH chez les femmes. En effet, durant la période 2012-2013, ce plan a permis de sensibiliser 16 056 personnes sur la prévention VIH Genre/VIH, PTME, les violences sexuelles, Ce plan a également permis la prise en charge de 140 516 personnes sur le VIH sans compter le suivi de 421 femmes enceintes au niveau communautaire. Parmi ses perspectives figurent, la consolidation des acquis, une meilleure contribution de la prise en compte du genre dans la riposte contre le VIH, le renforcement du statut socio économique des femmes et enfants porteurs du virus.
- Le Plan de lutte contre l'excision avec l'appui financier de l'UNFPA et de l'UNICEF
- Le plan d'appui aux femmes porteuses de fistules obstétricales avec l'appui financier du centre genre de la CEDEAO

Ce département préconise également une approche multisectorielle dans ses différentes interventions.

En effet dans le cadre de l'exécution, il est mis en place un comité interne où sont représentés toutes les structures, les Fonds et autres projets du Ministère. Sont également membres de ce comité des femmes leaders d'organisations féminines et d'autres partenaires stratégiques. Ce type de comité existe au niveau central et décentralisé (régions, départements),

Au plan institutionnel, il existe un arrêté ministériel impliquant l'ensemble des acteurs concernés et le processus de cette approche est globalement satisfaisant puisque permettant de travailler en synergie avec l'ensemble des secteurs concernés. Cependant, quelques contraintes subsistent et sont liées à des cloisonnements des services de certains secteurs concernés, à l'absence d'un budget de fonctionnement,

aux exigences procédurières de certains bailleurs, à l'instabilité institutionnelle de certaines directions ou services impliqués.

Par rapport au processus de mise en œuvre de cette approche, il faut noter qu'après la création et l'installation du comité, chaque membre du comité veille à la prise en compte de la question du VIH dans les activités de sa structure d'origine. Les membres participent à l'élaboration des plans opérationnels au suivi/supervision des activités et à l'organisation d'événements-phare. Des réunions périodiques du comité se tiennent sous la présidence du Secrétaire Général.

La planification des activités de santé se fait avec le MSAS mais seulement dans le cadre de la lutte contre le VIH même si le ministère en charge de la santé n'est pas convié dans ses instances de coordination fonctionnelles et régulières au cours desquelles le ministère de la famille travaille plutôt avec le CNLS). Il faut quand même souligner la nomination d'un point focal genre dans chaque Département ministériel.

Pour un plaidoyer fort en faveur de la mobilisation de ressources supplémentaires pour la promotion de santé, les techniciens du département souhaitent au préalable l'existence d'une forte volonté de collaboration entre le ministère de la santé et celui de la famille, à travers la réactualisation du protocole d'entente et de partenariat qui existe déjà. Ensuite il va falloir rendre opérationnelles des lignes d'action visant la promotion de la santé de la mère et de l'enfant, inscrites dans un plan intégré.

Le département ministériel disposait de 3 projets importants dans un passé récent : l'Agence du Fonds de Développement Social (AFDS) qui a eu à faire de nombreuses réalisations socio sanitaires et qui a pris fin il y a quelques années. Le Programme d'Appui à la Réduction de la Pauvreté (PAREP) et enfin du Projet de Lutte Contre le Pauvreté (PLCP). Ces projets mènent des actions en matière de lutte contre le VIH/SIDA par la formation des élus locaux et le soutien aux personnes vivant avec le VIH, la construction et l'équipement de cases de santé et sont coordonnées par la coordination des projets du même ministère avec un appui important du Grand Duché du Luxembourg et du FNUAP. Le montant global des ressources mobilisées pour ces actions s'élève en 2004 à près de 2,9 millions US\$. Le gouvernement a également organisé l'effort de prise en charge collective du bien-être de la famille et des communautés sénégalaises, tout en dégagant des ressources publiques pour matérialiser la solidarité nationale.

Forces

- Importantes activités santé (IEC) développées : VIH/Violences, genre, excision, fistules etc .
- Approche multisectorielle préconisée dans le cadre d'un comité interne au niveau central et décentralisé avec la participation de nombreux secteurs
- Participation à la planification du PSN et à sa mise en œuvre ainsi qu'aux PTA
- Existence d'un protocole d'entente avec le MSAS

Faiblesses

- Inexistence d'un budget de fonctionnement pour le comité multisectoriel d'où des difficultés de fonctionnement
- Pas de participation à la planification sectorielle santé
- Problèmes de mise en œuvre du protocole d'entente

2- Le ministère de l'Hydraulique et de l' Assainissement

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. Dans le cadre du PNDS, la promotion de l'hygiène constitue une des orientations majeures du Gouvernement du Sénégal. Les facteurs liés à l'hygiène et aux comportements à risques déterminent 80% des pathologies au Sénégal et nombreuses ont été les études et recherches qui ont montré que, dans les pays aujourd'hui dits développés, l'élévation du niveau de santé est due essentiellement aux relèvements des défis en matière d'hygiène et d'assainissement et non à l'amélioration du système de santé. Les aménagements hydrauliques sont souvent sources de maladies hydriques, et notamment du paludisme et de la bilharziose (ou schistosomiase). Les objectifs que l'on peut retenir dans le cadre de la politique hydraulique sont les suivants :

- Accroître la disponibilité en eau potable par la construction de puits et forages ;
- Participer à la sensibilisation des populations sur les dangers liés à la consommation d'eau non potable

La nouvelle approche sur la multisectorialité réside dans la gestion des 4 secteurs suivants : Eau, Agriculture, Elevage et Biodiversité avec une gestion intégrée des ressources mais, malheureusement, le secteur de la santé est exclu de cette approche. Il en est de même au niveau du PAGIRE (Plan d'action de la gestion intégrée des ressources en eau) avec des comités techniques, mais la santé n'est pas incluse dans lesdits comités. Au niveau du PEPAM non plus, le partenariat santé n'existe pas, bien que les domaines de compétences soient voisins, notamment la qualité de l'eau, la construction de latrines et de puisards etc. Les résultats des interviews ont montré de faibles relations de travail et de coordination avec le MSAS bien que les domaines soient étroitement liés.

Domaines d'intervention

Production d'eau Potable en milieu urbain et rural lutte contre les maladies diarrhéiques

- ✓ GIRE gestion intégrée des ressources en eau
- ✓ Gestion des forages et des SAEP
- ✓ Gestion de la qualité : déférisation et Unité de potabilisation (UTP) plus transferts, laboratoire contrôle de la qualité
- ✓ suivi des nappes
- ✓ assainissement
- ✓ gestion des eaux usées
- ✓ gestion des eaux pluviales
- ✓ développement de l'assainissement en milieu rurale, lutte contre le péril fécal
- ✓ mise en place de dispositifs autour des puits et latrines, lutte contre les eaux stagnantes

Forces

- Approche multisectorielle pour les secteurs hydrauliques, agricultures, élevage et biodiversité dans le cadre de l'intégration des ressources
- Mise en place du PAGIRE à vocation multisectorielle
- Existence du PEPAM avec des objectifs pour le millenium dans le cadre des OMD

Faiblesses

- Le secteur de la santé est exclu de ces organes créés
- Faible coordination et concertations avec le MSAS
- Pas de planification commune avec le MSAS

3- 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 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. La politique agricole a, entre autres comme objectifs sanitaires, d'adopter une politique permettant aux populations d'atteindre l'autosuffisance alimentaire et de produire des cultures diverses et variées permettant un équilibre dans l'alimentation,

de sensibiliser les producteurs sur l'utilisation et les effets des pesticides sur la santé ;

Un arrêté interministériel a été signé mettant en place le Programme National d'Investissement Agricole (PNIA) dans le cadre d'une approche multisectorielle. Ce programme est composé de différents départements ministériels tel que : le ministère du développement rural, de l'Agriculture, de l'élevage et de l'environnement. Des cadres d'échange et d'harmonisation existent aussi avec le ministère de l'Economie et des Finances ; il en est de même du cadre d'échange d'investissement stratégique en matière de gestion des terres (GDT). Il y'a lieu de noter cependant le fait que l'agriculture travaille avec le PAM dans le cadre des enquêtes nutritionnelles sans une implication de la DANSE ; c'est pour dire que la collaboration multisectorielle bien qu'essentielle entre les 2 secteurs est pratiquement inexistante.

Domaines d'intervention

- Amélioration de la production agricole (Lutte contre les maladies nutritionnelles)
- Atteinte de l'autosuffisance alimentaire
- Sécurité alimentaire
- Gestion de l'utilisation des pesticides
- Gestion des terres et des sols

Forces

- Existence de cadres d'échanges dans le cadre du PNIA mis en place avec une approche multisectorielle (MDR, Agriculture, Elevage, Environnement)

Faiblesses

- Peu de relations de travail avec le MSAS bien que les problèmes de pesticides et de malnutrition soient préoccupants

4- Ministère de l'élevage

Le département 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 et des anthroozoonoses. 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 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. Il existe un cadre de concertation sur les zoonoses mais qui est peu fonctionnel et sporadique (fièvre de la vallée du rift, élevage aviaire). Il faudrait adopter les termes « One world, One health » ou alors « Préserver le site des hommes » qui sont les

slogans les plus importants dans les différents secteurs à l'image du ministère de l'élevage : l'exemple de la rage est assez identifiant à ce niveau. Au niveau de l'élevage, l'approche multisectorielle est devenue une préoccupation majeure voire une nécessité. A ce titre on a noté plusieurs organisations dans ce sens :

OIE

OMSA à l'OMS

CONAGA (comité national de prévention de la lutte aviaire

L'Approche multisectorielle a été mise en œuvre dans la lutte contre la grippe aviaire. Un comité multisectoriel a été mis sur place par arrêté Comité National de Lutte contre la Grippe Aviaire. Ce comité est composé du ministère de la santé, de l'élevage, de l'agriculture, de l'institut pasteur, des parcs nationaux, de l'école de vétérinaire. Malgré l'existence de ce comité multisectoriel, ces différents acteurs ne se réunissent que pour résoudre des problèmes ponctuels. Le ministère de l'élevage ne dispose que d'un seul comité intersectoriel qui est la CONAGA 1 et 2 qui lutte contre la grippe aviaire et qui a pu bénéficier d'un appui de 600 000\$US de SPINA-AH qui est un programme de l'union africaine.

Des résultats encourageants ont été enregistrés surtout avec la lutte contre la rage et la grippe aviaire qui a nécessité une intervention de différents acteurs pour venir à bout de ces problèmes.

Des contraintes ont été notées lors de la mise en œuvre il s'agit de :

- La mobilisation des ressources ;
- Un manque d'ancrage institutionnel
- Une absence de plan d'action

L'approche multisectorielle est jugée très pertinente pour la résolution des problèmes dans le secteur. Concernant la ligne budgétaire qui prend en compte les autres secteurs, le ministère de l'élevage n'en dispose pas spécifiquement malgré l'existence du programme de renforcement de la protection zoo sanitaire pour accompagner les campagnes de vaccination et de lutte contre les maladies.

Il faut toutefois noter que le ministère de l'élevage n'implique pas le MSAS dans la planification et la conception de politique dans son domaine d'intervention. Il n'existe pas d'instance de coordination fonctionnelle et régulière avec le MSAS. Peu d'effort de rapprochement sont faits par le MSAS également pour résoudre en commun les différents problèmes de santé.

L'adoption d'un modèle de multisectorialité est indispensable pour promouvoir la croissance et le développement car pour être productif il faut être en bonne santé.

