

703

Évaluation  
du  
Projet de Développement des Ressources Humaines  
(PDRH 1)

Revue à mi-parcours

Volet Santé

Dr Paul Verlé  
M D , DTM&H, MSc

## Contenu

|                                                                                        |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Liste des abréviations                                                                 | p. 5  |
| Synthèse                                                                               | p. 7  |
| I. Généralités                                                                         | p. 8  |
| 1.1. Historique du projet                                                              | p. 8  |
| 1.2. Organisation du système de santé                                                  |       |
| 1.2.1. Système de santé publique                                                       | p. 9  |
| 1.2.2. Stratégie sanitaire du Gouvernement                                             | p. 10 |
| 1.2.3. Personnel des structures sanitaires                                             | p. 12 |
| 1.3. Conditions d'entrée en vigueur du crédit                                          | p. 13 |
| 1.4. Evénements importants lors du projet                                              |       |
| 1.4.1. Districts sanitaires et plans de développement                                  | p. 14 |
| 1.4.2. L'Initiative de Bamako                                                          | p. 14 |
| 1.4.3. Changement de parité du F CFA                                                   | p. 15 |
| II. Mise en oeuvre de la politique nationale de population                             | p. 16 |
| 2.1. Renforcement du programme national de planification familiale (PF)                |       |
| 2.1.1. Extension des Services de PF dans le système de santé publique                  | p. 17 |
| 2.1.2. Extension des Services de PF dans le secteur privé                              | p. 20 |
| 2.1.3. Promotion de la PF par des activités d'IEC                                      | p. 22 |
| 2.2. Promotion du statut de la femme                                                   | p. 23 |
| 2.3. Sensibilisation des jeunes                                                        | p. 23 |
| 2.4. Renforcement institutionnel pour la promotion du programme national de population | p. 23 |

|                                                                                              |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| III. Mise en oeuvre de la politique nationale de santé                                       | p. 24 |
| 3.1. Développement du système de district sanitaire                                          | p. 24 |
| 3.1.1. Élaboration de programmes de formation pour le personnel des districts sanitaires     | p. 24 |
| 3.1.2. Élaboration d'un système de gestion financière pour les districts sanitaires          | p. 30 |
| 3.1.3. Promotion des organisations communautaires de santé (OCS)                             | p. 32 |
| 3.1.4. Assistance pour l'exécution des plans de développement de district dans trois régions | p. 34 |
| 3.2. Promotions des médicaments essentiels                                                   | p. 40 |
| 3.2.1. Réforme de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement                                 | p. 41 |
| 3.2.2. Constitution d'un stock initial de médicaments pour les districts sanitaires          | p. 44 |
| 3.2.3. Organisations de campagnes d'information pour les prescripteurs et le public          | p. 45 |
| 3.2.4. Élaboration d'une stratégie à long terme pour le secteur pharmaceutique               | p. 46 |
| 3.3. Renforcement institutionnel du secteur de la santé                                      | p. 47 |
| IV. Coordination et gestion du projet                                                        | p. 52 |
| 4.1. Renforcement institutionnel du secteur de la santé                                      | p. 52 |
| 4.2. Activités de l'USC/Santé                                                                | p. 53 |
| 4.3. Situation financière                                                                    | p. 55 |
| 4.3.1. Fonds IDA                                                                             | p. 55 |
| 4.3.2. Contrepartie sénégalaise                                                              | p. 56 |
| 4.3.3. Cofinancement                                                                         | p. 56 |
| V. Conclusion                                                                                | p. 57 |



## Bibliographie

p. 58

## Annexes

|                                                            |       |
|------------------------------------------------------------|-------|
| Annexe 1: Structure de l'accord de crédit 2255/SE          | p. 61 |
| Annexe 2: Bilan des sessions de formation en PF des ICP    | p. 64 |
| Annexe 3: Liste nominative des 60 nouveaux postes de santé | p. 65 |
| Annexe 4: Situation du volet génie civil (septembre 94)    | p. 66 |
| Annexe 5: Bilan financier des régions en 1993              | p. 69 |
| Annexe 6: Récapitulation des recommandations               | p. 71 |
| Annexe 7: Liste des principales personnes rencontrés       | p. 74 |



## Liste des abréviations

|                        |                                                                    |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| A O I                  | Appel d'Offres International                                       |
| A P S                  | Association pour la Promotion de la Santé                          |
| A P H                  | Association pour la Promotion de l'Hôpital                         |
| A G E T I P            | Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public                    |
| A S B E F              | Association pour le Bien-Etre Familiale                            |
| A S C                  | Agent de Santé Communautaire                                       |
| C E S                  | Certificat d'Etudes Spéciales                                      |
| C E S S I              | Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers                |
| C F A                  | Communauté Française Africaine                                     |
| C H U                  | Centre Hospitalier Universitaire                                   |
| C I                    | Comité Interministériel                                            |
| C S                    | Centre de Santé                                                    |
| D A G E                | Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement          |
| D H S P                | Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique                     |
| D T S                  | Droits de Tirage Spéciaux                                          |
| E N D S S              | École Nationale de Développement Sanitaire et Sociale              |
| E P S                  | Éducation Pour la Santé                                            |
| E V F                  | Éducation à la Vie Familiale                                       |
| F E D                  | Fond Européen de Développement                                     |
| F N U A P              | Fond des Nations Unies pour les Activités en matière de Population |
| G E E P                | Groupe pour l'Etude et l'Enseignement de la Population             |
| G E R C O M            | Gestion des Ressources Humaines Communication Marketing            |
| I B                    | Initiative de Bamako                                               |
| I C P                  | Infirmier Chef de Poste                                            |
| I D A                  | International Development Association                              |
| I E C                  | Information, Éducation et Communication                            |
| I P M                  | Institut de Prévoyance de Maladies                                 |
| I S E D                | Institut de Santé et Développement                                 |
| I S M                  | Institut Supérieur de Management                                   |
| M C D                  | Médecin-Chef de District                                           |
| M C R                  | Médecin-Chef de Région                                             |
| M D 2                  | deuxième Médecin de District                                       |
| M D C F E              | Ministère Délégué Chargé de la Femme et de l'Enfant                |
| M E F P                | Ministre de l'Economie, des Finances et du Plan                    |
| M I                    | Ministre de l'Intérieur                                            |
| M J S                  | Ministère de la Jeunesse et des Sports                             |
| M S P A S <sup>1</sup> | Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale              |
| M S A S                | Ministère de la Santé et de l'Action Sociale                       |
| O C S                  | Organisations Communautaires de Santé                              |

<sup>1</sup> en 1993, le MSPAS a été transformé en MSAS

|        |                                                                      |
|--------|----------------------------------------------------------------------|
| OMS    | Organisation Mondiale de la Santé                                    |
| ONG    | Organisation Non Gouvernementale                                     |
| PAIP   | Programme d'Action et d'Investissement Prioritaires                  |
| PBEF   | Projet Bien-Etre Familiale (FNUAP)                                   |
| PDRH   | Projet de Développement des Ressources Humaines                      |
| PDDS   | Plan de District de Développement Sanitaire                          |
| PNS    | Politique Nationale de Santé                                         |
| PRDS   | Plan Régional de Développement Sanitaire                             |
| PEV    | Programme Élargi de Vaccination                                      |
| PF     | Planification Familiale                                              |
| PMI    | Protection Maternelle et Infantile                                   |
| PNPF   | Programme Nationale Planification Familiale                          |
| PNA    | Pharmacie Nationale d'Approvisionnement                              |
| PRA    | Pharmacie Régionale d'Approvisionnement                              |
| PSFP   | Projet Santé Familiale et Population                                 |
| RM     | Région Médicale                                                      |
| SANAS  | Service de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée<br>au Sénégal |
| SANFAM | Santé de la Famille                                                  |
| SGE    | Service des Grandes Endémies                                         |
| SIG    | Système d'Information à des fins de Gestion                          |
| SMI    | Santé Maternelle et Infantile                                        |
| SNEPS  | Service National de l'Education pour la Santé                        |
| SSP    | Soins de Santé Primaires                                             |
| UCP    | Unité de Coordination du Projet                                      |
| USC    | Unités de Soutien des Composantes                                    |
| USAID  | Agence des Etats-Unis pour le Développement International            |
| VSPP   | Volet Secteur Privé et Parapublic                                    |



## Synthèse

En 1991 un accord a été signé entre la République du Sénégal et l'Association Internationale de Développement (IDA) pour la Banque Mondiale, pour réaliser un Projet de Développement des Ressources Humaines (PDRH1). Le projet a commencé en juillet 1991 et prendra fin le 31 décembre 1995.

Le projet comprend des investissements au titre de deux volets, population et santé, et appuie les efforts visant à:

- maîtriser la fécondité et réduire le taux d'accroissement de la population par la mise en oeuvre de son programme national de population
- restructurer le secteur de la santé par la mise en oeuvre de sa politique nationale

Une revue à mi-parcours a eu lieu durant le mois d'octobre 1994. Ce rapport comprend l'évaluation du volet santé du programme PDRH1.

Les premiers résultats du volet santé sont positifs dans l'ensemble malgré un retard initial, principalement dû aux lenteurs administratives. L'infrastructure s'est améliorée considérablement et l'appui en matériel et en équipement est en cours. Les objectifs des projets de formation sont presque tous atteints. Pendant la première période le Ministère a appliqué sa politique de décentralisation, de médicaments essentiels et de recouvrement de coûts. La population s'est montrée enthousiaste vis à vis du développement du système de santé publique et la participation a été importante à l'échelle du pays.

Cependant, ces réalisations comme telles ne garantissent guère l'amélioration générale du niveau de santé de la population. Pour la deuxième phase du projet, l'amélioration du fonctionnement des infrastructures et de la qualité des services doivent être la priorité du projet afin d'atteindre les objectifs préconisés et de consolider les résultats obtenus. La supervision à tous les niveaux est considéré comme élément essentiel pour un succès durable.

L'absence d'un système informatisé opérationnel, les études de gestion non achevées et le fait que les programmes de redéploiement ne sont pas appliqués empêchent la rationalisation et le développement des ressources humaines, matérielles et financières.

Malgré beaucoup d'efforts, l'approvisionnement en médicaments essentiels reste l'obstacle majeur à la réussite de la politique nationale de santé au Sénégal. L'amélioration de l'approvisionnement des structures de base est essentielle pour que le projet puisse réussir la réalisation de ses objectifs.



## **I. Généralités**

---

### **1.1. Historique du projet**

En 1988 le Gouvernement du Sénégal a défini et adopté la Déclaration de Politique de Population et en 1989 il a défini et adopté sa politique de santé. Par la suite il a élaboré le Programme d'Actions et d'Investissements Prioritaires (PAIP) destiné à donner une impulsion aux activités menées dans le domaine de la population et de la planification familiale (PF). Ceci a mené à la définition d'un Programme National de Planification Familiale (PNPF) reflétant les points de vue de toutes les composantes de la société.

A travers des projets, la Banque Mondiale veut apporter un soutien à l'exécution des activités prioritaires des programmes du Gouvernement en liaison avec d'autres bailleurs de fonds.

En date du 22 juillet 1991, un accord de crédit (2255/SE) de développement a été signé entre la République du Sénégal et l'Association Internationale de Développement (IDA) pour la Banque Mondiale, pour la réalisation d'un Projet de Développement des Ressources Humaines 1 (PDRH1). Le montant total était de 35 millions de \$ US, dont 21 millions pour le secteur de la santé, avec une contrepartie du Gouvernement du Sénégal de 2,9 millions de \$ US (voir annexe 1). Le projet a commencé le premier juillet 1991 et prendra fin le 31 décembre 1995.

Le projet comprend des investissements au titre de deux volets, population et santé, et appuie les efforts visant à:

- maîtriser la fécondité et réduire le taux d'accroissement de la population par la mise en oeuvre de son programme national de population
- restructurer le secteur de la santé par la mise en oeuvre de sa politique nationale

Une revue à mi-parcours a eu lieu durant le mois d'octobre 1994, par des experts en matière de population, d'IEC (information, éducation et communication), de développement communautaire et de santé. Un rapport de synthèse a été établi.

Ce rapport comprend l'évaluation du volet santé du programme PDRH1 par l'expert de santé de la présente mission. Cependant le volet population contient la composante planification familiale qui fait intégralement partie de la politique de santé. Aussi les comités de santé jouent un rôle important dans le développement des activités sanitaires. Il est évident que ces aspects sont inclus



dans ce rapport. Pour mieux situer les différentes composantes, la structure du programme a été reprise, pour les aspects qui ne ressortent pas sous la compétence de l'expert en santé, il a été référé aux autres rapports.

## 1.2. Organisation de la Santé

### 1.2.1. Système de santé publique

Après la conférence de Alma-Ata en 1978, le Sénégal a décidé d'appliquer la politique des Soins de Santé Primaires (SSP) afin d'obtenir la santé pour tous d'ici l'an 2000. La stratégie pour atteindre cet objectif est basée sur l'utilisation de formations sanitaires accessibles, offrant des soins de qualité.

Les formations sanitaires au Sénégal sont organisées de manière pyramidale. A la base figure le poste de santé (PS) sous la responsabilité d'un infirmier, d'une sage-femme ou d'un agent sanitaire engagé par l'Etat. Le PS est le premier niveau de contact avec le système formel de santé. Le responsable peut superviser un certain nombre de cases de santé et de maternités rurales dotées d'agents de santé villageois et de matrones, qui ne sont pas des fonctionnaires. Le centre de santé (CS) sous la responsabilité d'un médecin généraliste est le niveau de référence pour le poste de santé et peut être relié à un centre de protection maternelle et infantile (PMI). L'hôpital régional est le niveau de référence pour les centres de santé, avec des médecins spécialistes comme responsables des différents services. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) à Dakar sont les niveaux de référence ultérieure.

Ces formations sanitaires étaient organisées en unités qui correspondaient aux unités de l'administration générale. Une circonscription médicale (CM) comprenait tous les postes de santé et centres de santé (1 à 3) d'un département et était l'unité de base. Les CM étaient groupées sous la responsabilité d'un médecin chef régional.

Depuis le début des années 80, le Sénégal a introduit le concept de la participation de la population, suite à l'expérience concluante réalisée à Pikine (banlieue de Dakar). Un réseau d'organisations communautaires de santé (OCS) a été créé au niveau des PS et des CS. Ces OCS sont regroupés dans des associations pour la promotion de la santé (APS) au niveau départe, et des associations pour la promotion de l'hôpital (APH) au niveau hospitalier. Les usagers des formations de santé de base payaient une somme forfaitaire par prestation. Ces recettes devaient servir à développer des services de santé de



la formation sanitaire en question. Chaque semestre les structures avaient aussi droit à une dotation en médicaments de l'État.

Globalement la performance du système de santé publique était basse. Les indicateurs comme taux de mortalité (infantile, maternelle) restaient élevés. Le nombre d'utilisateurs du système avait baissé au cours des années malgré une augmentation de la population totale. Il était reconnu que le secteur public ne pouvait plus répondre aux besoins en matière pharmaceutique. Souvent la population était obligée de s'adresser plus au secteur privé, ce qui signifiait une augmentation de coût énorme, encore accentuée par les pratiques irrationnelles en matière de prescription. Les médicaments étaient de plus en plus inaccessibles notamment en milieu rural. Globalement, les recettes perçues par les OCS étaient négligeables (0,15 \$ US / habitant / an).

### 1.2.2. Stratégie sanitaire

Conscient du déficit du système de santé, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS)<sup>2</sup> a fait des efforts remarquables depuis la fin des années 80 pour réévaluer la performance du secteur et planifier des réformes au niveau des services de santé.

En 1989 le Gouvernement du Sénégal a défini et adopté sa politique de santé, avec les objectifs suivants:

- améliorer la couverture sanitaire
- améliorer la santé de la mère et de l'enfant
- développer des actions préventives et éducatives
- rationaliser les activités curatives
- rationaliser et développer les ressources humaines, matérielles et financières
- maîtriser les variables démographiques

La réorganisation des services de santé en 45 districts sanitaires devient la pièce maîtresse du programme de réforme du secteur de la santé. Le district sanitaire est un ensemble opérationnel qui couvre une population de 150,000 à 300,000 habitants, comprenant 1 centre de santé et la totalité des postes de santé (PS) situés dans sa zone de responsabilité (1 PS/10.000 habitants ou 15 à 30 PS/district). La définition du district répond à des critères démographiques et géographiques. La réorganisation des services est basée sur les principes suivants: couverture complète et équitable de l'ensemble de la population par

---

<sup>2</sup> en 1993, le Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale (MSPAS) a été transformé en Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS)



la définition de "zones de responsabilités" pour chaque poste et centre, précision des tâches et des normes de personnel, des besoins et des ressources. Les services verticaux doivent être intégrés. La participation communautaire à l'effort de santé est à développer.

L'analyse du réseau des structures existantes a montré qu'il existe suffisamment de centres de santé mais pas assez de postes de santé pour desservir la population. En outre, les postes de santé étaient mal répartis, étant trop nombreux dans certaines zones rurales et nettement insuffisants dans les villes. Tenant compte des contraintes financières, il a été décidé de transformer certains hôpitaux en centres de santé et certains centres de santé en postes de santé.

Les postes de santé, les centres de santé et les hôpitaux régionaux doivent offrir un minimum de prestations, appelé par convention "paquet minimum d'activité", identique pour chaque classe de structure. Ce n'est que lorsque ces prestations sont offertes en quantité et qualité suffisante, qu'une structure faut développer des fonctions additionnelles.

Au niveau de poste de santé, le paquet minimum d'activité comprend la consultation curative primaire, la prise en charge des malades chroniques (tuberculeux, lépreux ....), la consultation prénatale, la consultation des nourrissons sains, le planning familial et la récupération nutritionnelle. Le paquet minimum d'activité du CS couvre l'hospitalisation, la consultation de recours par un médecin, des travaux de laboratoire et de radiographie, la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et la récupération nutritionnelle. Les hôpitaux disposent des médecins spécialistes parmi lesquels il y a, au minimum, un chirurgien, un gynécologue, un ORL, un pédiatre, un ophtalmologue et un dentiste.

Chaque district est doté d'une équipe cadre qui, en plus des activités purement clinique au CS et de la supervision des PS, doit gérer les ressources (personnel, médicaments, budget, .....). Elle est constituée de médecins de district et de superviseurs des activités de SSP, de SM/PPF et d'EPS. Les régions médicales ont un rôle intermédiaire entre le niveau central et le niveau district. Elles encadrent les équipes de district et supervisent techniquement les activités. Elles jouent un rôle de modulateur dans les allocations de ressources.

Le MSAS s'est fixé comme objectif de diminuer le coût et d'améliorer la disponibilité des médicaments. Pour atteindre cet objectif, le MSPAS a l'intention de rendre opérationnel un programme de médicaments essentiels dans tout le pays.



### 1.2.3. Personnel des structures sanitaires

Basé sur des fichiers du personnel existant et en tenant compte des restrictions de recrutement, une analyse a été faite pour voir comment le personnel disponible pourrait être réparti dans le cadre de l'exécution de la Politique Nationale de Santé. Des normes de personnel ont été établies de la façon suivante<sup>3</sup>:

- poste de santé: 1 chef de poste<sup>4</sup> pris en charge par l'État des agents de soutien payés par les OCS
- centre de santé: 29 personnes prises en charge par l'État dont
  - 2 médecins
  - 14 paramédicaux (4 sages-femmes - 10 infirmiers ou agents sanitaires)
  - 1 agent chargé de la pharmacie
  - 3 techniciens (hygiène, assainissement, odontologie)
  - 3 aides infirmiers
  - 3 matrones
  - 3 administratifs (comptable, secrétaire, billeteur)
  - (1 chauffeur)<sup>5</sup>

Pour atteindre ces normes dans les CS et PS, il était reconnu qu'un redéploiement et un recrutement de personnel était nécessaire. Le MSAS avait défini un plan en deux phases adapté à la décision de créer 45 districts:

a) un plan d'urgence pour l'exercice 90-91 avec la priorité aux actions suivantes:

- le redéploiement de 17 médecins et le recrutement de 25 médecins afin de pourvoir aux 85 postes de médecins prévus au niveau de district
- la satisfaction des besoins en personnel paramédical des 565 postes de santé existants à conserver selon les normes de couverture et des 44 centres de santé
- l'affectation d'au moins un chirurgien et un gynécologue pour tous les hôpitaux régionaux
- la désignation ou l'identification d'un agent administratif pour chaque district

b) un plan à moyen terme (1991-96) avec la priorité aux actions suivantes:

<sup>3</sup> Une étude sur des normes des hôpitaux et autres structures spécialisées fait partie des activités prévues dans le cadre du programme

<sup>4</sup> soit un infirmier d'état, une sage-femme ou un agent sanitaire avec une formation adéquate

<sup>5</sup> dans le plan initial le poste chauffeur n'avait pas été comptabilisé



- l'affectation d'un ICP à chaque nouveau poste créé conforme au plan de couverture
- le redéploiement de tout le personnel de soutien des postes de santé
- le redéploiement du personnel des centres et postes existants considérés en surnombre selon les normes de couverture
- le recrutement d'un troisième médecin pour les districts où la population dépasse 250.000 habitants et du personnel administratif au niveau des districts
- la définition des normes des hôpitaux et autres structures spécialisées et redéploiement ou recrutement du personnel selon ces normes.

### 1.3. Conditions d'entrée en vigueur du crédit

L'entrée en vigueur du crédit pour l'exécution du projet était subordonnée aux conditions suivantes:

- a) le Gouvernement doit adopter le programme national de planification familiale (PF) et le décret incluant la PF dans le paquet minimum d'activités SMI en autorisant les ICP à distribuer tous les types de contraceptifs, sauf les DIU discutés.
- b) le Gouvernement doit exécuter les mesures de redéploiement et de recrutement du personnel dans le plan d'urgence pour l'exercice 90-91.
- c) le Gouvernement doit publier les règlements régissant le fonctionnement et la gestion des OCS, définissant les procédures de modification des OCS existantes pour qu'elles soient conformes à la nouvelle réglementation et exigeant que seules les OCS répondant à ces normes puissent fonctionner dans les formations sanitaires publiques (Voir 3.1.2.).
- d) le Gouvernement doit verser un montant initial de 350 millions de francs CFA sur un compte ouvert dans une banque commerciale au nom de la PNA.
- e) le Gouvernement doit doter l'Unité de Coordination du Projet (UCP) et les Unités de Soutien des Composantes (USC) du Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale (MSPAS), du Ministère de l'Intérieur (MI), du Ministère Délégué Chargé de la Femme et de l'Enfant (MDCFE) et du Ministère de la Jeunesse et des Sports (MJS) d'un personnel dont les qualifications et l'expérience étaient jugées satisfaisantes par l'IDA (voir 4.1.).

Le Gouvernement a rempli toutes ces conditions, bien que la publication des textes sur les OCS et le versement pour le compte de la PNA ont connu des retards (janvier 1992) et les mesures de redéploiement n'ont pas été achevées.



## **1.4. Événements importants au cours du projet**

### **1.4.1. Districts sanitaires et plans de développement**

En 1991 le MSPAS a appliqué le découpage du pays en 45 districts sanitaires, comme défini par la Direction de la Santé Publique durant les négociations du programme.

Pour pouvoir mettre en oeuvre la réforme des services de santé et la décentralisation au niveau des districts, des "Plans de Développement du District Sanitaire" (PDDS) ont été élaborés pour chacun des 45 districts. Ces plans contiennent une analyse de la situation, les objectifs du district sanitaire, un plan de couverture, un plan de budgétisation et un plan d'action.

Les PDDS ont ensuite été intégrés dans des "Plans de Développement de la Région Sanitaire" (PRDS). Au cours d'un séminaire tous ces PRDS ont finalement été discutés et acceptés en présence des bailleurs de fonds.

L'élaboration des plans a été un succès, étant le fruit d'un travail de groupe de l'ensemble des acteurs du terrain sous la direction de la Direction de la santé (la DHSP actuelle). Les plans n'étaient pas parfaits et les objectifs pas toujours réalistes mais l'exercice même a certainement contribué à améliorer les liens entre ces acteurs (y compris des projets de coopération bilatérale, d'ONG,...) et à mieux situer les problèmes et les solutions possibles.

L'élaboration des plans a eu lieu avant la mise en oeuvre du PDRH1, mais faisait partie du programme négocié, et a été partiellement financé par le PDRH1.

### **1.4.2. L'Initiative de Bamako**

En 1987, les Ministères de la Santé de la région Africaine réunis à Bamako, ont adopté un programme nommé Initiative de Bamako, sous les auspices de l'UNICEF et de l'OMS. Le but principal de l'initiative était de revitaliser la mise en oeuvre de la politique des Soins de Santé Primaires. La stratégie est basée sur le renforcement du système au niveau des districts sanitaires, et vise



l'autosuffisance des structures sanitaires par la vente des médicaments et moyennant à la population une participation aux frais des services rendus. La gestion de cette participation est confiée aux communautés.

Au Sénégal l'Initiative de Bamako a été lancée en 1991. Vu la tradition de participation aux soins, la principale innovation introduite consistait à la vente des médicaments afin de garantir le renouvellement des stocks et le financement d'autres activités. Il est évident que l'IB rentre tout à fait dans le cadre du PDRH1.

#### 1.4.3. Changement de parité du F CFA

En janvier 1994, la parité du franc CFA (la monnaie au Sénégal) par rapport au franc français a changé de 1 FF/50 F CFA à 1 FF/100 F CFA (dévaluation de 50%). Bien que les biens importés devenaient deux fois plus chers, ce changement a eu des influences de façon globalement positive sur le crédit 2255/SE puisque le crédit était négocié en Droits de Tirage Spéciaux (DTS).

Par contre les effets de la dévaluation induisent des surcoûts pour la contrepartie sénégalaise. Dans le volet santé, la contrepartie sénégalaise n'était prévue que dans deux catégories: génie civil et fonctionnement.

L'augmentation était estimée de la façon suivante:

|                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| Génie civil:    | 541.590.000 F CFA |
| Fonctionnement: | 108.735.000 F CFA |
| Total           | 650.325.000 F CFA |



## II. Mise en oeuvre de la politique nationale de population

### 2.1. Renforcement du programme national de planification familiale (PNPF)

Cette composante du projet doit appuyer la mise en oeuvre du PNPF en complément des projets importants financés par l'USAID et le FNUAP, pour atteindre les objectifs suivants:

- a) obtenir un taux de prévalence contraceptive au Sénégal de 14% en 1995
- b) étendre le système de prestation des services afin que le taux d'acceptation de la planification familiale (PF) continue de progresser au-delà de 1995 (22% en l'an 2000)

La libéralisation des règlements concernant la distribution et l'utilisation des contraceptifs était une condition préalable pour l'expansion rapide de la PF. Au début des années 90 le MSPAS a :

- a) supprimé les examens de laboratoire obligatoires pour la prescription des contraceptifs,
- b) autorisé la distribution des contraceptifs dans les dépôts pharmaceutiques
- c) inclus la PF dans le paquet minimum des activités d'un poste de santé (PS)
- d) autorisé les infirmiers chefs de poste (ICP) des PS de distribuer tous les types de contraceptifs, sauf les DIU dans le cadre des activités SMI.

La responsabilité pour l'extension des services de SMI/PF a été confiée à:

- le Service National SMI/PF du MSAS pour le volet public<sup>6</sup>
- des ONG pour le volet privé et parapublic

#### Observations générales

Avec la création du PNPF, il y a eu une harmonisation au niveau des contraceptifs. Désormais les mêmes produits sont disponibles dans l'ensemble du pays.