Le ministère de l'élevage a développé dans le cadre de sa mission des projets/programmes qui impactent sur les déterminants de la santé dans un but notamment de contribuer à la sécurité alimentaire, à la réduction de la pauvreté au niveau des populations cibles et au renforcement de la protection zoo sanitaire, de connaître le profil épidémiologique du pays en matière de santé animale et des zoonoses, de connaître le profil épidémiologique de la FVR et la circulation du virus, de contrôler les populations des chiens errants et de réduire la prévalence de la rage, d'immuniser le cheptel contre les maladies ciblées par la campagne de

vaccination d'assurer un meilleur contrôle des denrées alimentaires d'origine animale et de promouvoir l'élevage intensif afin d'atteindre l'autosuffisance alimentaire.

Forces

- Cadres de concertations sur les zoonoses existent
- Existence de comités : OIE, OMSA et CONAGA dans le cadre multisectoriel
- Existence de cadres multisectoriels dans le cadre de la lutte contre la grippe aviaire, la rage avec des secteurs que sont : l'agriculture, l'environnement et la santé

Faiblesses

- les cadres de concertation sont peu fonctionnels
- il existe des problèmes de mobilisation des ressources financières
- pas de plan d'action
- Pas d'implication dans la planification

5- Ministère de la Pêche

Ce département, tout comme celui de l'agriculture joue est un déterminant important de santé compte tenu de l'apport nutritionnel et alimentaire et du fait aussi qu'il s'agit d'un secteur clé de développement du pays.

Domaines d'intervention

- Pêche artisanale (programme pour la sécurité de la pêche artisanale)
- Pêche industrielle (Suivi des marins)
- Transformation des produits artisanaux de la pêche (sécuriser les sites de transformations et amélioration des conditions de travail)
- Introduction de nouvelles technologies dans la transformation des produits artisanaux de la pêche
- Aspects nutritionnels du poisson
- Activités à haut risques sanitaires des travailleurs (utilisation des produits chimiques, environnement du travail)

6- Ministère du Renouveau Urbain, de l'Habitat et du Cadre de Vie

Depuis un certain temps, la pluviométrie a connu une hausse au Sénégal provoquant ainsi des inondations dans certaines parties du pays. Ces inondations ne sont pas sans conséquences sur la santé des populations car les eaux stagnantes constituent un milieu favorable pour le développement larvaire et pose des problèmes d'hygiène. Au Sénégal, les facteurs liés aux comportements à risques déterminent 80% des pathologies. C'est pourquoi le ministère de la restructuration

et l'aménagement des zones d'inondation met en œuvre des activités préventives et de promotion de la santé pour lutter contre les maladies hydriques et transmissibles. Ce département ministériel a entrepris une démarche multisectorielle pour résoudre les problèmes liés aux inondations. Cette approche multisectorielle se matérialise par l'envoi de correspondances de partenariat à plusieurs départements ministériels dont le MSAS. Ce département ministériel travaille en étroite collaboration avec le SNEIPS surtout en période hivernale en organisant des causeries et des rencontres d'information et d'éducation sur la santé.

Dans le cadre de sa mission, le ministère de la restructuration et l'aménagement des zones d'inondation travaille avec le ministère de l'intérieur à travers les sapeurs-pompiers (BNSP), le ministère de l'énergie, le ministère de l'hydraulique et l'agence de développement municipale (ADM). Cette synergie d'action dans les interventions a permis de produire des résultats très satisfaisants dans la lutte contre les inondations.

Il existe au sein du département un programme décennal de lutte contre les inondations qui a permis une amélioration des indicateurs dans certaines localités du pays. Néanmoins, une contrainte majeure a été notée relative à la lenteur dans les procédures de mobilisation des ressources.

L'approche multisectorielle est très pertinente, car elle a contribué à l'atteinte des objectifs à travers une meilleure coordination des interventions sur le terrain.

En ce qui concerne le cadre législatif il faut mettre en place comité national multisectoriel à travers un arrêté interministériel regroupant les départements ministériels qui gèrent des déterminants de la santé.

Le processus de mise en place de cette approche multisectorielle du département a commencé par la mise en place du comité national de gestion des inondations (CNGI) qui a été créé par arrêté pour lutter efficacement contre les inondations et ses conséquents dans la santé des populations. Des lignes budgétaires qui prennent en compte les activités des autres ministères existent:

- Gestion des sinistrés en liaison avec le ministère de l'intérieur ;
- Gestion des bassins de rétention en étroite collaboration avec le ministère de l'hydraulique et le ministère de l'environnement ;
- Gestion des ordures ;

La planification et la programmation sectorielles ne sont pas discutées avec le MSAS, mais, dans la mise en œuvre, le MSAS est impliqué surtout dans la conception des

outils de communication avec le SNEIPS. Il faut toutefois noter qu'il n'existe aucune instance de coordination fonctionnelle et régulière avec le MSAS.

Domaines d'intervention

- amélioration du cadre de vie (lutte contre les inondations, opérations de lotissements et restructuration, création d'espaces verts, conception de logements sociaux)

- respect des mesures administratives (contrôle des constructions, permis de construire)

Forces

- Adoption d'une démarche multisectorielle dans le cadre du programme décennal de lutte (BNSP, SNEIPS, M. Energie, MH, ADM avec le comité national de lutte contre les inondations)

Faiblesses

Le MSAS n'est pas réellement impliqué dans le processus de planification

7- Ministère du Tourisme et du transport aérien

Domaines d'intervention

- participation à la gestion sanitaire transfrontalière
- lutte contre le VIH et sida
- existence de centres de santé aux aéroports
- aménagement des zones touristiques
- écotourisme (préservation des parcs et réserves)
- contrôle du dispositif sanitaire dans les zones touristiques

8- Ministère des Infrastructures

Les infrastructures jouent un rôle important en ce qui concerne l'accessibilité aux services de santé et plus particulièrement en milieu rural enclavé.

Domaines d'intervention

- lutte contre l'insécurité routière à travers des actions de prévention routière
- construction de routes butinées et de pistes rurales pour permettre l'accès aux services sociaux de base
- actions préventives contre l'épidémie à virus Ébola dans les postes transfrontaliers
- lutte contre le VIH sida dans les gares routières
- la prévention routière avec les accidents de circulation
- Le Fonds de Garantie Automobile (FGA)

9- Ministère des Affaires Etrangères et des Sénégalais de l'Extérieur

Domaines d'intervention

Coopération internationale dans le domaine de la sante (échanges d'expérience, dons et prêts, renforcement de capacités du personnel de santé)

10- Promotion des Investissements, des Partenariats et des Télé Services de l'Etat

- Recherche de financement pour la construction des hôpitaux
- Partenariat public et privée dans le cadre de l'offre de soin
- Doter les ministères de matériel informatique dans le cadre de la dématérialisation

11- Ministère des Sports

Domaines d'intervention

Prévention :

- Promotion de la pratique du sport : Sports de masse, Sports de compétition, sport de loisir (randonnée pédestre, fitness)
- Intégration des handicapés à la pratique du sport (fédération handisports)
- Sensibilisation et information sur l'importance de la pratique des activités physique sur la santé (lutte contre l'obésité, la sédentarité, les maladies cardio-vasculaires etc.)
- Projet de plan d'action pour des dons de sang, dépistages de maladies non transmissibles
- Prévention des traumatismes et violences
- Projet de signature d'une convention entre les deux ministères
- Lutte contre le dopage dans le sport avec la mise en place de l'Organisme National Anti-dopage du Sénégal (ONADS)
- Communication autour de thématiques proposées par le MSAS pour l'éducation pour la santé
- Prévention des traumatismes et violences (Existence d'un point focal)
- Recommandations : lutte contre le dopage, lutte contre le VIH,

Prise en charge médicale

- Mise en place de commissions médicales obligatoires au niveau des clubs et des fédérations
- Visites médicales d'aptitude à la pratique sportive obligatoires avant la délivrance de toute licence
- Assurance obligatoire avant toute compétition
- Collaboration avec l'association des médecins du sport avec l'affectation d'un médecin sportif dans chaque fédération.

Acteurs

Mouvements sportifs : fédérations sportives et groupements sportifs, associations sportives et culturelles, fédérations internationales ainsi que le CNOSS

Recommandations :

- lutte contre le VIH
- appui à la lutte contre le dopage
- facilitation de l'accès des sportifs de haut niveau dans les structures sanitaires
- prise en charge des anciennes gloires dans la Couverture Maladie Universelle (CUM)
- exonération des médicaments destinés aux sportifs dans le cadre des équipes nationales

12-Ministère de la Culture et de la Communication

La culture joue un rôle important vu qu'elle influence les comportements et les mentalités des hommes qui ont un impact direct dans notre santé.

Domaines d'intervention

Prise en charge

- Prise en charge des frais médicaux des artistes malades
- Projet de mutuelle de santé pour les artistes (Groupe de travail mis en place)
- l'importance de la médecine traditionnelle et les dépenses y afférentes et a insisté sur la nécessité d'intégrer ses activités. Il a insisté sur le rôle important que la culture peut jouer dans la sensibilisation en vue de la prévention de certaines maladies liées aux comportements et aux traditions en utilisant les artistes par exemple : ainsi, un partenariat peut être formalisé avec le MSAS dans ce sens.

Prévention

Existence d'initiatives de promotion de la santé par les artistes et autres associations culturelles

Recommandations

- projet de protection et de promotion de la médecine traditionnelle
- Négocier des tarifs préférentiels avec les médias publics pour la mise en œuvre du plan de communication du MSAS
- Elaboration d'un plan d'actions conjoint avec le MSAS pour la - promotion de la santé avec les artistes (notamment pendant les journées internationales, les campagnes de communication)
- Lutte contre les pratiques culturelles néfastes à la santé
- Signer une convention avec le MSAS pour la prise en charge des artistes

13- Ministère de l'Énergie

Domaines d'intervention

- Développement de l'électrification rurale (pour veiller à l'équité dans les prestations de services sanitaires)
- La promotion et le développement des énergies propres (Projet ORIO et d'autonomisation des infrastructures sanitaires)
- La promotion des foyers améliorés (dans le cadre des préventions des maladies respiratoires)
- Énergies propres (foyers améliorés, maladies respiratoires et biodiversité)

14- Ministère des Postes et Télécommunications

Domaines d'intervention

Prise en charge

- Télémédecine

Renforcement des capacités du personnel de soins

- Téléenseignement

Prévention

- Sensibilisation des populations par SMS
- Projet diabète

Renforcement du système d'information et de la recherche

- Développement d'applications en matière de santé

Perspectives

- Stratégie Nationale de Développement de l'Économie Numérique en cours (objectifs en matière de santé)
- Ville numérique en cours (objectifs en matière de santé)

Recommandations

- Mettre en œuvre la convention signée entre le MPT et le MSAS
- Impliquer le MPT dans tous les projets TIC du MSAS

15- Ministère du Commerce

Domaines d'intervention

Matière commerciale :

- Détermine, avec ses pairs, les tarifs de prestations de soins et les tarifs des médicaments pris en charge dans le cadre de la CMU ;
- Mise en place du Haut Conseil de la Consommation qui va contribuer à l'élaboration des politiques de consommations à la transparence et à la maîtrise du fonctionnement des marchés des produits et services, à la protection de la santé, à la sécurité du pouvoir d'achat des consommateurs. Rôle de veille et d'alerte sur les risques de perturbation du marché national ;
- Facilitation pour la baisse du coût des médicaments de Santé

Contrôle de la qualité :

- La Direction du Commerce Intérieur, à travers le laboratoire de contrôle de la qualité divisé en deux sections microbiologie et chimie veille à :
 - effectuer les analyses demandées par les services administratifs ou par des tiers ainsi que des expertises qui peuvent être demandées par les tribunaux ;
 - l'amélioration du contrôle de la qualité des aliments ;
 - la qualité des produits alimentaires mis sur le marché ;
 - la protection de la santé des consommateurs ;
 - la réduction de la durée des analyses ;
- La demande d'autorisation de fabrication et de mise en vente (le numéro FRA) par le biais de la Division de la Consommation et de la Sécurité des Consommateurs autorise la fabrication, la transformation, le conditionnement et la mise en vente de tous produits destinés à l'alimentation humaine ou animale au Sénégal.
- contrôle de l'iodation du sel et de la fortification des nutriments
- tarification des actes et des médicaments

2- Apports financiers de la multisectorialité

Dans la mise en œuvre des actions de santé, plusieurs départements ministériels disposent de budget de l'Etat afin de mener des actions de santé dans le cadre régulier de leurs missions régaliennes. Le tableau ci-dessous récapitule le budget affecté à ces activités mais il y'a lieu de noter que ce dernier n'est pas exhaustif car il est très difficile d'identifier tous les projets à vocation santé seulement mais aussi ceux dits intégrés avec volet santé dans le cadre de ce type de diagnostic assez sommaire. Néanmoins avec ce tableau, nous avons déjà un aperçu de l'ampleur du phénomène.