---

<sup>6</sup> Le PNPF a été créé après l'élaboration du programme



Les enquêtes démographiques et sanitaires de 1986 et de 1993 ont révélés l'évolution suivante:

|                                                                               | <u>1986</u> | <u>1993</u> |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| - Fécondité                                                                   | 6,5         | 6           |
| - Prévalence contraceptive                                                    |             |             |
| toutes les méthodes                                                           |             | 7,4%        |
| dont méthodes modernes                                                        | 2,6%        | 4,8%        |
| - femmes en âge de procréer connaissant au moins une méthode de contraception | 70%         | 74%         |

### 2.1.1. Extension des Services de planification familiale (PF) dans le système de santé publique

Jusqu'en 1991, la priorité des projets PF existants était d'établir des services de PF dans les centres de santé (CS) ou dans les centres PMI, liés aux CS.

L'objectif du programme est l'intégration des services de SMI/PF dans les activités d'environ 720 PS dans les zones urbaines et rurales. A long terme le programme vise à améliorer l'enseignement de SMI/PF dans les écoles de santé publique.

#### Actions prévues:

Dans le cadre du programme, l'assistance prévue comprend:

- 1 séminaire au niveau national sur le module de formation SMI/PF (durant la première année du projet) et sur le curriculum de formation de base
- la révision des curricula par un spécialiste international
- la formation des enseignants dans les écoles de santé publique
- la formation en PF de 720 infirmiers chefs de poste (ICP)<sup>7</sup> à partir de la deuxième année du projet
- l'approvisionnement en contraceptifs pour satisfaire 25% des besoins nationaux
- le rééquipement des PS pour la prestation de services SMI/PF dans 26 districts en dehors de la zone de concentration de la composante du projet sur les districts sanitaires
- le développement d'approches opérationnelles pour la surveillance et l'éducation nutritionnelle, et la formulation d'une stratégie et d'un programme national

<sup>7</sup> 360 au cas où il n'y aurait pas de cofinancement par d'autres bailleurs de fonds



### Réalisations:

a-c) Des séminaires au niveau national sur le module de formation SMI/PF et sur le curriculum de formation de base, la révision des curricula par un spécialiste international et la formation des enseignants ont été pris en charge par l'ISED (voir 3.1.1.)

d) En 1994, un gros effort a été fourni pour la formation des ICP en planification familiale. Lors de la mission il était impossible d'avoir des chiffres exacts, puisqu'une partie des sessions de formation était en cours. Il est à prévoir que 500 ICP auront été formés à la fin de l'année 1994. Ceci dépasse l'objectif (voir annexe 1).

e) L'approvisionnement en contraceptifs pour satisfaire 25% des besoins nationaux n'a pas été réalisé.

f) Un équipement standard pour la PF a été livré pour 400 postes en 1994.

g) Le Service de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée au Sénégal (SANAS) a bénéficié d'un appui du PDRH dans le cadre de l'exécution d'expériences nutritionnelles. Des enquêteurs ont été formés, un équipement a été fourni. Deux districts (Mbour et Bambey) ont été choisis comme zone pilote. Deux supervisions sur le terrain ont été réalisées. Des propositions concrètes des études dans le domaine de la nutrition ne sont pas encore disponibles.

### Observations:

En juin 1994, 60 ICP seulement avaient été formés. Le retard du programme était dû au fait qu'une seule équipe de formateurs au niveau central exécutait l'ensemble des formations. Suite à des recommandations d'une mission de supervision de la Banque Mondiale, les cadres médicaux des régions et districts déjà formés ont été impliqués. Cette stratégie a permis d'atteindre les objectifs de formation des ICP en quelques mois.

L'approvisionnement en contraceptifs par le programme pour satisfaire 25% des besoins nationaux ne serait plus nécessaire puisque l'USAID et le FNUAP ont les budgets pour répondre à l'ensemble des besoins en contraceptifs pour les 5 ans à venir. Cependant l'USAID et le FNUAP ont été surpris par l'accélération de la formation des ICP. Les stocks disponibles ne suffisent pas pour approvisionner 500 PS supplémentaires en contraceptifs immédiatement.

L'approvisionnement en contraceptifs sera le facteur clé dans le développement des activités PF. Les besoins en contraceptifs ne sont pas connus. Il y a des indicateurs que les services assurant déjà le volet PF ne peuvent pas répondre à



la demande. Pendant la mission, des ruptures de stock dans les centres de santé ont été signalées, notamment en contraceptifs injectables. En conséquence il est souhaitable de garder un budget dans le cadre du programme afin de prévenir des ruptures.

Le nombre d'ICP formés dépassera de 100 le nombre d'équipements prévus. Les ICP formés qui n'appliquent pas la PF en pratique, risquent d'oublier la connaissance acquise.

Il a été noté que le volet de PF n'est pas développé au niveau des hôpitaux régionaux où seulement les méthodes chirurgicales sont parfois disponibles. Ni le programme du PDRH, ni les programmes de l'USAID et du FNUAP s'occupent du niveau hôpital. Dans le respect de l'esprit de ces programmes, il serait logique que ces structures soient également approvisionnées en contraceptifs.

Au niveau central il y a un problème de coordination. Depuis la mise en oeuvre du projet, le PNPF a été rattaché au cabinet du MSAS. Par contre le volet SMI/PF ressort de la responsabilité du service nationale SMI/PF (SNSMI/PF) du DHSP, en tant qu'élément des Soins de Santé Primaires. Le volet PF dans le secteur public du PDRH a été confié au SNSMI/PF. Les projets du FNUAP et de l'USAID travaillent directement avec le PNPF. La collaboration entre ces services laisse à désirer. Ainsi les médecins ont été convoqués pour un stage en PF de 6 semaines organisé par le PNPF en octobre 1994. La convocation est arrivée seulement quelques jours avant l'ouverture de la session, sans tenir compte des autres activités planifiées. L'exécution des activités planifiées au niveau des districts sera donc compromise. Ce problème de formation organisée par le niveau central est discuté davantage sous la rubrique formation (3.1.1.)

#### Conclusions:

Les conditions préalables pour l'extension du programme de la planification familiale ont été réalisées. Désormais le développement des activités mêmes doit être la priorité. Le succès du programme dépendra de l'efficacité de l'approvisionnement en contraceptifs.

#### Recommandations:

- Mettre l'accent sur le développement des activités SMI/PF dans les postes de santé des ICP formés
- Renforcer la supervision en l'intégrant dans l'ensemble des activités des équipes cadres



- Redéfinir le budget prévu pour répondre aux 25% des besoins en contraceptifs
- Garder la provision d'un budget de réserve
- Obtenir l'équipement en PF pour les 100 postes de santé non prévus
- Assurer l'approvisionnement des hôpitaux en contraceptifs
- Clarifier et résoudre les problèmes entre le PNPF et le SNSMI/PF
- Intégrer l'ensemble du programme PF dans le système de recouvrement de coûts
- Voir également les recommandations sous la rubrique de formation (3.1.1.)

### 2.1.2. Extension des Services de PF dans le secteur privé

L'Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial (ASBEF), affiliée à la Fédération Internationale pour le Planning Familial (IPPF) a été créée en 1974. Depuis lors elle a ouvert 6 cliniques de PF au Sénégal, supportée principalement par l'IPPF et l'USAID.

Depuis 1985 il y a été essayé de développer des services de PF en dehors du secteur public, dans le cadre du Volet Secteur Privé et Parapublic (VSPP) du Projet Santé Familiale et Population (PSFP) financé par l'USAID. En juillet 1990 une ONG appelée Santé de la Famille (SANFAM) a été créée en vue de poursuivre les activités lancées dans le secteur privé sous l'égide du VSPP. SANFAM n'a pas ses propres structures sanitaires. Les activités se font dans les structures de santé existantes du secteur privé.

Les objectifs de cette sous-composante sont:

- renforcer et étendre les activités de PF fournis dans les entreprises privées et parapubliques, dans les cliniques privées et au niveau des officines pharmaceutiques
- appuyer l'ASBEF sur le plan institutionnel et sur le plan opérationnel

#### Actions prévues:

Dans le cadre du programme, l'assistance prévue comprend:

- a) le soutien de l'ASBEF pour l'ouverture d'une clinique de PF à Kolda, y compris le fonctionnement
- b) la formation en PF du personnel et des volontaires de l'ASBEF



- c) l'approvisionnement en contraceptifs à l'exception des contraceptifs destinés au secteur pharmaceutique commercial
- d) la formation en PF dans le secteur privé des médecins et du personnel infirmier, de 120 pharmaciens et de leurs assistants du secteur privé et 200 responsables de dépôts pharmaceutiques<sup>8</sup>
- e) l'ouverture de 34 nouvelles cliniques<sup>9</sup> de SMI/PF dans les entreprises publiques et privées
- f) le suivi de 65 cliniques<sup>10</sup> déjà opérationnelles
- g) une participation aux coûts de fonctionnement de SANFAM et de l'ASBEF, ou d'autres ONG participantes
- h) des activités d'IEC-PF (l'ASBEF, GEEP)<sup>7</sup>

### Réalisations:

#### ASBEF

- a) Le matériel pour la nouvelle clinique de PF à Kolda est arrivé en 1994. Le personnel et les locaux ont été identifiés mais le financement pour louer le bâtiment et pour le fonctionnement (y compris le personnel), qui sera pris en charge dans le cadre du PDRH1, n'est pas disponible.
- b) la formation en PF du personnel et des volontaires de l'ASBEF
- g) Le matériel de bureau, y compris des ordinateurs, prévu dans le cadre du programme est arrivé en 1994.

#### SANFAM

- d) 40 pharmaciens privés, 60 responsables de dépôts pharmaceutiques et 28 auxiliaires ont reçu une formation. Le but principal de ces formations était d'améliorer les activités en IEC.
- e) 5 nouvelles cliniques dans les entreprises publiques et privées ont été ajoutées aux centres existants. Trois médecins et 4 sages-femmes ont été formés dans ce cadre en 1993. Le matériel et l'équipement sont arrivés en mai 1994.
- f) Les 42 cliniques existantes (au lieu de 65) ont bénéficiés d'un suivi.
- g) Le PDRH assure 19% des frais de fonctionnement

<sup>8</sup> les activités de l'ASBEF, de SANFAM, et du GEEP en matière de IEC seront analysées dans le rapport de l'expert en IEC. Dans le cadre du programme, un financement a été accordé au GEEP pour l'organisation de conférences sur l'EVF dans des lycées, la production de matériel IEC/PF et une partie de son fonctionnement

<sup>9</sup> 21 au cas où il n'y aurait pas de cofinancement par d'autres bailleurs de fonds

<sup>10</sup> 30 au cas où il n'y aurait pas de cofinancement par d'autres bailleurs de fonds



Observations:

Pour l'ASBEF, l'activité principale prévue dans le cadre du PDRH1 (l'ouverture de la clinique de PF à Kolda en 1993) n'a pas été réalisée parce que le budget de fonctionnement n'est pas disponible. Les mesures de préparation ont été prises et l'ASBEF estime que la clinique puisse être opérationnelle un mois après la disponibilité des crédits.

L'analyse initiale a surestimé les activités de SANFAM et les objectifs ont dû être adaptés. Il n'y avait que 42 cliniques opérationnelles et SANFAM estime qu'elle ne peut pas inaugurer plus que 5 nouveaux centres par an. En analysant ces objectifs les réalisations ont environ un an de retard, principalement dû au manque de matériel. SANFAM estime qu'il n'est pas souhaitable de former des agents si le matériel n'est pas disponible. Certains volets de formation de SANFAM sont également prévus par l'USAID.

L'ASBEF et SANFAM n'ont pas de problèmes de ruptures de stock.

Recommandations:

- Mettre les crédits de fonctionnement pour la clinique de Kolda à la disponibilité de l'ASBEF.
- Livrer le matériel nécessaire à SANFAM dès que possible.
- Coordonner les programmes de formation SANFAM avec l'USAID

**2.1.3. Promotion de la PF par des activités d'information, éducation et communication (IEC)**

L'évaluation de cette sous-composante sera développée dans le rapport de l'expert en IEC.



## **2.2. Promotion du statut de la femme**

L'évaluation de cette sous-composante sera développée dans le rapport des autres experts.

## **2.3. Sensibilisation des jeunes**

L'évaluation de cette sous-composante sera développée dans le rapport des autres experts.

## **2.4. Renforcement institutionnel pour la promotion du programme national de population**

L'évaluation de cette sous-composante sera développée dans le rapport des autres experts.



### **III. Mise en oeuvre de la politique nationale de santé**

---

#### **3.1. Développement du système de district sanitaire**

Cette composante se déroule sous la Direction de la santé publique (l'actuel DHSP) en collaboration avec

- la DAGE
- le service EPS du MSPAS
- l'Université de Dakar
- autres experts en formation
- le MI

##### **3.1.1. Élaboration de programmes de formation pour le personnel des districts sanitaires**

Pour préparer les médecins-chefs de district (MCD) et les infirmiers chefs de poste (ICP) à assumer leurs nouvelles responsabilités et pour guider la mise en oeuvre des réformes dans les districts, une série de programmes de formation a été prévue.

##### **Actions prévues:**

Dans le cadre du programme, l'assistance prévue comprend:

- a) les services de spécialistes chargés de la mise en place et de la supervision des zones de formation
- b) la formation pratique de 30 MCD dans les zones de formation<sup>11</sup>
- c) la mise au point du matériel de formation et des directives opérationnelles
- d) la formation de 720 ICP en gestion des PS
- e) la formation de 24 deuxièmes médecins de district (MD2) et 24 infirmiers-anesthésistes en chirurgie d'urgence<sup>12</sup>
- f) des petits travaux de réhabilitation et du matériel pour les centres de santé des zones de formation

---

<sup>11</sup> 10 au cas où il n'y aurait pas de cofinancement par d'autres bailleurs de fonds

<sup>12</sup> 12 au cas où il n'y aurait pas de cofinancement par d'autres bailleurs de fonds



- g) les coûts récurrents des activités de formation et de recherche dans les zones de formation
- h) la tenue de réunions annuelles pour tous les MCD au niveau national
- i) l'achat de 20 véhicules pour la supervision et la formation sur le tas

### Réalisations:

La responsabilité de la majorité des activités de formation prévues a été confiée à l'Institut de Santé et Développement (ISED) de l'Université Cheikh Anta Diop. Il est à noter que certains volets du contrat de l'ISED ne figuraient pas dans le programme. L'état de la mise en oeuvre du contrat est le suivant<sup>13</sup>:

#### 1) Formation des agents servant dans les hôpitaux

En 1993, l'ISED a organisé des formations pour les prescripteurs et responsables de gestion des hôpitaux régionaux sur la philosophie et les principes de base de la politique nationale des médicaments essentiels et de l'Initiative de Bamako.

257 agents des hôpitaux de Ourossogui, Louga, Tambacounda, Ndioum, Saint-Louis, Thiès, Diourbel, Ziguinchor et Kaolack ont reçu une formation de 2 jours. Suite à cette formation, l'Initiative de Bamako a été lancée dans la plupart de ces hôpitaux.

#### 2) Élaboration de guides de gestion

Quatre guides de gestion ont été élaborés à l'intention des différents groupes cibles (l'équipe régionale, l'équipe du district, les ICP et les comités de santé). Ces guides ont été révisés et corrigés après les séminaires-ateliers de formation (voir 3 et 4).

#### 3) Séminaire-atelier de formation des médecins-chefs de région et de district sur les guides

Des ateliers ont été organisés pour les MCR et les MCD sur l'utilisation des guides élaborés.

#### 4) Séminaire-atelier de formation des superviseurs

Les médecins-chefs de région (10), les médecins-chefs de district (45) et les superviseurs des Soins de Santé Primaires ont été formés en tant que formateurs.

<sup>13</sup> cette revue suit les points du contrat de l'ISED et pas l'ordre des activités prévues sous la rubrique formation



5) Organisation et encadrement des séminaires sur la révision des curricula des écoles de formation et finalisation du module de SMI/PF à l'ENDSS

En 1992 l'École Nationale de Développement Sanitaire et Sociale (ENDSS) a été créée qui regroupe toutes les anciennes écoles de santé (voir 3.3.). Déjà avant la création de l'ENDSS une révision du curriculum avait eu lieu dans les écoles des infirmiers et des sages-femmes, notamment pour les modules de santé de la reproduction qui comprend le volet SMI/PF (financé par l'USAID). En 1992 et en 1993 des révisions ont eu lieu pour une année de cours, financées par l'OMS.

La finalisation globale des curricula (y compris le volet SMI/PF) a eu lieu en avril 1994, lors d'un séminaire de formation des formateurs. A cette occasion l'école a fait appel à l'École Normale Supérieure, l'Office nationale de formation professionnelle et le Ministère de la formation professionnelle. Un expert international a été invité pour le renforcement pédagogique. Ce séminaire a été financé par le PDRH à travers l'ISED. En octobre 1994 la multiplication et la diffusion des curricula n'étaient pas encore faites.

6) Préparation des zones de formation de Tambacounda et Nabil Choucair

Il était envisagé de développer les prestations de services et les pratiques de gestion de façon exemplaire dans deux districts (Tambacounda en milieu rural et Nabil Choucair en milieu urbain). A l'exception d'un investissement initial en assistance technique et formation, ces districts fonctionneront avec les mêmes ressources budgétaires. Cet environnement réel devra servir pour la formation pratique des MCD.

Dans le cadre de la préparation l'ISED a effectué des missions d'évaluations de l'état actuel des systèmes sanitaires dans les deux districts concernés. A Tambacounda, des insuffisances pour le bon fonctionnement ont été identifiées. Les mesures appropriées à prendre pour en faire des districts modèles ont été déterminées. L'exécution d'un volet génie civil est en cours dans les deux districts. Le nouveau centre de santé Nabil Choucair a été ouvert pendant la période de la mission (octobre 1994). La formation pratique de 30 MCD dans les zones de formation n'a pas encore démarré.

Dans le cadre de la préparation des zones de formation, les MCD des districts de Tambacounda et Nabil Choucair ont pu visiter des districts sanitaires au Mali et au Cameroun.

7) Formation en chirurgie des médecins de districts

L'ISED a fait le nécessaire afin que cette formation puisse démarrer dans les délais prévus:

- le contenu de la formation a été discuté et arrêté lors des réunions avec les responsables concernés



- un spécialiste en chirurgie et un en gynéco-obstétrique ont été sélectionnés pour la supervision des aspects techniques.

- des contacts ont été pris avec les futurs formateurs sur le terrain.

La formation même n'a pas encore démarré.

8) Évaluation de la mise en oeuvre des PDDS-PRDS dans les 10 régions

Cette action n'a pas encore été démarrée

9) Organisation et animation d'une rencontre annuelle des acteurs et décideurs principaux du système national

Cette action n'a pas encore été démarrée

Les véhicules prévus dans le cadre du PDRH1 pour la supervision et la formation dans les districts ont été acquis et donnés aux districts des 3 régions assistées par le PDRH1 pour l'exécution des plans de développement sanitaires (région de Dakar, Thiès et Diourbel). La réalisation de la formation et la supervision dans ces districts seront discutées plus loin (voir 3.1.4.)

Observations:

La réalisation du programme de formation a bien avancé. L'ISED a veillé à ce que les volets qui lui ont été confiés ont été exécutés en respectant les normes et suggestions formulées par les responsables du Ministère, notamment par la DHSP. Bien que l'ISED dépend de l'université, la collaboration avec la DHSP est étroite. Trois experts de la DHSP font partie de l'équipe de l'ISED.

Outre le programme PDRH, l'activité principale de l'ISED comprend la formation des médecins de district en santé publique (CES<sup>14</sup>), répartie sur une période de deux ans. Vingt médecins ont déjà achevé la formation, environ 20 autres termineront la formation d'ici 1995. Afin de limiter les périodes d'absence il avait été décidé que ces médecins ne participeraient pas à d'autres sessions de formations durant la période du cours mais cette décision n'est pas respectée. L'ISED a également un programme de formation des formateurs régionaux en matière d'épidémiologie et de gestion (financé par l'USAID).

Peu d'activités d'évaluation et de suivi ont été menées par l'ISED durant cette première période. Entre-temps plusieurs districts ont fait des évaluations de la mise en oeuvre des PDDS/PRDS ou de leurs expériences après l'application de l'IB (expérience d'UNICEF à Matam, Podor et Guinguineo, rapport Richard-Toll, rapport Diourbel etc.). Toutes ces expériences sont différentes, adaptées à une situation spécifique et pourraient être utiles pour les autres MCD.

---

<sup>14</sup> Certificat d'Études Spéciales (CES) de Santé Publique



Les districts de Tambacounda et de Nabil Choucair ne fonctionnent pas encore comme districts modèles. En attendant que les zones de formation soient prêtes à recevoir des MCD, il serait utile pour les MCD de visiter des districts où les circonstances de travail et/ou les problèmes sont comparables. Certains médecins ont également exprimés le souhait que l'ISED les encadre davantage en matière de pédagogie et ne se limite pas au contenu.

La formation en chirurgie n'a pas encore démarré puisque le médecin-chef de chirurgie au CHU s'oppose à cette initiative. Les chirurgiens désignés pour la formation attendent l'accord du responsable du CHU avant de s'engager. Depuis un an la situation est bloquée malgré des rencontres à tous les niveaux. La clinique de gynéco-obstétrique du CHU Le Dantec a accepté le principe de formation. Cependant il est à noter que l'absence d'un deuxième médecin dans la plupart des districts (voir plus bas) est un obstacle majeur au développement de cette activité. Les centres de formations identifiés (St.-Louis, Guédiawaye et Ziguinchor) durant les négociations du programme ne figurent plus sur la liste actuelle et ont été remplacés par les hôpitaux de Kaolack, d'Ourossogui, de Diourbel, de Thiès et de Abasse Ndao.

En dehors de l'ISED, il y a plusieurs autres bailleurs de fonds qui organisent et/ou financent des séminaires, parfois à l'échelle nationale. Pendant la première période du projet, UNICEF a élaboré des modules de formation pour les ICP en matière de gestion budgétaire au niveau du poste de santé, de monitoring, de la microplanification des activités et de la rationalisation des soins, sous la tutelle de la DHSP. Ces activités d'UNICEF entrent dans l'esprit du PDRH et sont donc complémentaires. Pour d'autres formations la situation est moins claire. Il semble qu'il y ait des chevauchements concernant le contenu. Une harmonisation immédiate des programmes en cours s'impose.

La mission a été surprise par le nombre de séminaires en cours à tous les niveaux, dans toutes les régions et, en conséquence, par le nombre d'agents non disponibles. Surtout que pendant cette période de l'année il y a normalement beaucoup d'activités dans les formations sanitaires (saison de paludisme). Certains médecins étaient convoqués pour deux cours pendant la même période. Des perturbations des activités planifiées au niveau des districts sont donc inévitables. Lors des visites du terrain, l'absence du personnel a été déplorée à plusieurs endroits par les autorités administratives et par les responsables des comités de santé.



### Conclusions:

Pendant la première période du programme, les réalisations en formation ont été remarquables. La majorité était organisée au niveau central à travers IISED sous la responsabilité de la DHSP. Cette démarche était logique et nécessaire afin de former (et convaincre) les MCR et les MCD à appliquer la politique de santé et afin d'harmoniser les initiatives. Actuellement la DHSP dispose d'un réseau de responsables et de formateurs qui parlent le même langage.

Pour la deuxième phase il faut appliquer la politique de décentralisation, y compris la décentralisation de formation. Conformément aux directives de politique sanitaire, les sessions de formation doivent être inscrites dans les plans d'actions des districts et adaptées aux situations spécifiques. L'équipe régional doit appuyer la mise en oeuvre au niveau des districts, le niveau central doit appuyer les équipes régionales. Ces activités font partie des activités de supervision (voir 3.1.4.). Dans ce cadre il est évident que le nombre de cours organisés par le niveau central doit fortement diminuer. La DHSP doit coordonner et évaluer l'ensemble. Cependant elle ne contrôle pas tous les programmes de formation au niveau central.

### Recommandations:

- Réduire globalement le temps consacré à la formation et augmenter le temps consacré au développement des activités dans les districts
- Diminuer fortement le nombre de cours organisés par le niveau central
- Intégrer le volet formation dans les plans d'actions des districts
- Planifier les cours organisés au niveau national en collaboration avec la DHSP
- Analyser le contenu des différents programmes de formation et organiser un séminaire avec les organisateurs pour harmoniser le contenu
- Sensibiliser les autres bailleurs de fonds aux problèmes liés aux cours organisés au niveau national.
- Evaluer la mise en oeuvre des PDDS-PRDS dans les 10 régions
- Organiser un séminaire pour échanger et analyser les expériences de recouvrement de coûts et autofinancement au niveau des districts
- Stimuler les activités d'analyse, d'évaluation et de suivi par l'ISED
- Débloquer le problème de la formation en chirurgie d'urgence
- Organiser des visites pour les équipes cadres aux autres districts ayant des conditions de travail comparables
- Développer les activités des zones de formation
- Voir 3.1.4 pour les recommandations sur les activités de supervision



### 3.1.2. Élaboration d'un système de gestion financière pour les districts sanitaires

Le coût global du système basé sur les districts sanitaires proposé a été estimé à environ 6,1 milliards de francs CFA par an (au prix de 1990). Ce chiffre est à comparer aux 4,3 milliards disponibles en 1991 (4 milliards du budget d'état et 0,3 milliards provenant des utilisateurs).

Le plan proposé pour le financement repose en grande partie sur une augmentation des recettes provenant des utilisateurs (voir 3.1.3.). Le Gouvernement s'est engagé d'assurer l'autre partie du budget nécessaire. Ces engagements et le bilan de l'exécution sont les suivants:

- a) La part du budget de fonctionnement de l'État allouée au MSAS pour le secteur de la santé augmente. Les réalisations sont présentées au tableau 1.

**Tableau 1:** L'évolution du budget du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale<sup>15</sup>.

|          | % du Budget d'État prévu | % du Budget d'État effectif | Budget MSAS en F CFA |
|----------|--------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 1991-92* | 5, 25                    | 5, 19                       | 17 548 000 000       |
| 1993     | 5, 75                    | 5, 75                       | 11 851 000 000       |
| 1994     | 6, 25                    | 6                           | 11 820 000 000**     |

\* sur 18 mois

\*\* en 1994 le budget total de l'État a baissé

- b) Depuis la loi budgétaire de l'exercice 91-92, le Gouvernement présente le budget du MSPAS de façon à différencier les allocations en médicaments et en matériel pour les 45 districts du pays.

- c) Le Gouvernement veille à ce que les allocations budgétaires totales en médicaments et en matériel pour les 45 districts augmente progressivement. L'évolution est présentée au tableau 2.

<sup>15</sup> données obtenues de la DAGE



**Tableau 2: L'évolution du budget des districts sanitaires<sup>16</sup>**

|         | Budget              |
|---------|---------------------|
| 1991-92 | 600 000 000 F CFA   |
| 1993    | 1 100 000 000 F CFA |
| 1994    | 1 210 000 000 F CFA |

Actions prévues:

Dans le cadre du programme l'assistance prévue comprend:

- a) les services de spécialistes pour préparer les campagnes d'information et pour évaluer les efforts de recouvrement des coûts
- b) la formation de 45 administrateurs de district au système comptable

Réalisations :

La formation en gestion dans le domaine de la santé a été confiée à l'Institut Supérieur de Management (ISM). Les MCR et les MCD ont été formés. La formation des administrateurs de district au système comptable était en cours pendant la mission.

Observations:

Un effort considérable a été fait pour améliorer le budget d'État des districts. L'ensemble des crédits a augmenté, des rubriques de formation au niveau des districts et de maintenance des infrastructures ont été introduites.

Cependant le budget total du MSAS a diminué et la plupart des districts n'ont pas pu mobiliser ces crédits en réalité, notamment la partie du budget de l'État prévue pour les médicaments<sup>17</sup>. Le fait que les fonds ne puissent être transférés d'une rubrique à une autre serait une autre explication pour des pertes (ou retards?). Le Ministère est au courant des difficultés et aurait fait des démarches nécessaires pour débloquer cette situation.

L'ISM a organisé ses cours de formation en étroite collaboration avec la DHSP, aussi bien pour le contenu que pour le calendrier.