Situation des dépenses de santé des autres départements ministériels de 2010 à 2012

(Etat et PTF en millions de FCFA)

Départements ministériels ou autres	2010	2011	2012
Présidence de la République	675	675	700
Primature	4955	8728,5	1472,0
Economie et Finances	8687,4	5486,9	4973,7
Fonction Publique Travail, Emploi	595	459,4	549,97
Education Nationale	1033,8	1242	1297
Industrie, Mines Artisanat		101,5	
Femme, Famille, Solidarité Nat.	283,4	1493,1	954,5
Formation Professionnelle	1475	1475	1475
Justice	992,5	992,5	993,03
Forces Armées	1900,23	669,55	1836,9
Commerce			0,17
Décentralisation, Collectivités Locales	5205,9	3647,4	5378,6
Enseignement Sup.	419,4		123,3
Jeunesse	1212	78,8	188
Hydraulique			
Environnement			
Agriculture			
Eaux et Forêts			
Cadre de Vie		62,1	
Culture		29,8	126,8
Elevage			
Total	27.434,63	25.141,5	20.069

Sources : MEF, DAGE, UNFPA

Le tableau nous montre déjà qu'environ 25 milliards de FCFA sont dépensés chaque année durant les trois dernières années par les autres secteurs publics dans la santé des populations nonobstant le budget sectoriel de la santé et sans l'apport du privé lucratif ou non et les dépenses des ménages. Il faut noter que celles-ci ne sont pas exhaustives faute de disposer de toutes les données des ministères en dehors du budget de l'Etat.

Les estimations des dépenses issues des CNS passés montrent qu'environ 20 milliards sont consacrés à l'assurance maladie bien que ne couvrant que 20 % de la population les dépenses privées de santé étant estimées environ à 80 milliards de FCFA.

En 2013, les parts respectives du financement global de la santé se présentent comme suit : les PTF 26.7 %, les populations 19.3 %, l'Etat 54 %, les Collectivités Locales 2.96 %.

Nous n'avons pas pu disposer des données financières de tous les départements ministériels plus particulièrement celles relatives aux ministères déterminants et notamment celles relatives aux COUD/CROUS, au PEPAM et à l'I.P.RE.S. malgré les efforts consentis à ce propos. L'ensemble des projets de développement intégrés avec volet santé n'ont pas pu être répertoriés au niveau de tous les ministères. Les CNS pourraient fournir des données budgétaires plus exhaustives à l'avenir compte tenu de l'envergure de ces enquêtes de type national.

Les Départements grands consommateurs de ressources financières sont la Primature avec les 2 projets que sont le PRN et le CNLS, le MEF, le MEN, le MFA, le MT, le MCLD et le MJ.

Partie IV : Analyse institutionnelle de la multisectorialité

Pour une mise en œuvre correcte de la multisectorialité, il est essentiel de disposer de structures viables et pérennes fortes ; or l'histoire des réformes du MSAS n'a pas montré une visibilité de cette importante activité au sein de ce département. En effet, des années d'indépendance aux plans décentralisés en 1991 aucun organe n'a été créé à cet effet : Il faudra attendre la réorganisation des années 1998 pour disposer de la CAS/PNDS pour gérer l'activité de multisectorialité et à partir de 2005. En 2006, cette activité a été déléguée à la CAFSP suite à l'élaboration et à la validation de la politique contractuelle en santé adoptée par le Gouvernement. Il faut noter aussi que le MSAS a fait l'objet de plusieurs réorganisations et, en plus, une mobilité du personnel a été notée, notamment à la tête de la CAFSP, ce qui explique en partie les perturbations et les retards dans la mise en œuvre des activités, ceci d'autant plus qu'en 2012 fut créée la DPRS qui a pris en charge désormais la multisectorialité dans le cadre de l'érection d'une nouvelle Division chargée du partenariat. Cette Division a connu un renforcement avec l'apport du personnel de la Décentralisation de l'ancienne CAFSP.

1- Intersectorialité et multisectorialité dans le domaine de la santé

Compte tenu du caractère horizontal de la multisectorialité au sein même du MSAS, la coordination demeure jusqu'à présent problématique: en effet, on note au passage que chaque programme noue directement des liens de partenariat avec d'autres entités sans une réelle coordination. Le PNLP a noué un accord de partenariat avec d'autres ministères ;le programme national VIH/SIDA et la CACMU également avec la prise de l'arrêté interministériel en juin 2014 et il est de même des autres programmes de santé. Les concertations préalables et la coordination avec le service chargé du partenariat et/ou sa participation est un préalable. C'est aussi le cas de la DSR dans le cadre de la FDR sans compter les cadres multisectoriels limités dans le cadre de la lutte contre les épidémies et les endémies. Il n'y a pas encore un comité mis en place au MSAS pour la gestion desdites activités alors que la coordination intra sectorielle demeure faible au sein du MSAS. Il y'a donc une certaine dispersion des interlocuteurs au sein du MSAS d'où forcément des problèmes de coordination avec les autres départements ministériels.

Des pratiques diversifiées existent donc en matière de multisectorialité avec les programmes de santé, le CNLS et le PRN étant les formes les plus accomplies bien que ciblant une seule maladie ou un seul domaine.

Enfin, des instances à caractère multisectoriel plus élargies existent dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS depuis 1998 : il s'agit des RAC, du CIS et de la MCS qui regroupent tout de même un minimum de départements ministériels. A l'occasion de la planification des PTA et des POCL au niveau régional surtout, plusieurs secteurs sont cependant invités mais il ne s'agit en fait que d'un partage des PTA sans réellement que ce soit une approche intégrée et multisectorielle.

Dans le cadre du PNLP, il existe un cadre de concertation avec les partenaires avec des conventions signées avec le MEN, le MEF et le MFA avec des points focaux. Les revues trimestrielles ne sont cependant pas régulières.

Au niveau régional, il existe plusieurs autres comités multisectoriels dans d'autres domaines mais certains sont décentralisés jusqu'au niveau de la préfecture.

On peut citer dans ce cadre le comité régional de lutte contre la cécité dénommé « comité régional vision 2020 » en 2011 qui regroupe 4 secteurs et des acteurs de la société civile, le comité régional de suivi des fonds d'équité du PAMAS juin 2012 avec 3 secteurs et d'autres acteurs de la société civile dans les régions d'intervention.

Le comité régional de gestion du projet pilote de financement basé sur les résultats créé en mai 2012 par contre ne dispose pas d'agents des autres secteurs à l'exception des collectivités locales. Le Comité régional de coordination et de suivi des interventions du secteur de la santé créé en 2011 dans la plupart des cas, compte seulement 2 sectoriels et des membres de la société civile.

Bien que la malnutrition soit inscrite comme stratégie dans le cadre du PNDS voire dans le programme de survie de l'Enfant, il n'en demeure pas moins que sa place dans le PNDS soit faible et ne semble pas refléter l'ampleur de la prévalence au

niveau des cibles importantes que sont les enfants et les femmes en âge de procréation et gestantes. Dans tous les cas l'insuffisance dans la coordination des actions est une réalité.

Au niveau régional, on peut noter aussi l'existence des conférences d'harmonisation et de cadre de concertation au niveau régional qui constituent de bons cadres de dialogue et d'échange qui se tiennent tous les 3 mois dans l'année et qui sont des cadres multisectoriels importants.

En ce qui concerne le suivi de l'OMD 4, des réunions trimestrielles sont programmées avec l'UNFPA à St Louis mais elles ne sont pas régulières et ne sont pas fonctionnelles.

Des journées telles que le PEV, le paludisme, le SIDA et la tuberculose sont organisées avec une bonne participation des autres secteurs.

Des revues des secteurs surtout de la santé sont aussi faites au moins une fois l'année avec une participation des autres secteurs.

En général il est à noter une faible connaissance de l'action des autres ministères par le MSAS, voire une absence de coordination et de synergie entre le MSAS et les Départements ministériels. Il n'y a pas de concertation dans la planification des secteurs même sur les actions sanitaires qui sont communes : exemple en ce qui concerne l'agriculture, un programme nutritionnel et d'enquêtes nutritionnelles est mis en œuvre avec la FAO sans que le MSAS ne soit impliqué.

Au niveau régional, il est noté une volonté régionale de développer la multisectorialité mais la Région voire le Département ne dispose pas des moyens de la collaboration multisectorielle car en général, ceux-ci sont centralisés par les programmes.

Les instances traditionnelles telles que le CRD, le CDD et le CLD constituent à n'en pas douter un cadre idéal de multisectorialité, mais elles se tiennent ponctuellement et en cas de nécessité. Elles ont l'avantage de rassembler tous les secteurs de la région sous la conduite de l'Autorité Administrative qu'est le Gouverneur.

Le GIC (groupement d'intérêt communal) constitue aussi un cadre d'échanges et de discussions avec les collectivités locales et tous les secteurs.

Au niveau des collectivités locales, il existe des commissions spécialisées avec des sessions budgétaires avec des débats d'orientation budgétaire.

Le PRDI, le PLD et le PIC sont des plans au niveau régional, départemental et local avec en principe une participation de tous les secteurs à ces niveaux avec des thématiques regroupant plusieurs secteurs. Les PIC et les PLD sont réalisés à la demande des PTF et ne sont pas souvent l'initiative et la volonté des acteurs régionaux et locaux. Le CADL qui remplace le CER est réduit à un seul agent ce qui pose un réel problème de suivi et d'accompagnement des Collectivités locales à la base. En outre, de sérieux problèmes de suivi et de mise en œuvre des PRDI se posent avec surtout le fait qu'ils ne sont pas traduits en PO : en plus, il y a des problèmes de cohérence entre les PRDI et les plans sectoriels.

Les informations sont souvent partagées avec les secteurs mais il n'y a pas de synergie dans la planification entre eux.

Au niveau de la Région et des départements on note beaucoup trop de comités qui regroupent en général les mêmes entités et qui ne sont pas souvent d'ailleurs fonctionnels à quelques rares exceptions près.

Les membres désignés ne font souvent que de la représentation et ne sont souvent pas les mêmes personnes avec un réel problème d'engagement des acteurs ou de leur hiérarchie. Les autres secteurs voient aussi le secteur de la santé comme disposant d'importantes ressources et ne sont donc en général motivés que par le gain et les avantages qu'ils peuvent en tirer que par les services importants qui peuvent être rendus à la collectivité. A ce niveau aussi, il y'a lieu de noter que les départements ministériels n'ont pas compris les avantages et les gains qu'ils doivent tirer de la multisectorialité mais les agents pensent apporter seulement un appui au secteur santé : il y'a donc là un réel problème de compréhension de la multisectorialité par les ministères : par conséquent ces derniers jettent l'anathème sur le compte du MSAS tout en se dédouanant.