<sup>16</sup> données obtenues de la DAGE

<sup>17</sup> par exemple à Diourbel, 26% du budget 1993 est tombé en fonds libre



#### Recommandations:

- Aider les districts à obtenir les budgets prévus
- Voir les recommandations en matière de formation (3.1.1.)

### **3.1.3. Promotion des organisations communautaires de santé (OCS)**

Le plan proposé pour le financement des systèmes de district repose sur une augmentation d'environ 5x les recettes provenant des usagers (évolution de 0,3 milliards à 1,6 milliards par an). Une condition préalable pour la réussite est une redynamisation des organisations communautaires de santé (OCS).

#### Actions prévues

Cette sous-composante doit permettre d'organiser:

- a) des campagnes d'information sur les OCS et leur fonctionnement
- b) la diffusion des directives
- c) une étude sur l'efficacité du système de recouvrement des coûts au cours de la troisième année du projet

Dans le cadre du programme l'assistance prévue comprend:

- a) les services de spécialistes pour préparer les campagnes d'information et pour évaluer les efforts de recouvrement des coûts
- b) des séminaires organisés à l'intention des dirigeants locaux (maires, préfets)
- c) la production d'émissions radiophoniques, de spots télévisés et d'affiches en six langues vernaculaires
- d) la reproduction des directives

#### Réalisations <sup>18</sup>

Le Gouvernement a publié des règlements régissant l'organisation et la gestion des OCS, définissant les procédures de modification des OCS existantes pour qu'elles soient conformes à la nouvelle réglementation (janvier 1992). Le PDRH a assuré la reproduction de ces directives en 10.000 exemplaires et la distribution dans l'ensemble du pays.

---

<sup>18</sup> voir le rapport de l'expert en I.E.C.



Les médecins-chefs ont profité du lancement de l'Initiative de Bamako pour régulariser la situation des OCS existantes. La plupart des OCS du pays ont été renouvelées et les dossiers de demande d'enregistrement ont été déposés au Ministère de l'Intérieur.

En 1994 une vaste campagne de sensibilisation et d'information sur le rôle et le fonctionnement des comités de santé a été organisée par le Service National de l'Éducation pour la Santé (SNEPS). Les groupes cibles comprenaient l'ensemble des autorités administratives de chaque région.

La formation de 2 à 3 membres par comité de santé a été faite ou est programmée.

#### Observations:

Le système de recouvrement des coûts est fort différent d'un district à l'autre. Les marges appliquées à la vente des médicaments variaient de 10% à 100%. D'une part puisque conformément à l'esprit de l'Initiative de Bamako les OCS ont activement participé à la décision, d'autre part puisque les directives du niveau central sont arrivées après l'installation du système. Cette situation a provoqué beaucoup de discussions à tous les niveaux. Finalement, en juin 1994 la DHSP a décidé de tolérer les différents systèmes appliqués en attendant une étude approfondie des expériences. Au niveau des CS et des PS les prix PNA peuvent être majorés de 50% au maximum. Les dépôts de district sont autorisés d'appliquer une marge de 5%. Plusieurs études préliminaires sur l'Initiative de Bamako ont déjà été faites dans les districts à l'initiative des MCR et des MCD ou d'autres projets.

Les recettes provenant des utilisateurs au niveau des districts ont augmenté de 300 millions F CFA en 1991 à 1 119 millions F CFA<sup>19</sup> en 1993 (voir annexe 5).

Le paiement des vendeurs de médicaments est fort différent suivant les PS. Dans la plupart des cas en milieu rural, le paiement de ces gens est trop bas pour garantir qu'ils restent. De plus ce travail fait appel à des compétences qui ne sont pas toujours disponibles en milieu rural. Cette situation pourrait compromettre la continuité du système d'autofinancement.

La mission a constaté par ailleurs l'existence de soldes, parfois très (trop) importants au niveau des PS. Cela peut s'expliquer par une interprétation différente des principes de l'IB mais selon les responsables des OCS la principale raison est l'impossibilité de renouveler les stocks au niveau de la

---

<sup>19</sup> Données obtenues de la division de la statistique de la DHSP. Cette division ne dispose pas de données des hôpitaux.



PNA (voir 3.2.1). En milieu rural de nombreux comités de santé n'ont pas encore ouvert un compte bancaire, un élément essentiel pour réduire les gaspillages et améliorer la gestion des fonds. Cependant certaines banques exigent pour l'ouverture d'un compte les récépissés de reconnaissance des comités qui par ailleurs n'ont pas encore été délivrés par le M.I.

#### Conclusions:

Suite à l'introduction de l'Initiative de Bamako, la redynamisation des comités de santé a eu lieu et les recettes provenant des utilisateurs ont augmenté de façon spectaculaire. Dans plusieurs régions l'augmentation des recettes approche le niveau préconisé. La tâche la plus difficile sera de consolider ce changement et de veiller à ce que la qualité des services s'améliore et que les résultats ne se limitent pas simplement à l'aspect commercial. A cette fin une supervision rapprochée est essentielle, à tous les niveaux. La supervision est l'élément essentiel pour un succès durable (voir aussi 3.1.4.)

#### Recommandations:

- Prendre les mesures nécessaires afin de régulariser la situation des OCS.
- Obliger les OCS d'ouvrir immédiatement des comptes bancaires
- Organiser une étude sur les expériences de recouvrement des coûts
- Renforcer l'encadrement des OCS par les équipes cadres des districts (Voir 3.1.4. pour les recommandations de l'appui de supervision)

### **3.1.4. Assistance à la mise en oeuvre des plans de développement des districts sanitaires (PDDS)**

Les plans de développement sont des outils essentiels dans la réforme de la politique sanitaire basée sur la décentralisation. Pour cette sous-composante, les activités prévues dans le cadre du projet se concentrent sur la mise en oeuvre des plans des 19 districts sanitaires des régions de Dakar, Thiès et Diourbel.

#### Actions prévues

L'assistance prévue dans les trois régions comprend:

##### a) volet génie civil

l'établissement d'un réseau de formations sanitaires de district par:



- i) la construction et l'équipement de 90 nouveaux postes de santé<sup>20</sup>
- ii) la transformation de 12 centres PMI en postes de santé<sup>21</sup>
- iii) le rééquipement d'environ 190 postes de santé existants et transformés
- iv) la réhabilitation et le rééquipement de cinq centres de santé existants et de sept pharmacies de district
- v) la réhabilitation de 3 bureaux de santé régionaux, et la fourniture de matériel et d'équipement
- b) Volet gestion - supervision  
un appui logistique au niveau du district et au niveau régional
- c) Volet formation
  - i) des voyages d'étude pour les trois MCR pour visiter des projets exemplaires dans d'autres pays
  - ii) des bourses d'études pour deux des trois MCR pour obtenir une maîtrise en santé publique à l'étranger
  - iii) la création de centres de documentation régionaux

### Réalisations

#### a) Volet génie civil et équipement

La réalisation du volet génie civil a bien avancé. Le bilan de la situation globale (y compris des travaux en dehors des 3 régions cibles) au début du mois d'octobre 1994 est le suivant (voir annexes 3 et 4):

**Tableau 3:** synthèse de l'état d'avancement du volet génie civil (septembre 1994)

| infrastructure              | Nombre en préparation | Nombre en construction | Nombre réceptionné |
|-----------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------|
| Poste de santé <sup>a</sup> | 6                     | 26                     | 26                 |
| PMI transformé              | -                     | 3                      | 1                  |
| Centre de santé             | 2                     | 3                      | 1                  |
| Bureau régional             | 1                     | 1                      | 1 <sup>b</sup>     |
| PNA                         | -                     | -                      | 1                  |
| Pharmacies de district      | 1                     | 1                      | 1                  |

<sup>a</sup> un problème de site se pose pour 2 nouveaux postes de santé

<sup>b</sup> à refaire

<sup>20</sup> 60 au cas où il n'y aurait pas de cofinancement par d'autres bailleurs de fonds

<sup>21</sup> 4 au cas où il n'y aurait pas de cofinancement par d'autres bailleurs de fonds



L'équipement des nouvelles infrastructures et le rééquipement des postes de santé existants et transformés des trois régions sont en cours. 11 marchés sur 13 ont été approuvés et sont en voie de réalisation.

b) Volet supervision et gestion

Chaque district des trois régions a bénéficié d'un véhicule dans le cadre du PDRH. Dans les régions de Thiès et Diourbel les visites de supervision des équipes régionales et des équipes de districts se limitent à environ une visite par semestre. Dans la région de Dakar le nombre de supervisions était plus bas. Seule à Diourbel les réunions de coordination au niveau régional se font d'une façon régulière.

Pendant la première phase, les régions ont pu gérer directement des ressources provenant de la Banque Mondiale pour des montants variant entre 5 et 9 millions de F CFA en 1993. Les fonds de la région de Diourbel ont été renouvelés en 1994. Ce budget couvrir des frais de formation, de supervision et de fonctionnement.

c) Volet formation

La région de Diourbel a organisé des séminaires-ateliers de formation sur le système d'information à des fins de gestion (SIG) en utilisant des fonds du compte des ressources de la Banque Mondial, combiné avec le fonds de la rubrique "formation" du budget de l'État. La DHSP a donné un soutien pour la formation des formateurs.

Deux des trois MCR ont bénéficié de voyages d'étude au Mali et en Tunisie où ils ont pu étudier des projets qui ont réussi dans ces pays, notamment pour la chirurgie au niveau des districts, pour les centres de santé communautaires et pour la PF. Le troisième MCR a été empêché d'y participer.

Les MCR des régions de Diourbel et Thiès ont identifié un cours en santé publique auquel ils voudraient participer mais des mesures concrètes pour leur inscription n'ont pas été prises. Les centres de documentation régionaux n'ont pas été réalisés.

Observations:

Jusqu'à présent le volet génie civil a été exécuté dans les délais prévus malgré certaines lenteurs administratives au début. A première vue la qualité du travail est acceptable. Cependant plusieurs problèmes ont déjà été signalés. Par exemple, l'extension de la région médicale de Thiès est complètement à refaire suite aux dégâts causés par les pluies. Il y a des retards dans la mise en service



de ces nouvelles infrastructures qui seraient dus principalement aux problèmes de :

- raccordement d'eau et électricité
- livraison de mobilier et d'équipement

Pendant la mission plusieurs infrastructures nouvellement construites et réceptionnées ont démarré leurs activités.

Dans les régions de Dakar et de Thiès le personnel nécessaire pour les nouveaux postes de santé est disponible. A Diourbel, les 5 nouveaux postes prévus ne sont pas encore opérationnels. Un problème de personnel s'y pose. Le personnel paramédical nouvellement affecté ne suffit pas pour remplacer les ICP partis à la retraite, mutés ou décédés. Dans les trois régions, des comités de santé pour les nouveaux postes ont été élus. Puisque les nouvelles infrastructures prévoient des logements pour les ICP, les médecins ont tendance à confier ces postes aux meilleurs éléments à titre d'encouragement.

Suite à l'IB le nombre d'utilisateurs du système a augmenté spectaculaire (même doublé à Diourbel). Cependant le paquet minimum d'activité prévu dans les formations sanitaires n'est pas assuré.

Les activités de supervision dans les régions de Dakar, Diourbel et Thiès ont été faibles, malgré la disponibilité de véhicules. Les équipes cadres n'existent souvent que de noms ou sont formés d'agents qui ont d'autres tâches dans les centres de santé. Les deuxièmes médecins de district ne sont pas toujours en place (voir 3.3.) et plusieurs districts ne disposent pas de techniciens supérieurs.

Ces régions ont mis beaucoup de temps à consommer les ressources qu'elles ont reçu dans le cadre du programme pour financer des activités de formation, de supervision et de fonctionnement. Une partie des coûts de ces activités devrait être payé par la contrepartie sénégalaise qui n'a pas été obtenue. L'ouverture des comptes et la nomination des médecins de région en qualité de régisseurs d'avances n'ont pas été faites. Les régions de Thiès et de Dakar ont organisé des sessions de formation avec d'autres fonds (UNICEF, Aidschap, ...)

Pendant la première phase du programme, la DHSP s'est concentrée sur les programmes de formations (voir 3.1.1.), ce qui était logique et nécessaire. Dans la deuxième phase la DHSP doit appuyer davantage le développement des districts et elle en est consciente. A ce fin un appui supplémentaire en équipement et en matériel par le programme est nécessaire.

L'exécution des plans des régions de Louga, Fatick, Kolda et Ziguinchor est partiellement pris en charge par l'USAID. Le FED prend en charge une partie des plans de la région de Saint-Louis. Les régions de Tambacounda et de Kolda



n'ont pas encore trouvé un bailleurs de fonds principal. Globalement l'exécution des plans et de l'application de la politique de santé a atteint le même niveau. L'amélioration de la couverture sanitaire est en cours ou programmée. Les budgets pour les formations sont disponibles. Les activités de supervision et le développement des prestations de service ont été faibles. Le problème de personnel est général (voir 3.3.).

Il est à noter que les constructions de PS en dehors du cadre du plan de couverture persistent. Des organismes (par exemple dans le cadre des jumelages) ou les populations mêmes continuent à construire sans l'avis favorable des MCD et font ensuite pression sur le Ministère pour obtenir un ICP. Le principe de districts n'est pas appliqué partout. A Louga on parle de 5 zones au lieu des 3 districts, un nouveau centre de santé a même été créé entre-temps.

#### Conclusions:

Les conditions préalables afin que les postes de santé et les centres de santé puissent développer les activités prévues ont été remplies en majeure partie.

Dans la deuxième phase l'accent doit être mis sur le développement des activités dans les formations sanitaires suivant les plans d'actions de district. Le paquet minimum d'activité doit être réalisé et la qualité des activités en cours améliorée.

Les activités de supervision sont essentielles pour ce développement mais les niveaux respectifs doivent se tenir aux règles du jeu. Les districts exécutent leurs plans d'actions. Le niveau régional joue son rôle d'intermédiaire entre le niveau district et le niveau national et encadre les équipes de districts. Le niveau national, notamment la DHSP, effectue les supervisions au niveau régional et coordonne les évaluations et les expériences.

#### Recommandations:

- Appliquer le paquet minimum d'activité prévu
- Augmenter la qualité des activités
- Appliquer et respecter la décentralisation au niveau district
- Établir des calendriers de supervision à chaque niveau
- Appuyer la DHSP et les régions médicales pour leurs activités de supervision
- Limiter la planification organisée par le niveau central
- Informer les districts des cours planifiés avant l'élaboration des plans d'actions
- Appuyer la DHSP en équipement afin qu'elle puisse assurer son rôle de coordinateur



- Réaliser la contrepartie sénégalaise au niveau régional
- Entamer les procédures d'inscription en santé publique pour les médecins régionaux de Thiès et de Diourbel
- Appliquer le système de districts sanitaires partout
- Intensifier les visites de contrôle de qualité des constructions qui n'ont pas été confiées à l'AGETIP
- Sensibiliser les bailleurs de fonds et les ambassades sur les problèmes de constructions sauvages dans le cadre des jumelages.
- Voir 3.3. pour le problème de redéploiement du personnel



### **3.2. Promotions des médicaments essentiels (ME)**

La rationalisation de l'utilisation, la production, l'achat et la distribution des médicaments est un élément clé dans la politique de santé. Avant le démarrage du PDRH le Gouvernement avait adopté une liste des médicaments essentiels, publié les règlements à appliquer à tous les niveaux.

Certaines activités entreprises dans le cadre du développement du système de district sanitaire (guides et cours de formation en gestion, soutien aux OCS) (voir 3.1.) et dans le cadre de la décentralisation budgétaire (voir 3.1.2) constituent également des éléments clé dans la promotion des médicaments essentiels.

#### **3.2.1. Réforme de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA)**

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) est un service du MSAS, chargé de l'approvisionnement des services de santé publics en médicaments et produits essentiels. Elle dispose d'un dépôt national et de 5 Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA), notamment à Dakar, Kaolack, Ziguinchor, Tambacounda et Saint-Louis. Les hôpitaux ont l'obligation de s'approvisionner à la PNA à hauteur de 75% de leurs besoins, les autres formations sanitaires publiques pour 100%.

Les problèmes en matière d'approvisionnement en médicaments des formations sanitaires étaient en grande partie dus à l'inefficacité de la PNA, liés aux pénuries chroniques des médicaments les plus essentiels, au manque de personnel qualifié, aux systèmes financiers et méthodes de passation des marchés rigides. L'aide de la Banque Mondiale prévue dans le cadre du PDRH a pour objectif de mettre en place un système national pérenne d'approvisionnement de médicaments essentiels pour le secteur public de la santé, basé sur la mise en concurrence des fournisseurs par l'intermédiaire d'appels d'offres internationaux (AOI). Cette aide est conditionnée par la disparition du monopole de la PNA dans la distribution.

Avant la mise en oeuvre du projet un programme de réforme de la PNA avait été adopté par le Gouvernement, autorisant des procédures spéciales de passation des marchés pendant 3 ans. Un compte auprès une banque commerciale, tenu par la PNA était ouvert et le versement de 350 millions de



F CFA était une condition pour la mise en place du crédit 2255/SE. Les recettes provenant de la participation sont versées sur un deuxième compte tenu par la PNA.

Au cours des négociations entre l'IDA et le Gouvernement il a été assuré que les stocks de la PNA s'approvisionnerait conformément à la liste officielle des ME pendant toute la durée du projet.

#### Actions prévues:

Dans le cadre du programme, l'assistance prévue comprend:

- a) des services de spécialiste pour l'organisation et la gestion de la PNA
- b) la formation du personnel de la PNA à la gestion et à la distribution des médicaments
- c) des petits travaux de génie civil et l'acquisition d'équipements et de mobilier sommaires
- d) les salaires de deux pharmaciens et d'un contrôleur de gestion sur une base dégressive (100% les trois premières années du projet; 50% de la quatrième à la sixième année)
- e) d'autres coûts récurrents pendant les trois premières années du projet

#### Réalisations:

a) Les termes de référence relatifs à la comptabilité commerciale et aux procédures de gestion ont été définis. Un contrat a été signé avec le Cabinet Aziz Dieye pour la mise en place de nouvelles procédures de comptabilité. Un autre contrat a été signé avec Management Science of Health de Boston pour assister la PNA aux procédures d'appel d'offres international (AOI) et de passation des marchés. Un dossier d'AOI et un plan d'acquisition pluriannuelle a été établie.

b) Le directeur de la PNA et les pharmaciens des PRA de Kaolack et de Tambacounda ont pu visiter la centrale d'achat des médicaments à Cotonou en 1993. Un voyage d'étude a été organisé aux Caraïbes pour 5 agents. Des comptables des PRA ont suivi 2 sessions de formations sur la mise en place de la comptabilité de la PNA en 1994.

c) Des travaux de génie civil ont été réalisés. Un équipement, y compris ordinateurs, et deux véhicules ont été livrés.

d) Les contrats des comptables ont été renouvelés dans le cadre du PDRH. Cinq comptables pour les PRA ont été engagés.



e) Le programme a pris en charge des coûts récurrents.

Observations:

La mission a été étonnée par la différence entre la situation présentée à la PNA et la situation observée dans les postes de santé. La PNA reconnaît qu'il y a eu des ruptures (notamment en chloroquine). Cependant elle argumente qu'elle n'a jamais vendu autant et elle est convaincue qu'elle suit la bonne voie.

D'autre part les acteurs du terrain se font des soucis pour le futur. A tous les niveaux l'inquiétude a été exprimée. Les comités ont des soldes énormes mais n'arrivent pas à renouveler les stocks. Les dépôts de district et les OCS déplorent que les PRA ne livrent jamais ce qu'il a été demandé, les PRA déplorent la même situation pour leurs commandes auprès de la PNA. Pendant la mission il y avait des ruptures de stock des médicaments comme la chloroquine dans plusieurs endroits visités. Même les dépôts de pharmacies de districts des environs de Dakar avaient plusieurs problèmes de ruptures de stock tout en ayant l'avantage de pouvoir se ravitailler dès que les produits sont disponibles à la PNA. En conséquence des possibilités d'approvisionnement par circuits parallèles sont envisagés ou déjà utilisés, aussi bien par des organismes comme l'UNICEF et l'USAID, que par les OCS.

Ces ruptures sont dues à un ensemble de facteurs. A l'heure actuelle la PNA et les PRA n'ont aucune idée des besoins en médicaments. Puisque les quantités livrées ne correspondent jamais aux demandes, les clients demandent des quantités exagérées. En outre suite à la dévaluation et le lancement de l'Initiative de Bamako, les populations utilisent davantage les services publics. La méthode de gestion de la PNA n'est pas adaptée. Jusqu'à ce jour la gestion se fait à la main, malgré l'équipement informatique et l'engagement d'un bureau d'étude à cette fin.

La PNA n'a pas l'autorisation d'utiliser des lettres de crédit bancaire ce qui pose problème pour les AOI pour garantir ses achats et pour obtenir des prix intéressants. Pendant la première période les prix de vente variaient dans une proportion de un à dix. La dérogation de trois ans aux procédures normales de passation des marchés de l'État expire à la fin de l'année 1994. Si cette dérogation n'est pas renouvelée, les problèmes ne peuvent que s'aggraver.

Les problèmes financiers de la PNA persistent. Auprès des fournisseurs la PNA avait la réputation de mauvais client, ayant accumulé des arriérés énormes dans les années 80. Ces dettes ont été partiellement épongées avec l'aide de la France. Cependant en octobre 1994, des arriérés dus aux fournisseurs par le trésor s'élevaient à 143 millions de F CFA (dont 78 millions de la période des années 80 et 64 millions pour l'exercice 90-91). Il y



a constamment des arriérés du trésor envers la PNA (362 millions de F CFA en juin 1993, 765 millions en octobre 1994 dont 581 de l'année en cours).

La PNA n'obtient pas toujours des prix intéressants. En dehors de l'absence des lettres de crédits, ceci est dû au fait que la procédure d'AOI n'est pas toujours appliquée.

Les médecins des districts contactés durant la mission voient la PRA comme obstacle supplémentaire, puisque la PRA ne peut jamais répondre à la demande: il faut donc commander deux fois. A l'heure actuelle, les PRA n'ont plus de médicaments en stock dans le cadre du budget d'État. La budgétisation a donc été décentralisée tandis que la livraison a été centralisée. Par contre cette mesure a résolu en partie le problème d'espace de certains PRA.

En juin 1994 la liste des médicaments essentiels a été révisée, à la demande des bailleurs de fonds. Dorénavant les produits proposés dans les ordinogrammes des modules acceptées par la DHSP (en collaboration avec UNICEF) figurent sur la liste actuelle .

| Niveau           | Nombre de molécules<br>1990 | Nombre de molécules<br>1994 |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Case de Santé    | 14                          | 17                          |
| Poste de Santé   | 61                          | 86                          |
| Centre de Santé  | 110                         | 156                         |
| Hôpital Régional | 124                         | 157                         |

Il est à noter qu'à tous les niveaux la mission a trouvé des médicaments qui ne figurent pas sur la liste des médicaments essentiels, bien que les responsables de la PNA assurent que depuis un an les commandes ont été conformes à cette liste. En outre, plusieurs médicaments essentiels sont disponibles sous le nom de spécialité, emballés comme dans les pharmacies privées mais vendus beaucoup moins cher. Il est à craindre que cette situation mène à des détournements vers les circuits parallèles.

La PNA vend les médicaments avec une marge de 5% à leur prix d'achat, les PRA vendent au prix PNA.

### Conclusions:

Malgré de nombreuses études, analyses et investissements de plusieurs bailleurs de fonds (Banque Mondiale, FED, FAC) la difficulté d'approvisionnement en médicaments de base reste un obstacle majeur pour le développement des



activités sanitaires de base. Dans les conditions actuelles il est impossible pour la PNA, les PRA, les pharmacies de district et les comités de santé d'assurer une bonne gestion. Des premiers signes de découragement dans les districts sont visibles. Des améliorations de l'approvisionnement en médicaments de base ne peuvent plus tarder.

Recommandations:

- Informatiser la gestion de la PNA et des PRA
- Appuyer la PNA et les PRA dans l'estimation de besoins
- Renouveler la dérogation aux procédures normales de passation des marchés
- Accorder l'autorisation à la PNA de demander aux institutions bancaires des lettres de crédit
- Appliquer l'AOI comme procédure de commande
- Maintenir les stocks de la PNA conformément à la liste officielle de médicaments essentiels, sous forme générique
- Superviser les PRA régulièrement (2x par an)

**3.2.2. Constitution d'un stock initial de médicaments pour les districts sanitaires**

Afin de stimuler les opérations des districts et de relancer les efforts de recouvrement des coûts, un stock initial de ME aux niveaux de la PNA, des CS et des PS était jugé essentiel. Cependant, pour bénéficier d'une assistance les districts et les postes devraient répondre à certains critères (formation des MCD et des ICP en gestion, organisation de pharmacies de districts, réorganisation des comités de santé, l'établissement et l'application des tarifs dès réception)

Actions prévues

Dans le cadre du programme l'assistance prévue comprend:

- a) l'achat de médicaments pour la PNA jusqu'à concurrence de 200 millions de francs CFA afin de compléter le stock existant et obtenir un stock initial de roulement de 4 mois pour répondre aux besoins des formations de district
- b) un approvisionnement de 4 mois en médicaments pour tous les CS des districts
- c) un approvisionnement de 4 mois en médicaments pour 16 PS de chaque district du pays (720 au total).



### Réalisations

En 1992, avant même que le programme était mis en oeuvre, chacun des 45 districts a reçu un don important en médicaments essentiels par l'intermédiaire de la Suisse. Une fois que ces dons étaient sur place, les MCD ont reçu des directives d'appliquer immédiatement l'Initiative de Bamako. Les conditions préalables préconisées par le projet pour l'obtention d'une dotation de médicaments essentiels ont été réalisées après la mise en place du don Suisse.

La Banque Mondiale a financé des médicaments essentiels pour un montant de 2 767 763 \$ US (voir annexe 1).

Un stock de médicaments a été livré ou est prévu pour les 60 postes de santé construits dans le cadre du PDRH.

### Observations :

Les investissements de la Banque en médicaments ont dépassé le montant prévu. Pendant cette période, la PNA a bénéficié d'investissements de la France, des investissements du FED sont prévus. En dépit de ces investissements les problèmes d'approvisionnement de médicaments essentiels à la base continuent.

### **3.2.3. Organisation de campagnes d'information pour les prescripteurs et le public**

#### Actions prévues

Outre les programmes de formation à l'intention du personnel de santé des districts (voir 3.1.1.) les activités suivantes sont prévues:

- a) campagnes d'information à l'intention du grand public
- b) distribution des listes de médicaments essentiels
- c) directives pour le personnel de santé des secteurs public et privé prescrivant des médicaments

Le projet prévoit de financer:

- a) les services d'un spécialiste en marketing social
- b) la reproduction de spots radiophoniques et télévisés en six langues vernaculaires



- c) la reproduction de la liste des médicaments essentiels et des directives de prescription des médicaments qui devraient être distribuées aux médecins et pharmaciens des secteurs public et privé, aux ONG et aux caisses d'assurance-maladie des grandes entreprises.

#### Réalisations

Toutes les préparations nécessaires pour l'organisation de journées des médicaments essentiels ont été achevées. Les responsables attendent que le Ministre de la Santé fixe la date exacte.

L'évaluation de cette sous-composante sera développée dans le rapport de l'expert en IEC.

### **3.2.4. Élaboration d'une stratégie à long terme pour le secteur pharmaceutique**

#### Actions prévues

Au cours de la troisième année du projet, il est prévu d'effectuer les études suivantes sous la direction de l'USC/santé:

- a) une analyse de la viabilité financière à long terme de la PNA
- b) une étude de structure des marchés alternatives pour l'approvisionnement en médicaments essentiels

L'assistance prévoit:

- a) le recrutement de spécialistes pour réaliser des études en question et préparer des stratégies
- b) un séminaire national sur la stratégie proposée

#### Réalisations:

Une étude du système d'approvisionnement pharmaceutique à long terme a été programmée, dont les termes de référence portent sur les éléments suivants:

- un audit organisationnel, opérationnel et financier de la PNA
- l'impact du recouvrement des coûts sur le fonctionnement
- des propositions pour le futur statut
- les alternatives d'approvisionnement

Une étude de la politique pharmaceutique nationale à long terme est également en phase de préparation.