Les témoignages dans les régions ont surtout insisté sur le parachutage du niveau central et la représentativité des programmes verticaux de santé ceci pour marquer le fait qu'il y'a trop de centralisme y compris financier et peu de responsabilisation des acteurs régionaux.

« On prend la camisole disent les régions et on nous laisse peu d'initiatives » disait un responsable à ce niveau ou « les directions centrales décident et les RM exécutent. » mais il faut développer les initiatives de conception et de suivi dans les RM.

« Les MCR ne portent pas leur région » ont dit certains interlocuteurs des services régionaux. « Chaque direction nationale a son programme et l'impose aux régions alors qu'il faut un réceptacle de tous les programmes sous la coordination du gouverneur dans un cadre permanent et allocation des ressources aux régions; on attend tout de Dakar »

D'autres nous ont dit que « Les médecins qui ont le monopole des décisions dans les instances de santé ne sont pas ouverts et ne sont pas formés dans ces tâches de multisectorialité » D'autres ont aussi dénoncé le manque d'information sur la nécessité de la coordination multisectorielle : « Il y'a une sous information des acteurs et un manque de connaissances sur les opportunités offertes de part et d'autres (MSAS et autres secteurs) alors que chaque partie peut en tirer profit et aucune initiative n'est prise ».

« La multisectorialité va au-delà des secteurs car elle permet en plus la mutualisation et la rationalisation des ressources, la résolution des problèmes communs, la mobilisation des ressources et l'information de tous ».

La nécessité d'impliquer les autorités politiques qui sont les 1ers facteurs de la multisectorialité et qui peuvent impulser la dynamique est revenue assez souvent dans les entretiens au niveau régional.

« La santé est seule responsable de la situation de non collaboration des secteurs car elle veut tout gérer et elle ne peut pas tout mettre en activités ; en plus, les secteurs ne sont ni sensibilisés ni associés par le MSAS ».

« La santé est trop médicalisée et il faut développer le partenariat et partager les tâches. A cela s'ajoute le fait qu'il n'y a pas de réel leadership à ce niveau ».

« Depuis 2011, l'expérience de la mise en œuvre de la multisectorialité est en panne ; le MSAS arrive fait un atelier par ci et par là et disparaît des mois, voire des années et nous revient comme ça »

A tous ces propos tenus dans les régions et au niveau central, il a été aussi soulevé l'instabilité et le problème de renouvellement des élus et la nécessité de toujours les former et de les sensibiliser.

Le plaidoyer en faveur de la mobilisation de ressources supplémentaires nécessite l'implication des hautes autorités administratives dans les revues sectorielles mais aussi la mise en place de structures de concertation des décideurs pour une meilleure planification des interventions multisectorielles.

Au sein du MSAS, l'analyse de la mise en œuvre montre qu'il existe de nombreuses interventions non coordonnées dont notamment le problème de l'intra sectorielle qui se pose dans certains domaines : exemple, dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle, on note peu de synergie des actions entre PNLP, DLSI et DSRSE et il en est de même en ce qui concerne la malnutrition et aussi la lutte contre la maladie.

Afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale, le MSAS avait mis en place un dispositif multisectoriel sous la coordination de la Primature dans le cadre de la mise en œuvre de la FDR dès son adoption en 2006: l'ors de l'évaluation de la FDR multisectorielle en 2012, il a été prouvé que ce dispositif multisectoriel n'a jamais été mis en œuvre et n'a été fonctionnel à aucun moment. Aucune des instances multisectorielles ne s'est réunie et depuis l'élaboration du plan d'action, il n'y a guère eu d'évolution à propos des dysfonctionnements de ce dispositif multisectoriel.

Depuis 10 ans, le SPRDE a été mis en œuvre au sein du MSAS mais en dehors des actions ponctuelles d'organisation d'ateliers et des réunions en 2006 puis en 2011 et en 2012, il n'y a pas eu de suite : il se pose un réel problème de suivi des actions de multisectorialité au sein du MSAS. Les interviews menées au niveau des différents départements ministériels ont montré que les ministères impliqués croient de moins en moins à la capacité du MSAS à mener à son terme le dispositif multisectoriel entamé depuis 10 années sans une évolution positive.

La planification dans les départements ministériels ne tient pas compte de la synergie des actions et les départements dont les actions sont complémentaires. Les secteurs ne sont pas responsabilisés en matière de santé. Les buts communs à savoir santé et bien être ne sont pas partagés .Les politiques publiques ne tiennent pas compte du rôle de la santé dans les secteurs : ceci est accentué par le manque de leadership et l'inertie du MSAS en la matière à l'exception de quelques actions non intégrées : VIH/Nutrition par exemple.

Dans le cadre du PNDS, les autres secteurs de développement ne sont pas non plus pris en compte dans la part des objectifs et des activités, chaque ministère évolue en solo et il manque absolument de coordination des actions de santé dans le gouvernement à plus forte raison au niveau de l'impact des déterminants. L' on peut

noter néanmoins des tentatives d'approches intégrées dans le cadre de programme spécifiques notamment avec le Programme Indicatif de Coopération du PIC II et III avec l'appui du Luxembourg où il a été bien noté une approche de multisectorialité sur les 4 secteurs qui sont ensemble dans un programme commun : eau, décentralisation, formation professionnelle et santé mais aussi avec des aspects intersectoriels liés à la collaboration santé et environnement, famille et genre et égalité avec un appui aux axes de collaboration ceci dans le cadre du résultat 3 du PNDS : hygiène, contrôle eau, contrôle aliments, IEC. Il faut cependant regretter qu'aucun dispositif institutionnel n'ait pas pu accompagner cette bonne conception. La plupart des acteurs rencontrés dans les ministères ont invité le ministère de la santé à être plus entreprenant avec ses collègues dans le cadre d'un partenariat dynamique et soutenu. La signature des protocoles d'entente est plus symbolique que pratique et elle n'est généralement pas suivie d'actions. En outre, l'insuffisance des ressources publiques devrait être une motivation supplémentaire pour appliquer la multisectorialité.

Il faut cependant une plus grande reconnaissance des problèmes de santé dans les ministères, ce qui n'est pas le cas en ce moment, d'où la nécessité d'assurer la promotion de la santé. L'apparition de nouvelles maladies liées au processus de développement, aux transformations sociales et du mode de vie changeant dans un monde interdépendant devrait entraîner de nouvelles stratégies de partenariat dans le cadre d'une multisectorialité dynamique. Pour le développement humain, le développement durable et l'atteinte des objectifs de santé, il faut l'intégration de la santé dans toutes les politiques publiques car le seul secteur de la santé ne peut résoudre que 20 % des objectifs de santé car les déterminants de la santé sont exoènes au secteur de la santé et sont surtout d'ordre social et économique plus particulièrement.

2- L'exemple du CNLS

2.1 : Cadre organisationnel et institutionnel

Le programme multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA est un programme phare qui est mis en œuvre depuis une vingtaine d'années environ. L'expérience ainsi acquise quant à son fonctionnement devrait servir d'exemple à la mise en place de la plateforme multisectorielle pour le secteur global de la santé.

Le Conseil National de Lutte contre le Sida présidé par le PM est l'organe, politique de décision et d'orientation stratégique du programme de lutte contre le VIH/SIDA. Le ministre de la santé en assure la vice présidence. Il constitue l'instance de décision suprême du programme.

Un Comité de pilotage ainsi que le Forum des partenaires formulent des recommandations à l'intention du Conseil. Le Comité de pilotage est l'organe intermédiaire du Gouvernement et des partenaires techniques et financiers mis en place pour assurer le suivi des décisions et les recommandations du Conseil National de Lutte contre le Sida.

Le Forum des partenaires est une instance consultative qui regroupe l'ensemble des acteurs nationaux, régionaux et les partenaires techniques et financiers de la Riposte au sida.

Le CCM est l'instance nationale de Coordination du Fonds Mondial pour le VIH, la tuberculose et le paludisme qui constitue une instance de suivi des projets du Fonds Mondial. La coordination de l'élaboration et du suivi du Plan stratégique se fait aux différents niveaux suivants:

- au niveau national par le Secrétariat Exécutif du CNLS qui a en charge la planification et la mise en œuvre du plan consolidé multisectoriel national annuel

- au niveau sectoriel par le comité interne au niveau des Ministères, les instances de coordination des organisations de la société civile, le cadre de coordination du secteur privé ;

- au niveau régional et départemental par le Comité technique Restreint mis en place au niveau de la région ou du département (CTRS).

Le CRLS se situe au niveau régional et est présidé par le gouverneur

Le CDDS est présidé par le préfet du département.

Au niveau de ces 2 instances, on note la participation des ONG, associations et la société civile, y compris le secteur public privé et les entreprises ainsi que le district sanitaire qui constitue le mécanisme de concertation de cette gestion intégrée au niveau opérationnel.

2. 2 : Outils du programme VIH/SIDA

- Le plan stratégique national (PSN) qui est l'instrument de base du programme et qui a été conçu de façon participative avec l'apport de tous les secteurs, du privé, des ONG/Associations et de la société civile.

- Les plans nationaux annuels multisectoriels qui sont une consolidation des plans intégrés sectoriels

- Le plan d'action régional intégré multisectoriel annuel validé par le CRLS avec l'appui du CTR

- Le Plan sectoriel des ministères coordonnés par les comités sectoriels de lutte contre le SIDA et coordonnés par les points focaux

- Le Plan consolidé multisectoriel annuel de riposte au SIDA qui est un plan consolidé des plans au niveau national et régional

- Le Plan de suivi évaluation

2.3 Niveau de fonctionnement des organes multisectoriels

On note que divers acteurs participent à la conception et à la mise en œuvre du PSN. 10 Départements ministériels par le biais de conventions de partenariat signées participent activement au processus de lutte contre le VIH/SIDA par le biais de comité interne à chaque ministère.

Le CNLS est fonctionnel et se réunit tous les 6 mois en moyenne mais cela dépend souvent des disponibilités du PM. Dans le passé l'instabilité de l'attelage

gouvernemental a souvent entraîné des reports de cette rencontre mais en principe le Conseil se réunit tous les 3 mois.

Un point focal existe ainsi à chacun de ces niveaux mais la participation des responsables du département pose problème car, le plus souvent, l'information reste au niveau du point focal et n'est pas partagée au niveau du ministère. Il y'a donc effectivement un problème d'appropriation des actions sanitaires pour l'ensemble des ministères concernés. Il n'ya donc pas en général une claire vision des problèmes de santé au sein des ministères, faute de partage et d'information ; or toutes les directions de chacun des ministères doivent être impliquées.

La réunion annuelle périodique se tient en réalité en moyenne tous les 2 années et rarement chaque année.

Des comités techniques existent et travaillent sur des thématiques bien ciblés.

Le CNLS pense créer dans l'immédiat un comité de pilotage et au niveau de chaque département ministériel un comité interne pour mettre fin à la problématique des points focaux qui ne sont pas fonctionnels.

Au niveau de la gestion du fonctionnement des ministères, il existe bien une ligne budgétaire domiciliée au cabinet mais il est rarement mobilisé ou alors il est utilisé à d'autres fins le plus souvent.

Le CRLS et les CDLS se réunissent tous les 3 mois et un bilan est établi : les réunions sont régulières. Au niveau local les comités sont peu fonctionnels. Toutefois, le problème d'appropriation des actions demeure entier dans les services régionaux et départementaux à l'image d'ailleurs du niveau national.

Au niveau régional le gouverneur et le préfet président respectivement le CRLS et le CDLS tous les 3 mois.