Observations :

Il est évident que ces études peuvent contribuer à résoudre les problèmes observés.

### 3.3. Renforcement institutionnel du secteur de la santé

Cette composante doit être mise en oeuvre par la DAGE et le bureau de formation et de recherche en collaboration avec la DHSP

Actions prévues

Le MSPAS se charge de:

- a) terminer des études visant à déterminer les normes de personnel des hôpitaux régionaux et des structures spécialisées du Ministère (service d'hygiène, centres de santé spécialisés, service des grandes endémies, etc.) et de discuter avec l'IDA des conclusions de ces études et des recommandations avant juin 1993.
- b) poursuivre le développement d'un système informatisé d'informations sur le personnel afin d'être capable de suivre les progrès réalisés en matière de redéploiement et de recrutement.
- c) la préparation d'un programme de restructuration du système d'éducation et de formation dans le secteur de la santé.
- d) examiner les procédures de préparation et d'exécution du budget actuellement suivies par le Ministère dans son ensemble et de recommander des mesures pour améliorer ces procédures en complément des travaux à réaliser au niveau du district.
- e) élaborer et instituer des mécanismes en vue de contrôler les mouvements de fonds provenant des allocations budgétaires, des organisations communautaires de santé, des administrations locales et des bailleurs de fonds, ainsi que l'utilisation de ces fonds.
- f) terminer l'inventaire des actifs existants (infrastructure et équipement), d'évaluer leur état et d'introduire un système de gestion des biens.
- g) examiner les fonctions et activités des quatre divisions de la DAGE, de recommander des systèmes adéquats d'organisation et de gestion et d'aider à la mise en oeuvre de ces recommandations.

Dans le cadre du programme l'assistance prévoit:

- h) la réalisation de six études par des spécialistes



- i) la réalisation de séminaires et d'ateliers sur divers systèmes de gestion
- j) une formation locale du personnel à l'utilisation des ordinateurs
- k) l'achat d'un véhicule et du matériel de bureau, ainsi que les coûts associés de fonctionnement et de maintenance pour la DAGE

Réalisations :

a) Dès 1992, des séances de travail ont eu lieu pour définir les termes de référence des études prévues. Des consultants ont été choisis et, pour chaque étude, des comités de pilotage, responsables pour le suivi ont été formés sous la direction du directeur de la DAGE (voir également sous h).

i) Étude sur la gestion des ressources humaines

Phase 1: étude préliminaire par ADCA

un rapport provisoire a été présenté en septembre 1994 mais le comité de pilotage ne s'est pas encore réuni depuis lors

Phase 2: étude sur le personnel des hôpitaux par Certec

Une analyse de la situation actuelle et un avant-projet sur les normes en personnel des hôpitaux ont été élaborés en septembre 1994 mais le comité de pilotage ne s'est pas encore réuni depuis lors.

Phase 3: étude sur le personnel des structures spécialisées par Gercom

En juin 1994 les résultats ont été présentés, mais le comité chargé de l'évaluation n'a pas accepté les résultats et a demandé que cette étude soit refaite, conformément aux termes de référence.

ii) Étude sur la gestion budgétaire et financière par Coopers & Lybrand

le rapport provisoire n'a pas encore été présenté

iii) Étude sur la restructuration du système de formation par Eduplus

le rapport provisoire a été présenté

iv) Étude sur la gestion des infrastructures et du matériel par Certec

le rapport provisoire n'a pas encore été présenté

b) Le développement d'un système de gestion de personnel informatisé est en cours. Pendant la mission les responsables de la division du personnel de la DAGE se sont rendus sur le terrain pour obtenir des données à jour.

c) En 1992, toutes les écoles de formation socio-sanitaire de base ont été regroupées au sein de l'École Nationale de Développement Sanitaire et Sociale (ENDSS) par décret (92/1400) qui assure la formation des:

- assistants sociaux

- aides sociaux

- techniciens supérieurs

(odontologie, administrateurs-enseignements<sup>22</sup>, anesthésie-

<sup>22</sup> remplace la formation CESSI (Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers)



- réanimation, biologie, radiologie, kinésithérapie, ophtalmologie)
- infirmiers d'état
- sages-femmes d'état
- génie-sanitaire
- préparateurs en pharmacie
- techniciens de laboratoire de prothèse dentaire

604 élèves faisaient partie de la promotion de 1994, ce qui est plus que l'ensemble des promotionnaires des anciennes écoles. Puisque le recrutement ne se fait plus automatiquement au niveau de la fonction publique, l'école ne doit plus tenir compte de quotas et décide donc en fonction de ses possibilités et en tenant compte des déficits ou surplus connus. Ainsi le nombre d'élèves infirmiers a augmenté ( $\pm 60$  contre  $\pm 30$  avant) tandis que le nombre d'élèves sages-femmes a diminué (10 contre  $\pm 25$  avant). L'option "préparateurs en pharmacie" est nouvelle, la première promotion sortira en 1995 et les dirigeants de l'école espèrent que ces élèves seront recrutés par la fonction publique pour servir au niveau de CS.

La révision des programmes d'enseignement a eu lieu (y compris le module MSI/PF), financée par le PDRH1 (voir 3.1.1.) à travers l'ISED.

- d) La mobilisation des budgets de l'état par les districts a été difficile, notamment pour les médicaments. La DAGE en est conscient et des démarches ont été faites pour résoudre ce problème.
- e) Le développement d'un système pour contrôler les mouvements des fonds provenant des allocations budgétaires, des organisations communautaires de santé, des administrations locales et des bailleurs de fonds, ainsi que l'utilisation de ces fonds, est en cours.
- f) L'inventaire et l'évaluation des actifs existants (infrastructure et équipement) ne sont pas à jour.
- g) L'évaluation des quatre divisions de la DAGE n'a pas eu lieu.
- i) Plusieurs séminaires et ateliers sur divers systèmes de gestion ont été réalisés ou sont en cours (voir autres chapitres).
- j) La formation locale du personnel à l'utilisation des ordinateurs n'est pas achevée.
- k) La DAGE a bénéficié du matériel comme prévu. Le programme a pris en charge une partie des frais de fonctionnement de la DAGE.



### Observations:

L'absence d'un système informatisé opérationnel sur le personnel empêche l'exécution du programme de redéploiement. Les ordinateurs sont disponibles mais les systèmes en place et le niveau de formation du personnel utilisateur ne répondent pas aux normes attendues à ce niveau. Le responsable actuel de la DAGE n'a pris fonction qu'il y a 6 mois, ce qui a entraîné un retard supplémentaire inévitable. D'autres membres de la DAGE sont également nouvellement affectés. Les données existantes ne peuvent pas être utilisées pour le programme de redéploiement. Il y a une différence d'environ 20% entre le nombre du personnel identifié dans les structures (4773) et le nombre du personnel à la solde du Ministère (5742). Il est reconnu que le nombre de personnel paramédical dans les postes de santé des districts de Dakar dépasse souvent les normes mais les données spécifiques ne sont pas disponibles. Il est impossible de comparer les listes actuelles avec les données d'avant la mise en oeuvre du projet.

En 1991, un recrutement de 25 médecins a eu lieu mais jusqu'à ce jour l'absence du deuxième médecin de district est plutôt la règle. Là où il y en avait deux, souvent un médecin a été muté ou n'est plus disponible. Les normes en personnel pour les centres de santé ne sont pas respectées. Au niveau régional le redéploiement n'a pas été fait non plus et les déséquilibres persistent. Par exemple dans la région de Saint-Louis, il y a 40 sages-femmes dont 1 seule pour le district de Richard-Toll. Les nouvelles affectations se concentrent dans les régions éloignées mais souvent les mutations vers la capitale neutralisent ces mesures. Il est compréhensible que les MCR hésitent si le niveau central ne donne pas l'exemple. Le nombre de postes vacants au niveau du personnel médical des districts reste toujours élevé et le développement des activités est donc hypothéqué.

La transformation de certains hôpitaux en centres de santé et de certains centres de santé en poste de santé n'a pas été réalisée. Il est difficile d'expliquer aux populations que leur formation sanitaire est dégradée. Cependant ces problèmes pourraient se résoudre de façon pragmatique. Souvent les activités prévues à l'échelon inférieur correspondent aux activités actuellement en cours: on pourrait garder le titre en changeant le statut administratif. Cependant la transformation d'un hôpital (sous la direction de la DAGE) en centre de santé (sous la direction de la DHSP) ne peut se faire qu'au niveau central. Par ailleurs le fait que les hôpitaux dépendent de la DAGE est un obstacle pour le redéploiement du personnel de façon générale. En attendant



les résultats des études, l'intégration des services spécialisés n'a pas eu lieu, bien qu'il y a eu des initiatives régionales<sup>23</sup>.

Aucune étude prévue n'est actuellement achevée de manière satisfaisante. Les études ont été commencées avec environ un an de retard. Ensuite les délais de finalisation n'ont pas été respectés par les bureaux choisis. La non disponibilité des membres des comités de pilotage est un troisième obstacle.

La DAGE ne dispose pas de la totalité des données financières. Les données des recettes provenant de la participation au niveau des districts sont gérées par la division de la statistique de la DHSP. Par contre cette division ne dispose pas de données des hôpitaux.

#### Conclusions:

Le développement institutionnel n'a pas atteint le niveau espéré, malgré les appuis depuis plusieurs années. Dans les conditions actuelles il est impossible de développer les ressources humaines, matérielles et financières.

#### Recommandations:

- Mettre en place un système informatisé utilisable avec un personnel qui sait l'utiliser
- Renforcer ou changer le personnel responsable pour la mise à jour du fichier personnel (DAGE).
- Élaborer un fichier de personnel fiable et à jour
- Éclaircir les différences entre le personnel payé et identifié par pointage physique
- Garder le personnel formé de la DAGE pour une période de trois ans au service pour assurer la continuité.
- Achever les études de gestion en cours et exploiter les résultats.
- Appliquer les normes de personnel définies
- Stimuler le redéploiement intra-régional
- Élaborer des listes des postes vacants et les utiliser lors des affectations
- Renforcer la collaboration entre la DAGE et la division de la statistique de la DHSP

---

<sup>23</sup> Dans la région de Diourbel le service des Grandes Endémies a été transformé en poste de santé et le personnel redéployé. Dans plusieurs régions le personnel du service d'hygiène est intégré dans les activités des districts.



## IV. Coordination et gestion du projet

---

### 4.1. Organisation du PDRH

Au sommet de l'organigramme du PDRH se situe le Comité Interministériel (CI) présidé par le ministre de l'Économie, des Finances et du Plan (MEFP) et composé des différents ministres impliqués dans la mise en oeuvre du PRDH. Ce comité est chargé de donner une orientation d'ensemble au projet, de prendre toutes les décisions quant à la politique générale et de résoudre les problèmes d'ordre institutionnel.

Un Groupe Technique Intercomposante (GTI) composé de responsables administratifs et financiers assure la coordination et le suivi technique, aidé par une unité de coordination du projet (UCP) au sein du MEFP. L'UCP dirige des unités de soutien de composante et est responsable de l'exécution du volet population.

Pour le volet santé une Unité de Soutien de Composante (USC) du MSAS est responsable pour la gestion administrative et financière. La dotation d'un personnel dont les qualifications et l'expérience étaient jugées satisfaisantes par l'IDA était une des conditions d'entrée en vigueur du crédit (voir 1.3). La mise en place de l'USC/santé n'a pas posé de problèmes majeurs puisque l'équipe responsable pour un autre projet de la Banque Mondiale a été reconduite.

L'USC doit fournir un soutien logistique aux divisions chargées de l'exécution des composantes et s'occuper de la passation des marchés et des décaissements pour tous les besoins du Ministère.

Les instances responsables pour l'exécution des activités doivent soumettre des requêtes de financement à l'USC qui, au terme d'une procédure, met les ressources financières et matérielles à la disposition.



## 4.2. Activités de l'USC/Santé

Les activités ont commencé avec beaucoup de retard puisque les moyens financiers n'étaient pas disponibles et puisque la mise en place de l'UCP a été retardée. Depuis 1993 mais surtout en 1994 l'exécution des activités a accéléré. Le bilan des activités par l'USC/Santé est le suivant:

### Volet génie civil

L'USC avait la compétence et la possibilité de prendre en charge l'exécution du volet génie civil du PDRH, mais elle a préféré de confier une partie de cette tâche à l'Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public (AGETIP). Deux conventions de maîtrise d'ouvrage ont été signés pour un montant de 3,5 milliards de F CFA. En octobre 1994, le montant total versé à l'AGETIP s'élevait à 4.961.530 \$ US ou 2,15 milliards de F CFA (avant la dévaluation) ce qui correspond au montant convenu dans le premier contrat. Cet accord a permis une exécution plus rapide du volet génie civil et devrait permettre l'USC d'être plus efficace dans l'exécution des autres tâches.

Les travaux suivants se réalisent sous la responsabilité directe de l'USC:

- la construction de la pharmacie de district de Touba
- l'extension du bloc opératoire du CS de Koungheul
- la réfection des équipements dans les centres de santé de Fatick, Kolda, Koungheul, Kédougou, Goudiry, Tivaouane, Touba, Bakel et Bignona
- la réfection de la zone de formation de Tambacounda.

Il semble qu'il y ait des retards dans la réalisation de la plupart des constructions sous la responsabilité de l'USC. Une surveillance de près par le responsable de l'USC est indiquée.

### Volet équipement / mobilier

Malgré les délais long d'approbation des marchés, la livraison de l'équipement se réalise, notamment pendant les derniers mois. Suite à la dévaluation, la livraison de mobilier, équipement de bureau et matériel frigorifique a pris du retard. Il est prévu que ce problème sera résolu dans les mois à venir. 11 marchés sur 13 ont été approuvés et sont en voie de réalisation.