Au niveau de la gestion du PMLS, le comité national se réunit 2 fois par an avec un fonctionnement acceptable. Le Conseil national se réunit tous les 3 mois avec les points focaux des différents départements ministériels de manière régulière. Au niveau des régions et des départements on note l'existence des comités dont le niveau de fonctionnement est moyen voire faible d'après les acteurs. Les engagements des départements ministériels est variable.

Dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA il a été mis en place un Comité multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA avec l'élaboration d'un plan stratégique autour des objectifs communs de lutte avec tous les secteurs. Les objectifs sont ainsi partagés avec tous les secteurs. Les réunions se tiennent en moyenne 2 fois par an avec un fonctionnement plus ou moins irrégulier.

Les rencontres ont lieu tous les 3 mois avec les points focaux de façon régulière. La coordination, le partage des missions, la formation, le S/E l'IEC, et la PEC pour le VIH/SIDA constituent l'essentiel des activités

La gestion intégrée multisectorielle (GIM) est effective dans le cadre de la mise ne œuvre du PMLS avec aussi l'élaboration au niveau régional du plan régional intégré en partant des vrais problèmes de la région. Ainsi, un budget sectoriel de lutte contre le VIH est mis en place au sein des ministères dans leur propre budget avec l'assistance du MSAS pour la mise en œuvre. Il y 'a lieu de noter l'existence de ce

cadre multisectoriel de gestion et de suivi issu de la société civile qu'est le CCM certes initié par le Fonds Mondial mais qui présente un grand intérêt et un bel outil de cadre de gestion de la multisectorialité et de bonne gouvernance dans le cadre de la lutte contre le VIH avec un suivi stratégique des activités. Le CRLS constitue le cadre idéal de multisectorialité au niveau régional car regroupant environ 9 secteurs de développement à l'exception de la pêche et de l'agriculture mais les évaluations faites sur le terrain nous ont montré un niveau moyen de fonctionnalité. Le degré d'engagement des secteurs est différent y compris la société civile, les ONG le secteur privé et les collectivités locales. Il est à noter une forte appropriation et une capitalisation importantes à chaque niveau.

Forces

- meilleure synergie des actions
- Bonne implication des départements
- Existence d'un plan stratégique autour des objectifs communs
- Participation multisectorielle aux revues et aux comités internes
- Existence du comité national de lutte qui se réunit 2 fois par an présidé par le premier ministre
- Existence du conseil national qui se réunit tous les 3 mois
- Existence d'un comité régional et départemental présidé par le gouverneur et le préfet

Faiblesses

- Pas de régularité des réunions
- Les points focaux ne partagent pas leurs connaissances dans le secteur
- Les acteurs ne sont pas tous engagés
- Participation à la planification inclusive
- Problème de prise en charge des sectoriels
- Pas de régularité de l'animation
- CNLS agence d'exécution et de mise en œuvre

3- En matière de nutrition

Le PRN rattaché à la Primature dispose d'un comité régional de suivi avec la participation de tous les Départements ministériels. L'essentiel des activités du comité restent la validation des plans d'action et le suivi de la mise en œuvre. Au niveau local il existe le conseil local. Les réunions se tiennent deux fois l'année avec des sorties sur le terrain et dans toutes les régions. Le Gouverneur préside les réunions les bureaux régionaux au nombre de 3 sur l'ensemble du territoire assurent le secrétariat selon la zone d'intervention.

Les contraintes constatées à ce niveau ont pour nom la lourdeur et les problèmes de mobilisation des acteurs et surtout l'insuffisance de l'engagement des départements ministériels dans ce processus et de leadership de la tutelle.

Malgré cela, il existe une ligne budgétaire affectée à la composante multisectorialité au niveau d'au moins 5 départements ministériels : Cases des Tout Petits, Elevage, Education, Santé, Industries et Agriculture.

Au niveau central, les départements ministériels sont impliqués au processus de planification et il en est de même de la société civile.

Enfin la grande faiblesse constatée dans le secteur de la santé demeure toujours les insuffisances dans la coordination intra sectorielle entre les directions concernées par les questions de malnutrition et de santé : DSRSE, DLSI, PNLP, TB et bien d'autres programmes concernés par les questions de malnutrition liées à leur pathologie.

Forces

- Existence d'un comité régional de suivi du PRN comprenant tous les services de la région
- Existence au niveau local d'un conseil local qui se réunit tous les 2 fois par an avec une bonne fonctionnalité sur l'ensemble du territoire
- implication de tous les secteurs dans le processus de planification
- Un budget multisectorialité existe pour certains secteurs : cases des tout petits, commerce, santé, éducation, agriculture et élevage

Faiblesses

- Lourdeur des comités
- Cout élevé et problème de prise en charge
- Problème d'engagement des secteurs
- CLM agence d'exécution et de mise en œuvre
- La nutrition n'est pas vraiment intégrée au PNDS

4- En matière de lutte contre la maladie :

Au sein de la DLM, des comités de pilotage, groupes thématiques, comités restreints ou groupes thématiques existent avec des réunions périodiques selon les besoins. En matière de gestion des épidémies et de riposte contre les maladies, il existe un comité de gestion des épidémies qui se réunit tous les 3 mois en cas de menaces ainsi que des comités de pilotage ou de lutte contre la maladie. Dans le cadre des campagnes de masse des comités d'organisation sont mis en place.

En matière de vaccination des instances sont mises en place avec le CCIA et le comité consultatif pour la vaccination.

En ce qui concerne les maladies non transmissibles telles que le cancer, le diabète, les maladies respiratoires, l'HTA et les maladies cardio vasculaires, les facteurs de risques sont d'ordre industriel, agricole et environnemental : l'exemple du tabac est à ce titre révélateur. Pour la fièvre hémorragique Ebola, 6 départements ministériels sont concernés afin de prendre en charge la lutte contre ce fléau dans le cadre de la multisectorialité.

Forces

- Des comités de pilotage ou de lutte contre la maladie existent avec l'implication de plusieurs départements ministériels en 4 grands groupes
- Pour les maladies transmissibles : il y'a un co-pilotage du programme d'intervention dans le cadre du CCM qui regroupe les secteurs et la société civile : bonne gouvernance : un exemple de cadre de coordination multisectorielle
- Existence des plans stratégiques de lutte contre la maladie
- Des comités de gestion des épidémies sont mis sur pied avec une régularité de réunions tous les 3 mois
- Ebola : mise en place d'un comité multisectoriel de lutte avec les eaux et forêts, de ministère de l'Intérieur, du commerce, des transports, des Forces Armées
- Les maladies non transmissibles : cancers, diabète, HTA, les maladies chroniques sont prises en charge dans le cadre de la multisectorialité à travers la mise en place d'un comité de pilotage et des comités ou groupes techniques restreints
-

Faiblesses

- Non régularité de la tenue des instances
- Problème de la qualité des représentants

Partie V : Niveau de Partenariat en santé et mobilisation des ressources pour la promotion de la santé

Aujourd'hui, force est de constater que de nombreux problèmes liés à l'organisation, au dialogue avec l'Etat, au leadership et aux problèmes de coordination en matière de santé existent. Au niveau du RESSIP/CONGAD qui est sensé représenter les ONG/Associations de la santé, il a été noté dans plusieurs interviews le fait notable de sa création en 1996 à l'avènement du PDIS/PNDS avec l'élaboration d'un cadre de concertation consensuel et même un appui de ses fonctions telles que la coordination, l'appui, la formation des ONG/OCB/Association et le suivi/évaluation. Les résultats ont cependant été très en delà des espérances et depuis l'ors, notent nos interlocuteurs, le RESSIP se positionne non plus en appui mais en concurrent aux autres ONG, ce qui ne contribue guère au renforcement du rôle des ONG dans le dialogue politique et la coordination qui leur sied. La société civile dans son ensemble, semble plus experte que le RESSIP. Et, en fait, le problème de légitimité se pose. Il est vrai que le RESSIP ne dispose pas de moyens humains et financiers propres et qu'il appartient tout de même à toutes les ONG membres de contribuer à sa promotion en tant que membres du Conseil d'administration. Le réseau a donc des faiblesses et ne remplit pas ses fonctions essentielles de suivi et de coordination et d'intermédiation entre le MSAS et les

autres acteurs de la société civile. Le cadre de partenariat élaboré depuis une vingtaine d'années n'a ni été actualisé ni révisé.

En effet, il a été noté aussi la mauvaise qualité du dialogue dans les politiques de santé due surtout à un problème de leadership du ministère de la santé mais aussi à des insuffisances d'informations et d'organisation des ONG/OCB/Associations qui ne connaissent pas vraiment les priorités en matière de santé et qui n'ont pas un interlocuteur crédible dans le système de santé. Il faut cependant noter que ce dialogue existe et des efforts sont faits à tous les niveaux mais c'est la systématisation et le caractère continu et soutenu dans un cadre partagé et organisé qui fait vraiment défaut.

Au sein du MSAS, nombreux sont les services qui mènent des activités de dialogue sans coordination : programmes de santé, secteur privé lucratif et non lucratif, cabinet, CACMU, malgré l'existence d'un organe dédié à cette activité.

Au niveau du secteur privé, le manque de visibilité et de coordination et surtout de cadres de concertation entraîne des financements dans des actions pas toujours prioritaires et en plus, peu de financements ont été mobilisés par rapport au gros potentiel existant : là, le plaidoyer reste à parfaire dans ce domaine. Il s'agit surtout du mécénat avec la Fondation SONATEL, la SGBS, EFFIAGE, la RSE dans le cadre du PPP dont le cadre institutionnel existe. Le problème fondamental demeure l'animation et le suivi au sein du MSAS afin de mobiliser d'avantage de ressources au profit de la santé dans le cadre d'un plaidoyer soutenu, ce qui représente un grand défi pour le MSAS. Certes, les cadres de concertation sont en cours de préparation avec les Lois CET et BIOT dans le domaine de la santé mais les grands besoins d'information de la communauté et de la société civile en matière de santé ne sont pas résolus par le MSAS, ce qui constitue un minimum afin de convaincre les principaux acteurs.

Au niveau des collectivités locales aussi, le partenariat n'est pas une réussite compte tenu par exemple des moyens importants de la commune de Dakar face aux difficultés du ministère qui n'a pas d'avantages comparatifs en matière de personnel par exemple mais qui concentre aussi ses moyens en surnombre tout comme la commune dans la région alors que l'arrière pays est dégarni et ceci sans tenir compte également de la forte concentration du privé lucratif (80%) dans la région.

Du côté de l'Etat, il semble que la participation ne soit souvent perçue que comme une pression de la part des bailleurs et non pas une démarche issue des organisations civiles.

La société civile ne perçoit pas la redistribution des rôles dans la définition, l'élaboration et la mise en œuvre des politiques nationales. Caractérisée par sa diversité intrinsèque, elle parvient difficilement à s'organiser de manière à prendre en charge des réflexions transversales ou sectorielles. Elle est engagée dans une multitude d'initiatives mais ne parvient pas à les faire inscrire comme contribution à la

mission de l'Etat. Elle n'est pas encore en mesure d'impulser des processus autonomes de réflexion et de propositions en dehors des sollicitations de l'Etat et des partenaires au développement.

Dans un tel contexte, le besoin à satisfaire est la construction d'une plus grande légitimité pour cette société civile pour jouer un rôle plus contributif en rapport avec l'Etat. C'est ce souci d'une meilleure responsabilisation de la société civile et de sa prise en compte par l'Etat qui motive l'exercice de capitalisation de quelques initiatives en santé. Il faut noter toutefois que récemment le MSAS a par arrêté mis en place un cadre institutionnel PPP et un comité technique avec ses missions et son mode de fonctionnement. En ce qui concerne le privé lucratif un mémorandum d'entente vient aussi d'être signé c'est pour dire que des efforts sont entrepris bien que des actions majeures telle que la création de l'hôpital de Richard Toll sous l'impulsion de la CSS se fasse attendre depuis des années malgré la ferme volonté de l'entreprise. En matière de SR, le PPP a cependant fait d'importants progrès ces dernières années avec des actions concrètes et des plateformes mis en place du fait des forts engagements en vue du repositionnement de la PF. A ce niveau, le PPP devient palpable avec les interventions des ONG internationales telles que ADEMAS l'industrie et les officines pharmaceutiques ainsi que d'autres actrices ONG et OCB aussi. Il en est de même avec l'ASBEF depuis des années du reste. Pour ce qui est de la CMU des efforts de partage sont réels avec certains acteurs de la société civile notamment ENDA GRAF à travers le GRAIM mais aussi avec le CONGAD outre leur participation dans le cadre du comité de pilotage de la CMU mais pour beaucoup d'acteurs PTF et ONG la communication et la mise à niveau constituent encore des grands défis à relever compte tenu de l'importance du thème. Le partage reste à renforcer notamment avec les ONG et associations nationales qui entretiennent des liens très étroits avec les communautés de base.

A l'heure actuelle et au regard des défis de coordination pour optimiser les investissements des différents acteurs du secteur, l'exercice d'évaluation et de capitalisation de la contribution des différents acteurs, notamment celle des acteurs non étatiques, s'impose. L'exercice d'élaboration des comptes nationaux de la santé confirme cette nécessité. Pour la première fois, l'Etat du Sénégal arrive à établir une situation sur les ressources mobilisées et les dépenses en santé réalisées par la diversité des acteurs. Cet exercice pourrait être organisé pour évaluer la contribution des acteurs non étatiques à l'atteinte des objectifs en santé. Ces acteurs sont engagés à travers une multitude d'initiatives pour apporter leur contribution à l'offre de soins, à la prévention des maladies à travers des campagnes de communication et de mobilisation, à l'assainissement et à l'hygiène dans les collectivités locales. La contribution des AnE se réalise aussi à travers les évacuations des malades, la formation des agents de santé, la mobilisation sociale, le plaidoyer

L'expérience acquise dans la phase 1 du PNDS en matière de contractualisation a poussé le MSP à aller plus loin en élaborant une politique de contractualisation plus

complète et plus audacieuse .En 2004 la politique de contractualisation a été élaborée et validée.

Les programmes de santé ainsi que les EPS ont recours de plus en plus à la politique contractuelle. Les mutuelles de santé ont recours de plus en plus aussi à la contractualisation avec les formations sanitaires.

Les textes sur la décentralisation prévoient aussi ces possibilités entre les collectivités elles mêmes et avec les services déconcentrés de l'Etat.

Le nouveau document de politique contractuelle prévoit même la Délégation de gestion à l'image de ce fait l'AGETIP (agence pour les travaux d'intérêt public) pour le compte de l'Etat.

Partie VI : Proposition d'éléments pour la mise en œuvre d'une plateforme sur la multisectorialité dans le domaine de la santé

L'homme est au début et à la fin du développement et tous les secteurs doivent y contribuer. Le capital humain est un élément important dans la dynamique de développement d'un pays.

Un dispositif institutionnel adéquat pour la multisectorialité doit s'inscrire dans un cadre de concertation, de mise en œuvre et de suivi placé sous une certaine Autorité. Ce cadre permettra à toutes les parties prenantes de jouer leurs rôles et de rendre compte. Il favorisera aussi une synergie intersectorielle dans le cadre de l'exécution de politiques et programmes. Cela suppose également que le cadre multisectoriel doit être pensé et validé par les parties, l'ancrage institutionnel, les responsabilités des parties et le mode de fonctionnement clairement définis, l'engagement de toutes les parties prenantes enregistré et le démarrage d'une phase de la mise en œuvre du concept.

La mise en place d'un processus d'appropriation par tous les secteurs avec un engagement ferme suite à une mise à niveau sur l'information sanitaire est une absolue nécessité mais la commande et l'initiative doivent venir du MSAS. Toutefois, les régions doivent disposer de plus d'autonomie de décisions car l'application est trop centralisée.

Il est cependant nécessaire de renforcer la décentralisation des ressources financières et de recentrer la fonction centrale du MSAS qui doit donner les orientations, contrôler et superviser et la région planifie et met en œuvre en conformité avec les normes et les orientations politiques du niveau central.

En ce qui concerne les départements ministériels, Il ne s'agit nullement pour les ministères de les impliquer dans la politique de santé dans le cadre de la multisectorialité mais qu'ils s'approprient les questions de santé surtout et qu'ils

sentent la nécessité absolue de cette multisectorialité. Il faut donc créer un cadre axé sur les démarches intersectorielles, avoir des stratégies mobilisatrices de tous les secteurs, mettre un cadre de suivi évaluation et un cadre de pilotage de la multisectorialité. Par conséquent il y'a nécessité de changement du processus de planification et de programmation avec une nouvelle nomenclature et de structuration du budget de l'Etat.

La mise en place de la Plateforme multisectorielle par le ministère de la santé a pour objectif principal d'améliorer l'état de santé des populations, en tenant compte du caractère transversal de la Santé. Cette approche multisectorielle repose sur trois axes majeurs :

- promouvoir la prise en charge des déterminants de la santé
- renforcer la capacité d'analyse et de dialogue politique des acteurs
- créer la synergie de tous les acteurs pour une meilleure efficacité dans la mise en œuvre des projets/programmes de Santé.

Il existe une pluralité d'acteurs et des services pour la prise en charge des problèmes de santé aussi bien au niveau central qu'au niveau régional.

Il s'avère donc crucial de mettre en place une collaboration multisectorielle entre les différents acteurs. Afin de rendre plus efficace le fonctionnement de la Plateforme multisectorielle un certain nombre de mesures s'imposent : l'harmonisation des approches multisectorielles au sein du ministère de la santé, la fonctionnalité des cadres de concertation au niveau national et départemental, la mise en place des mécanismes de suivi-évaluation, le renforcement des capacités au sein du MSAS et des autres départements ministériels ainsi que la mise en œuvre d'un programme d'information et de plaidoyer à tous les niveaux. La structure à mettre en place pour harmoniser les interventions des ministères est un cadre multisectoriel fonctionnel présidé par le 1er ministre. La multisectorialité doit être portée par la PM. Pour la réussite de la mise en place de ce dispositif, des préalables sont donc nécessaires.

Le PNDS devrait se muter en un PNDS multisectoriel avec des objectifs de santé communs avec les autres départements ministériels assumant de facto les interventions des autres secteurs. Par la même occasion, faire des plans régionaux intégrés multisectoriels dans le même ordre d'idée. Il faudrait aussi créer un réceptacle de tous les programmes au sein de la région médicale et éviter le verticalisme qui affaiblit l'autorité du MCR et des MCD. Ceci peut entrer en étroite ligne avec la nouvelle conception des directions régionales de la santé. L'ensemble des secteurs privé lucratif et associatif, du parapublic ainsi que la société civile doit être associé à partir des orientations stratégiques.

Pour une meilleure opérationnalisation de l'approche multisectorielle dans le secteur de la santé, il s'avère nécessaire de restructurer et de renforcer la Division Partenariat afin de la muter en une structure fonctionnelle tenant compte des

impératifs de la plateforme multisectorielle avec un organigramme plus structurée avec un organigramme assez clair.

L'élaboration d'un plan d'action impliquant tous les secteurs qui gèrent des déterminants de la santé ainsi que la mise en place d'un cadre de suivi régulier des activités du comité s'avère aussi indispensable. Des mécanismes de dialogue permanent et de concertation avec un fort leadership du ministère de la santé est une nécessité. De même, des Stratégies de plaidoyer et de mobilisation des ressources supplémentaires en faveur de la santé devront être conçues et mises en œuvre.

Les autres ministères doivent s'engager en étant bien informés et conscients de leur rôle et étant motivés. Il faut aussi des financements motivants et pérennes avec une ligne budgétaire de multisectorialité dans le budget Etat pour chaque ministère et ou avec l'appui des PTF. L'administration n'ayant pas la culture du partage et de travail en équipe, d'importants efforts devront être fournis à leur rencontre afin de les convaincre à adhérer au dispositif ainsi défini. Il faudra une approche d'alliance avec les autres départements ministériels dont l'action impacte la santé. Ce sont des déterminants et une autre alliance avec d'autres ministères qui font de la santé ; le MSAS reste faible dans ses 2 approches mais il faudra d'abord résoudre ce problème au niveau intra MSAS. Les autres départements doivent sentir aussi l'appui du MSAS à résoudre les problèmes de santé qui se posent à eux d'où la nécessité d'un leadership fort à ce propos pour influencer et convaincre.

En dehors des départements ministériels, le MSAS se doit d'abord de convaincre le gouvernement et les Corps Constitués notamment les députés et les membres du Conseil Economique et Social car la dotation budgétaire des ministères sur la base d'une ligne sur la multisectorialité est assujettie à un plaidoyer permanent et à mobilisation des ressources à tous les niveaux.

Un dialogue fort et une compréhension commune doivent aussi être le cas avec le MEF car Il faut un processus d'arbitrage sur les budgets santé de tous les départements qui doivent être des ressources déléguées aux autres ministères qui doivent être dans le cadre du PNDS. L'approche partenariale envers le privé dans le cadre du PPP se doit d'être agressive avec un bon système de suivi au profit exclusivement de la santé. Il en sera de même envers tout le gouvernement et les collectivités locales.

Bien qu'il soit difficile d'opérationnaliser la multisectorialité en général, il est impératif que le plan multisectoriel que sera le PNDS nouveau type dispose d'un plan d'action annuel avec un tableau de bord et des indicateurs de la multisectorialité pour le suivi.

Les autres départements ministériels doivent se fixer des objectifs de santé et la dimension santé doit être perçue par tous les secteurs de développement.

Il sera fait obligation au MSAS de décentraliser encore d'avantage les ressources financières à allouer aux régions afin de renforcer leur autonomie et ceci est particulièrement valable pour les programmes de santé : à ce propos des discussions approfondies doivent être renforcées avec les PTF afin que ceux-ci en tiennent compte dans la formulation des projets et programmes. Les régions et les départements devront, à l'image du niveau central, élaborer des plans multisectoriels dans le cadre d'un pool régional voire départemental autour et avec l'arbitrage des gouverneurs de région avec comme instruments de mise en œuvre des PTA intégrés. A ce propos, chaque région et département devrait aussi bénéficier d'une dotation budgétaire de l'Etat destinée à la gestion de la multisectorialité santé.

1. Proposition de la Plateforme multisectorielle

Au niveau national

Création d'un **Conseil Supérieur Multisectoriel ou d'un Haut Conseil de la multisectorialité** présidé par le Premier Ministre dont la mission principale est d'assurer le plaidoyer auprès des plus hautes autorités du pays et le suivi de la mise en œuvre le suivi de la mise en œuvre du plan d'action multisectoriel. Il est doté d'un comité technique et d'un comité de pilotage.

Missions :

Le haut conseil pour la multisectorialité ou Conseil supérieur de la multisectorialité a pour missions ;

- D'assurer la coordination de la mise en œuvre des politiques et stratégies sur la multisectorialité
- d'assurer le suivi de l'engagement de l'Etat en faveur de la santé conformément aux recommandations internationales ;
- d'assurer le plaidoyer auprès des partenaires techniques au développement
- d'examiner et d'approuver les rapports du secrétariat technique
- d'assurer le suivi et l'évaluation du plan d'action multisectoriel

Composition :

Président : Premier Ministre

Vice président : ministre de la santé et de l'action sociale

Membres :

Ministères sectoriels

Toutes directions du MSAS

Fonctionnement

- Le comité technique est composé des directeurs des départements ministériels concernés et présidé par le ministre de la Santé et de l'Action Sociale
- Des commissions ou groupes thématiques spécialisés : CMU, Lutte contre la maladie, SR etc. avec un cahier des charges et des TDR seront mises en place
- Réunion tous les 6 mois avec un ordre du jour précis selon un plan d'action annuel avec bilan et perspectives

Rôles du comité national de pilotage

- Il est composé des points focaux des ministères, des agents du ministère de la santé et des partenaires. Son Président est le MSAS et le secrétariat est assuré par la DPRS ;
- Il se réunit tous les trois mois pour examiner pour assurer le suivi de la mise en œuvre du plan d'action multisectoriel. Il mène des activités de plaidoyer auprès des ministères identifiés dans la résolution des problèmes de santé des districts.
- Le comité de pilotage assure l'évaluation du projet ;

Au niveau régional

- Mise en place d'un comité régional multisectoriel sous la coordination du Gouverneur de région avec la même configuration avec les chefs de services régionaux
- Mise en place d'un comité départemental multisectoriel sous l'autorité du Préfet avec la même configuration

Rôles du MCR

- Il assure le secrétariat du comité régional
- Il participe à la résolution des problèmes identifiés rentrant dans ses compétences ;
- Il se réfère au gouverneur pour les problèmes qui dépassent ses compétences.

Rôles du Médecin Chef de District

Le MCD assure le secrétariat du comité multisectoriel de développement sanitaire du district ;

Il participe à la résolution des problèmes identifiés en collaboration avec les Chefs de service compétents.

Il réfère à l'autorité administrative les problèmes non vulnérables à l'échelon du district.

Comité département multisectoriel

Le comité multisectoriel de développement sanitaire du district est composé du préfet, des MCD, des Chefs de service départemental, des partenaires, des CL, des ONG/OCB...etc.

2- Plan d'action pour la mise en œuvre de la plateforme multisectorielle

Actions	Responsable	Services impliqués	Quand ?	Comment ?
Partage interne des conclusions de l'atelier	DPRS		Octobre/ Novembre	coordination
Préparation divers documents préparatoires du Conseil Interministériel	DPRS	Toutes directions	Janvier Mars	Comité restreint
Elaboration d'un argumentaire sur la promotion de la santé et la multisectorialité	SNEIPS	OMS Toutes directions	Février 2015	Consultant ou groupe de travail
Elaboration d'un programme de sensibilisation et de formation	SNEIPS	Toutes Directions	Février	Consultant ou groupe de travail
Mise en place des organes de la plateforme multisectorielle	cabinet	Primature Gouverneur s de régions	Avril 2014	Groupe de travail
Evaluation mi parcours du PNDS et prise en compte de la stratégie multisectorielle dans toute sa dimension	DPRS	Toutes directions régions	Décembre/ Février 2015	Consultants
Mise en œuvre du programme de formation sensibilisation	DPRS/DRH		Mars 2015	

3- Recommandations en vue de la mise en œuvre de la plateforme multisectorielle

- 1- Finalisation et envoi du rapport complet à la DPRS par le consultant dès le dimanche 18 octobre et diffusion lundi 20 octobre à tous les participants par la DPRS ;
- 2- Tenir des séances de travail avec les départements ministériels absents de l'atelier afin de compléter les domaines de compétences ;
- 3- Définir un profil des points focaux ainsi que des TDR et cibler plus particulièrement dans les secteurs les services de planification et de politique s'ils existent et demande de désignation de 2 agents par départements ;
- 4- Tenir une réunion de coordination consacrée à la restitution des conclusions de l'atelier sur la multisectorialité ;
- 5- Tenir des rencontres d'appropriation de la multisectorialité au niveau interne du MSAS afin que les directions et services s'en approprient avant de tenir le Conseil Interministériel ;
- 6- Préparer toute la documentation nécessaire à la tenue du Conseil Interministériel avant la fin décembre 2014 (finalisation du rapport, argumentaire, programme de sensibilisation et Formation, document de plaidoyer, organes à mettre en place, points focaux, charte de la multisectorialité, Conseil Interministériel);
- 7- Faire tenir la rencontre du Conseil Interministériel au 1^{er} trimestre 2015 ;
- 8- Consacrer les 2 à 3 mois restants de 2014 à peaufiner les autres activités du plan d'action sur la multisectorialité notamment un plaidoyer par le biais d'un argumentaire pour l'augmentation des budgets des autres secteurs déterminants à impact direct sur la santé en vue d'améliorer le niveau de santé des populations
- 9- Mettre en œuvre l'Approche multisectorielle dès début 2015 ;
- 10-Recentrer toutes les questions de santé relatives à la multisectorialité au profit du secteur de la santé et mettre fin aux multiples comités multisectoriels.

Au niveau central

- 1- Nécessité de renforcer la Division Partenariat structure en charge exclusivement de la multisectorialité au sein du MSAS
- 2- Améliorer l'intra-multisectorialité au niveau des directions du MSAS partageant les mêmes programmes de santé

- 3- Mettre en place un Comité national supérieur de pilotage de la multisectorialité avec les ministres concernés sous la coordination du Premier Ministre avec un secrétariat technique regroupant les directeurs des départements ministériels concernés par la multisectorialité avec des comités spécialisés : (lutte contre la maladie, VIH/SIDA, mortalité maternelle, infantile et néonatale, malnutrition, CMU, dialogue politique, suivi évaluation, et autres groupes thématiques etc.) qui se réunit tous les 6 mois. Le secrétariat est assuré par le ministre de la santé et de l'Action sociale.
- 4- Il faut un dialogue inclusif avec les départements ministériels, le privé, la société civile et les PTF et implication de tous à l'image du processus du CCM.
- 5- Elaborer un plan national multisectoriel santé avec la contribution de chaque secteur ou alors Introduire une stratégie multisectorielle dans le cadre du PNDS et l'opérationnaliser dans les actions, avec un dispositif de suivi évaluation
- 6- Renforcer le dialogue intersectoriel avec les autres ministres, les associer à l'identification des projets et des programmes et à leur mise en œuvre
- 7- Mettre en place un comité de suivi qui se réunit tous les 3 mois sur la base d'un tableau de bord des indicateurs de suivi de la multisectorialité.
- 8- Elaborer un programme d'information, de marketing et un argumentaire portant promotion de la santé et de plaidoyer tout en démontrant le bien fondé de la multisectorialité.
- 9- Définir un cahier des charges de la multisectorialité pour chaque secteur déterminant de santé.
- 10-Créer un comité d'initiatives en matière de multisectorialité.
- 11-Mettre en place un Conseil Présidentiel sur la Multisectorialité santé qui se réunit une fois l'année.

Au niveau régional

1. Mettre en place dans chaque région un comité multisectoriel de pilotage décentralisé à l'image du comité national avec des sous comités spécialisés par thématique présidé par le Gouverneur qui se réunit tous les 6 mois.
2. Elaborer un plan multisectoriel santé au niveau de chaque région, voire du Département;
3. Renforcer les capacités des services régionaux, départementaux et locaux en vue de la mise en œuvre de la multisectorialité ;
4. Mettre en œuvre le programme d'information et de renforcement des capacités des acteurs régionaux ;
5. Mettre en œuvre du dispositif de suivi évaluation au niveau régional

ANNEXES

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Assemblée Nationale

1. Mme Hawa Dia Thiam Président de la Commission Santé

Primature

2. Abdoulaye Ka Coordonnateur PRN
3. Dr Safiétou Thiam SE/CNLS
4. Dr Seyni Ndoye CNLS
5. Mme Gabrielle Coll CNLS

MSAS Niveau Central

6. Moussa Mbaye SG
7. Dr El Hadji Mamadou Ndiaye DP
8. Dr Abdoulaye Sidibé Wade DGS
9. Dr Idrissa Talla DLM
10. Dr Mady Ba Coordonnateur PNL
11. Dr Ahmadou Djibril Ba DPRS
12. Khalifa Dieng DAGE
13. Ndeye Fatou Tall Ndiaye DPRS
14. Magor Sow CACMU
15. Arona Mbengue DPRS
16. Papa Mbow DGS

Autres ministères

17. Amady Gnagna Cissé Direction de l'Environnement : Division de la planification et veille environnementale : Ministère de l'Environnement et du Développement Durable
18. Pr Malick Sembène : Chef Division de la Santé : DCMS/MEN
19. Balla Sall chef Division de la Protection zoo sanitaire : Ministère de l'Elevage
20. Ismaila Seck Chef Division Bureau Surveillance Epidémiologique .Ministère Elevage
21. Cheikh Aldiouma Sy : Coordonnateur de la Cellule des Etudes et de la Planification : Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement
22. Ndèye Mayé Diouf ; DCEF/ Ministère de l'Economie et des Finances : DCEF Chef Bureau Quatenaire
23. Mr Balla Diop : DAPS Ministère de l'Agriculture
24. Mr Alioune Sarr chef Division suivi et facilitation des projets Mines DAGE Ministère de l'Industrie et des Mines

25. Mme Diouf et Mme Coly IPM Ministère de la Fonction Publique du Travail et des Organisations professionnelles
26. Mme Fatou Thiam Ministère de l'Energie
27. Mr Moustapha Sarr CT1 Ministère de l'Aménagement du Territoire et des Collectivités Locales
28. Mme Cissé et Mme Mbaye Cellule d'études et de planification(CEP) Ministère du Tourisme et des Transports aériens
29. Mr Amadou Sow CEP Ministère des Pêches et des Affaires maritimes
30. Mr Alioune Diagne CEP/SG Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat
31. Colonel Babacar Faye chef Département pharmacie UASSO
32. Mr Ibrahima Guèye SG Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
33. Ibrahima Ndiaye Chef DESPS Garde des Sceaux Ministère de la Justice
34. Mme Adama Seck point focal VIH/SIDA Ministère de la Femme, Famille et de l' Enfance
35. Mr Maissa Diao directeur du PPJ Ministère de la Jeunesse, de l'Emploi et de la Promotion des Valeurs Civiques
36. Mr Alassane Diallo directeur de l'appui à l'investissement et aux projets (DAIP) Ministère des Affaires Etrangères et des Sénégalais de l'Extérieur
37. Mr Amadou Dème directeur des Affaires Générales Ministère de l'Intérieur

Région Kaffrine

38. Mr Diallo Gouverneur de la Région de Kaffrine
39. Abdoulaye Ndiaye : Préfet Département Kaffrine
40. Amadou Lamine Guissé Préfet de Mbirkilane
41. Aissatou ndao adjointe au Maire de Mbirkilane
42. Mbagnick Sène : SDDR/ Ministère Agriculture
43. Abdoulaye Ndiaye S/Prefet Keur Mbouki
44. Ibrahima Sène : Président Délégué Spécial Keur Mbouki et PCR
45. Ibra Ndiaye adjoint S/Prefet Keur Mbouki
46. Dr Malick Ndiaye MCRM Kaffrine
47. Bathie Niang SG Conseil Régional Kaffrine
48. Souleymane Ndao chef Cabinet et point focal santé Conseil Régional de Kaffrine
49. Ibrahima Wone : 2ième adjoint Mairie de Kaffrine
50. Mbagnick Diop président du comité de district de Kaffrine
51. Aboubakar Diakhaté chef SR Appui au Développement Local
52. Samba Bakhoun : I.A Kaffrine
53. Bassirou Dione DRDR Kaffrine

Région saint louis

54. Ibrahima Sakho Gouverneur Région Saint Louis

55. Alioune Badara Samb Préfet de Saint Louis
56. Aliou Sarr PCR CR Fass
57. Mme Fall Maire adjointe de Dagana
58. Dr alassane Ndiaye : MCD Dagana
59. Oumar Ndiaye ICP Mbilor CR Bokhol S/P Mbane
60. Aly Kébé Ndiaye Inspecteur Régional de la Jeunesse Saint Louis
61. Mme Ba Nafissatou SG Mairie de Saint Louis
62. Dr Algaye Ngom MCD Richard Toll
63. Moustapha Ndiaye Préfet de Dagana
64. Oumar Dia sous préfet de Mbane
65. Sada Ly DRDR Chef Division Production Végétale adjt DRDR
66. Charles Waly Basse adjoint chef de service Régional de Planification
67. Souleymane Diop chef SR Planification
68. Amath Dia SG/Conseil Régional
69. Gora Sèye chef service Régional Action Sociale
70. Abdoulaye Djiby Sambou chef service Régional Développement
Communautaire
71. Abdou Dione chef Service Régional d'Appui au Développement local
72. Bouna Warr directeur ARD
73. Ousmane Sow ARD planificateur , bonne gouvernance et renforcement des
capacités
74. Abdoulaye Fofana Dia chargé de programme UAR/CRLS
75. Amadou Bakhaw Diaw directeur EPS Richard Toll

PARTENAIRES

76. Dr Mariama Sylla Diène UNICEF
77. Dr Cheikh Tidjane Athie Président ACDEV
78. Cathérine Decker 1er Secrétaire de l'Ambassade du Grand Duché du
Luxembourg
79. Dr Lodi Evariste : ATP Composante Santé du PIC III LUXDEV
80. Christophe Lemièrre Economiste à la Banque Mondiale
81. Farba Lamine Sall Economiste conseiller chargé de l'Economie de la Santé
OMS
82. Emmanuel Seyni Ndione ENDA GRAF SAHEL
83. Ramatoulaye Dioume USAID Bureau Santé
84. Dr Fatou Ndiaye USAID Bureau Santé
85. John Bernan Health officer USAID Bureau Santé
86. Khadidiatou Aw USAID Bureau Santé
87. Dr El Hadji Amadou Mbow USAID Bureau Santé
88. Dr Selly Kane UNFPA

Documentation

République du Sénégal : Ministère de la santé et de la Prévention médicale :
multisectorialité dans les régions de Tambacounda (district de Kédougou) et de
Kolda(district de Vélingara) :Synthèse des travaux de groupe

OMS : Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé : Déclaration
politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé : Rio 21/01/2011

UNFPA : Enquêtes sur les flux financiers en matière de SR au Sénégal : années :
2010,2011 et 2011

OMS : Recommandations viennoises sur la santé dans les villes : 24-26/5/1988

OMS : Déclaration de Mexico sur la recherche en santé : Mexico 16-20 novembre
2004

OMS : Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques :
2010

République du Sénégal : Ministère de la santé et de la Prévention médicale : DPRS :
Etat des lieux sur le processus de mise en œuvre de l'approche multisectorielle dans
le secteur de la santé

République du Sénégal : Ministère de la santé et de la Prévention médicale CAFSP :
Document du projet SRPDE au Sénégal

Déclaration à la conférence des Nations Unies sur l'environnement : Stockholm 5-
16/6/1972

OMS/UNICEF Déclaration d'Alma Ata à la conférence sur les SSP : 6-12 septembre
1978

OMS : Conférence sur la santé, élément essentiel du développement durable :
Résolution des Nations Unies sur la convention sanitaire universelle

OMS, Canadian public health association et association santé et bien être social du
Canada : santé : chartes et déclaration d'Ottawa, Jakarta et Bangkok 12/12/2012

OMS/ 67 ième Assemblée mondiale sur la santé du 4/3/2014 : contribuer au
développement socio- économique et social : une action intersectorielle durable pour
améliorer la santé et l'équité en santé : rapport du secrétariat

CAFSP : Diagnostic situationnel et cahier des charges des actions de la
multisectorialité dans le département de Vélingara

CAFSP : Diagnostic situationnel et cahier des charges des actions de la
multisectorialité dans le département de Kédougou

CAFSP : Diagnostic situationnel et cahier des charges des actions de la multisectorialité dans le département de Ranérou Ferlo

République du Sénégal : Ministère de la santé et de la Prévention médicale : CAFSP : Rapport d'activités du projet SRPDE

OMS : Commission des déterminants sociaux de la santé : combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de la santé

OMS Déclaration de Hawaï 1992

OMS : Déclaration d'Alger : conférence ministérielle sur la recherche pour la santé dans la région africaine ; réduire le déficit des connaissances pour améliorer la santé en Afrique 23-26/6/2008

République du Sénégal : Ministère de la santé et de la Prévention médicale : DPRS : Plan national de développement sanitaire 2009- 2018

République du Sénégal : Ministère de la santé et de la Prévention médicale : Feuille de route multisectorielle pour réduire la santé maternelle et néonatale 2006

République du Sénégal : Primature : Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2014/2017

République du Sénégal : Ministère de la santé et de la Prévention médicale : CAFSP : Guide de mise en œuvre de l'approche multisectorielle du projet santé, réduction de la pauvreté et développement économique(SRPDE) 2007/2010



République du Sénégal
Un peuple-Un But-Une Foi

Ministère de la Santé et de
l'Action Sociale

**DIRECTION DE LA PLANIFICATION, DE LA RECHERCHE ET DES
STATISTIQUES**

Termes de référence

**REALISATION DES ETUDES DIAGNOSTICS SUR LA MULTISECTORIALITE DANS
LES DEPARTEMENTS MINISTERIELS CIBLES**

TERMES DE REFERENCE POUR LA REALISATION DES ETUDES DIAGNOSTICSUR LA MULTISECTORIALITE DANS LES DEPARTEMENTS MINISTERIELS CIBLES

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le Ministère en charge de la sante doit aux différents niveaux, stratégiques comme opérationnels, impulser cette recherche de synergie d'actions, en exploitant les dispositions institutionnelles. Cette orientation majeure se fonde sur la volonté exprimée par le chef de l'Etat de mettre en place les stratégies adéquates qui permettront de garantir à chaque citoyen sénégalais d'accéder à des soins de qualité à coût abordable, en d'autres termes la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Plusieurs départements ministériels ainsi que le secteur privé mènent des activités de santé en dehors du Ministère en charge de la santé ou gèrent des déterminants liés à la santé.

En effet, le rapport de la commission macroéconomie et santé de l'OMS, publié en décembre 2001, a montré que la santé joue un rôle primordial dans les stratégies de réduction de la pauvreté, de croissance accélérée et de développement humain. Selon ce rapport, les souffrances et les décès évitables sont proportionnellement plus fréquents chez les personnes démunies en raison de la malnutrition, d'installation d'assainissement inadéquates, du manque d'eau potable et de la difficulté d'accéder aux soins de qualité. Egalement, des maladies graves peuvent appauvrir des familles du fait que celles-ci perdent leurs revenus et doivent vendre leurs biens pour faire face aux traitements coûteux. Par ailleurs, l'effet dévastateur du SIDA, du paludisme et d'autres maladies transmissibles affectent sensiblement la productivité du facteur travail, et expliquent le retard de croissance des économies à forte intensité de main d'œuvre que constituent la majorité des pays africains.

La collaboration formalisée entre les différents secteurs permet d'une part, de mieux exploiter les actions sanitaires ou favorables à la santé et d'autre part, de juguler les conséquences négatives des actions sur la santé des autres secteurs dans le cadre de l'exécution de leurs missions.

C'est dans cette logique que le MSAS a prévu de mener au préalable des études diagnostics au niveau des autres départements ministériels afin d'appréhender les axes de collaboration et de définir les modalités d'une institutionnalisation d'une plateforme multisectorielle.

Objectifs de l'étude

a. Objectif général

- Analyser les déterminants fondamentaux de la multisectorialité dans le cadre de la mise en œuvre des politiques publiques au niveau des Départements ministériels sur lesquels il faut s'appuyer pour améliorer la santé des populations

b. Objectifs spécifiques

- Faire un diagnostic situationnel des interventions sanitaires des Départements ministériels.
- Identifier les mécanismes de mobilisation des ressources additionnelles pour faire face aux problèmes prioritaires de santé
- Identifier les forces, les faiblesses et les contraintes non financières pour jeter les bases d'une stratégie de développement de la Multisectorialité
- Contribuer à l'ébauche d'une plateforme multisectorielle en faveur de la santé

2. Résultats attendus

- Un rapport diagnostic des départements ministériels est disponible
- Des propositions portant sur une plateforme multisectorielle sont élaborées
- Un plan d'action en vue de la mise en œuvre de la multisectorialité est proposé

I. METHODOLOGIE

Des études diagnostic seront réalisées par un consultant qui devra s'appuyer sur les points focaux du programme multisectoriel du ministère concerné sous la supervision du comité national. Le comité chargera du pilotage du dossier.

PHASE 1 : Briefing et analyse documentaire

Une séance de briefing, objet d'un procès-verbal, sera organisée avec le consultant et le comité national afin de :

- S'accorder sur les termes de référence (TDR) des études; Identifier les sources de documentation;

Préciser et valider les modalités des prestations du consultant. Cette étape permettra au consultant de présenter la compréhension des TDR et leur méthodologie pour mener efficacement la mission qui r lui est confiée. Au cours de cette réunion, l'approche à adopter sera validée et feront l'objet d'un premier rapport.

PHASE 2 : Collecte de données

Etape 1 : Phase préparatoire avec la conception des différents outils en vue des entretiens et des interviews, ainsi que des supports pour l'exploitation des documents en tenant compte des objectifs de l'étude. Etape 2 : Rencontres avec le comité national élaboration d'un document d'analyse et de diagnostic. Au terme de la mission, une séance de débriefing sera organisée. Sur la base des observations et suggestions, un deuxième rapport sera rédigé et remis comme support documentaire.

PHASE 3 : Atelier de restitution

Un rapport provisoire sera remis par le consultant et présenté au cours d'un atelier de restitution aux membres du comité national. Les observations des membres du comité seront ainsi intégrées dans la version finale du document.

PHASE 4 : Finalisation des documents Chaque consultant rédigera son document final, qui inclura en annexes l'ensemble des documents produits.

II. PROFIL DU CONSULTANT

La mission sera confiée à un consultant dont le profil sera un économiste de la santé, économiste ou médecin de santé publique expert national ou international. Il devra justifier d'au moins une expérience probante d'au minimum cinq années d'expérience en formulation et/ou gestion de programmes de santé publique; excellentes capacités rédactionnelles requises.

III. MINISTÈRES CIBLES

1. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
2. Ministère en charge de l'infrastructure et des Transports
3. Ministère en charge de l'Agriculture et de l'Équipement rural
4. Ministère en charge de l'Hydraulique et de l'Assainissement rural
5. Ministère en charge de l'Aménagement territorial et des collectivités locales
6. Ministère en charge de la Femme, de l'Enfant et de l'Entrepreneuriat Féminin
7. Ministère en charge de l'Élevage
8. Ministère en charge des Forces Armées
9. Ministère en charge de l'Urbanisme et de l'Habitat
10. Ministère en charge de l'Écologie et de la Protection de la Nature
11. Ministère de l'Économie et des Finances
12. Ministère en charge du commerce, de l'Industrie et de l'Artisanat
13. Ministère en charge de l'Intérieur
14. Ministère en charge de l'Énergie et des Mines
15. Ministère en charge de l'Éducation Nationale
16. Ministère en charge de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
17. Ministère en charge de la Jeunesse, de la Formation Professionnelle et de l'Emploi

IV. DATE : Novembre – Décembre

V. Durée de l'étude : un (1) mois