### Volet formation

Pendant la première période du PDRH des agents de l'USC ont été formés en matière de

- passation des marchés d'équipement (Dakar)
- pratique de décaissement (Abidjan)
- audit financier (Dakar)



- économie et gestion des ressources humaines dans les programmes de santé (Boston)
- gestion de la fonction publique et des ressources humaines (Washington)

#### Volet médicaments

Le rôle de l'USC/Santé dans l'exécution des marchés de médicaments se résume dans la vérification du respect des procédures d'adjudication et dans le paiement des factures.

#### Volet supervision

L'USC/Santé se rend régulièrement sur le terrain dans toutes les régions. Ces activités de supervision comprenaient le suivi des réalisations du volet génie civil, la participation aux sessions de formation, le suivi de la gestion financière, la participation aux réunions de coordination régionale et des districts.

#### Volet administration

Comparé aux autres USC, l'USC/Santé jouit d'une certaine autonomie et est relativement efficace. Le fait que cette USC existait déjà sous quelque forme avant le PDRH a contribué à cette efficacité. Cependant l'USC/Santé déplore des problèmes de coordination avec l'UCP et avec les directions du MSAS.

#### Conclusions et recommandations

Globalement l'USC/Santé a exécuté ses tâches de façon satisfaisante et les réalisations ont bien avancé, notamment durant les 6 derniers mois.

En tenant compte des problèmes identifiés et la compétence de l'USC, il serait souhaitable qu'elle appuie davantage les activités de la DAGE et l'encourage d'effectuer sa tâche de supervision au niveau régional.

L'USC/Santé n'a pas la compétence en matière de supervision technique pour suivre le développement des activités dans les formations sanitaires qui est la priorité pour la deuxième phase du programme. Cette tâche ressort de la responsabilité de la DHSP. Une meilleure coordination et un appui à la DHSP pour effectuer ses supervisions au niveau régional est souhaitable.



### 4.3. Situation financière

La Structure de l'accord de crédit 2255/SE se trouve en annexe. Le bilan des dépenses par catégorie est montré en Tableau 3.

**Tableau 4: Bilan des dépenses par catégorie au 28 octobre 1994**  
(exprimé en \$ US)

| catégories            | Montants Alloués  | décaissements     | Solde             |                |
|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| Génie civil           | 7 992 126         | 8 263 919         | - 271 793         | 203,14 %       |
| Véhicules/équipem.    | 4 409 449         | 3 217 226         | 1 192 223         | 72,96 %        |
| Mobilier              | 688 976           | néant             | 688 976           | 0 %            |
| Médicaments           | 2 755 906         | 1 409 680         | 1 346 226         | 51,15 %        |
| Services spécialistes | 2 618 110         | 306 390           | 2 311 720         | 44,70 %        |
| Formation             | 895 669           | 597 190           | 298 479           | 66,67 %        |
| Coûts récurrents      | 1 653 543         | 892 610           | 760 933           | 53,98 %        |
| <b>Total</b>          | <b>21 013 779</b> | <b>14 687 015</b> | <b>6 326 764*</b> | <b>69,89 %</b> |

#### **4.3.1. Fonds IDA**

Les paiements des dépenses se font de manière suivante:

- les dépenses qui dépassent 20 000 \$ US sont payées directement par la Banque Mondiale
- Les dépenses en dessous sont payées à partir d'un compte appelé "Spécial B" pour lequel les responsables de l'USC ont le droit de signature.

Au 15 octobre 1994, le niveau des engagements pour le volet santé a atteint 95% et les décaissements se situent à 55%. L'accès aux ressources de la Banque Mondiale a été immédiate et sans difficultés majeures.



#### 4.3.2. Contrepartie sénégalaise

Globalement les procédures d'acquisition des ressources de l'État ont été longues et lourdes. Deux sortes de problèmes se posent:

- les reliquats de crédits doivent être reversés au trésor à la fin de l'année, bien que la procédure pour les obtenir prend environ 6 mois.
- vu les longs délais de règlement par le trésor, les fournisseurs sont réticents à s'engager.

Cette difficulté de mobilisation de fonds de contrepartie peut entamer un blocage du fonctionnement de l'USC et empêcher l'achèvement des travaux de génie civil restants.

Au niveau des régions, la contrepartie n'a pas été réalisée jusqu'à présent.

**Tableau 5:** Bilan de la contrepartie sénégalaise des investissements

|         | budget prévu             | budget réalisé           |
|---------|--------------------------|--------------------------|
| 1991-92 | 72 000 000               | 32 180 275 <sup>a</sup>  |
| 1993    | 320 000 000              | 304 892 511 <sup>b</sup> |
| 1994    | 250 000 000 <sup>c</sup> | 72 000 000 <sup>d</sup>  |

a) la somme de 33 119 727 F CFA a dû être reversée au trésor à la fin de l'année

b) dont 241 875 000 F CFA pour le volet génie civil

c) adapté après la dévaluation

d) ce montant représente le plafond de la caisse d'avances

#### 4.3.3. Cofinancement

Officiellement il n'y a pas eu de cofinancement par d'autres bailleurs de fonds pour l'exécution du PDRH pendant la première phase. Cependant en réalité plusieurs bailleurs ou projets ont entamé des activités qui entrent dans l'esprit du projet et/ou qui étaient prévues par le projet (par exemple le don Suisse en médicaments essentiels). Il semble que la plupart des bailleurs ont des mandats pour effectuer des projets pareils. Une coordination est indiquée mais laisse à désirer malgré plusieurs initiatives.



## V. CONCLUSIONS

---

Les premiers résultats du volet santé du projet PDRHI sont positifs dans l'ensemble malgré un retard initial, principalement dû aux lenteurs administratives. L'infrastructure s'est améliorée considérablement et l'appui en matériel et en équipement est en cours. Les objectifs des projets de formation sont presque tous atteints. Pendant la première période le Ministère a appliqué sa politique de décentralisation, de médicaments essentiels et de recouvrement de coûts. La population s'est montrée enthousiaste vis à vis du développement du système de santé publique et la participation a été importante à l'échelle du pays.

Cependant, ces réalisations comme telles ne garantissent guère l'amélioration générale du niveau de santé de la population. Pour la deuxième phase du projet, l'amélioration du fonctionnement des infrastructures et de la qualité des services doivent être la priorité du projet afin d'atteindre les objectifs préconisés et de consolider les résultats obtenus. La supervision à tous les niveaux est considéré comme élément essentiel pour un succès durable.

L'absence d'un système informatisé opérationnel, les études de gestion non achevées et le fait que les programmes de redéploiement ne sont pas appliqués empêchent la rationalisation et le développement des ressources humaines, matérielles et financières.

Malgré beaucoup d'efforts, l'approvisionnement en médicaments essentiels reste l'obstacle majeur à la réussite de la politique nationale de santé au Sénégal. L'amélioration de l'approvisionnement des structures de base est essentielle pour que le projet puisse réussir la réalisation de ses objectifs.



## Bibliographie

CERTEC 1994 Etude sur les normes en personnel des hôpitaux - Méthodologie d'élaboration de normes, avant projet. Consortium d'études et de réalisations techniques.

CERTEC 1994 Etude sur les normes en personnel des hôpitaux - Analyse critique du fonctionnement actuel des hôpitaux régionaux et du CHU. Consortium d'études et de réalisations techniques.

Diallo, I., Molouba, R., Sarr, L.C. 1993 Primary health care: from aspiration to achievement. World Health Forum 14, 349-355.

MEPF 1994 République du Sénégal, Enquête démographique et de santé au Sénégal (EDS-II) 1992/3.

MSAS 1993 République du Sénégal - Guide national de l'infirmier chef de poste - Stratégies et conduites à tenir, avec la collaboration technique de l'ISED et l'assistance financière du PDRH1.

MSAS 1993 République du Sénégal - Guide national du comité de santé - Stratégies et conduites à tenir, avec la collaboration technique de l'ISED et l'assistance financière du PDRH1.

MSAS 1993 République du Sénégal - Guide national du médecin chef de district - Stratégies et conduites à tenir, avec la collaboration technique de l'ISED et l'assistance financière du PDRH1.

MSAS 1993 République du Sénégal - Guide national du médecin chef de région - Stratégies et conduites à tenir, avec la collaboration technique de l'ISED et l'assistance financière du PDRH1.

MSAS 1994 Procès verbal de la réunion du 30.8.94 relative à l'examen de l'étude sur les normes en personnel des structures spécialisées faite par le GERCOM.

MSPAS 1989 République du Sénégal - Déclaration de la politique nationale de santé.

MSPAS 1990 République du Sénégal - Etude de gestion et d'organisation de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement, Credes.



MSPAS 1990 République du Sénégal - Analyse: Arrêté fixant les listes des médicaments et produits essentiels au niveau des cases, postes, centres de santé et des hôpitaux régionaux. No 011782 /MSPAS/CT/AJ.

MSPAS 1990 République du Sénégal - Liste des médicaments et produits essentiels au niveau case, poste, centre de santé et hôpital régional.

MSPAS 1991 République du Sénégal - Guide Méthodologique - Pour une application efficace de la politique des médicaments essentiels et l'Initiative de Bamako au niveau des districts du Sénégal.

MSPAS 1991 République du Sénégal - Planification des services de santé - Normes de planification à l'usage des régions médicales dans le cadre de la préparation des plans de développement de districts (PDDS) et des plans régionaux de développement (PRDS).

MSPAS 1992 République du Sénégal - Analyse: Décret fixant les obligations particulières auxquelles sont soumis les comités de santé et portant statuts types desdits comités. No 92 - 118/MSPAS.

PDRH1 1994 Termes de référence de la revue à mi-parcours. Projet de développement des ressources humaines, République du Sénégal.

Talla I. 1992 Mise en place de l'initiative de Bamako dans le District Sanitaire de Richard-Toll et premier bilan après 6 mois. Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

UNICEF 1988 The Bamako Initiative. New-York: Unicef, Mimeograph, E/ICEF/1988/P/L40.

USC/Santé 1992 République du Sénégal - Projet de Développement des Ressources Humaines. Textes sur l'organisation et le fonctionnement des comités de santé.

World Bank. 1991. République du Sénégal - Projet de Développement des Ressources Humaines. Rapport d'Évaluation. No 9180-SE.



## Annexes



# Structure de l'accord de crédit 2255/SE

Annexe 1

**Tableau 6:** Structure de l'accord de crédit 2255/SE  
(en millions de \$ US)

| catégories            | composante<br>santé | composante<br>population | Total<br>par catégorie |
|-----------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|
| Génie civil           | 7 992 126           | 1 515 874                | 9 507 874              |
| Véhicules/équip.      | 4 409 449           | 2 618 110                | 7 027 559              |
| Mobilier              | 668 976             | 103 346                  | 792 325                |
| Médicaments           | 2 755 906           |                          | 2 755 906              |
| Services spécialistes | 2 618 110           | 1 791 339                | 4 409 449              |
| Formation             | 895 669             | 1 309 055                | 2 204 724              |
| Coûts récurrents      | 1 653 543           | 999 016                  | 2 652 559              |
| PPF*                  |                     |                          | 826 772                |
| non alloué            |                     |                          | 4 822 834              |
| <b>Total</b>          | <b>21 013 779</b>   | <b>8 336 614</b>         | <b>35 000 000</b>      |

\* Project preparation facilities



**Tableau 7: Clés de répartition de l'accord de crédit 2255/SE**  
(en millions de \$ US)

| <b>catégories</b>     | composante<br>santé<br>IDA | composante<br>santé<br>État | composante<br>santé<br>IDA (en \$ US) | composante<br>santé<br>État (en \$ US) |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| Génie civil           | 85 %                       | 15 %                        | 6 793 307                             | 1 198 819                              |
| Véhicules/équipem.    | 100 %                      |                             | 4 409 449                             |                                        |
| Mobilier              | 100 %                      |                             | 688 976                               |                                        |
| Médicaments           | 100 %                      |                             | 2 755 906                             |                                        |
| Services spécialistes | 100 %                      |                             | 2 618 110                             |                                        |
| Formation             | 100 %                      |                             | 895 669                               |                                        |
| Coûts récurrents      | 75 %                       | 25 %                        | 1 240 157                             | 413 386                                |
| PPF*                  |                            |                             |                                       |                                        |
| non alloué            |                            |                             |                                       |                                        |
| <b>Total</b>          |                            |                             | 19 401 574                            | 1 612 205                              |

\* Project preparation facilities



**Tableau 8:** Situation du crédit 2255/SE par catégorie pour le volet santé  
(en millions de \$ US) en date du 15 octobre 1994

| catégories            | Montants<br>Alloués | Engagements | Engagements<br>futurs | Solde       |
|-----------------------|---------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| Génie civil           | 7 992 126           | 8 252 302   | 32 100                | - 292 276   |
| Véhicules/équipem.    | 4 409 449           | 3 594 280   | 118 200               | 696 969     |
| Mobilier              | 688 976             | 451 622     | 16 700                | 220 654     |
| Médicaments           | 2 755 906           | 2 767 763   |                       | - 11 857    |
| Services spécialistes | 2 618 110           | 2 804 981   | 1 008 600             | - 1 195 471 |
| Formation             | 895 669             | 1 122 246   | 118 200               | - 344 777   |
| Coûts récurrents      | 1 653 543           | 1 046 797   | 350 000               | 256 746     |
| PPF*                  |                     |             |                       |             |
| non alloué            |                     |             |                       |             |
| <b>Total</b>          | 21 013 779          | 20 039 992  | 1 643 800             | - 670 013** |

\* Project preparation facilities

\*\* le solde n'inclut pas la crédit PPF et le crédit non alloué



## Annexe 2

**Tableau 9:** Bilan des sessions de formation en Planification Familiale des Infirmiers Chefs de Postes (septembre 1994)

| Région           | No de sessions effectuées | No de ICP formés <sup>1</sup> | No de ICP à former <sup>2</sup> |
|------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Thiès - Dakar    | 3                         | 73                            | 25                              |
| Kaolack - Fatick | 2                         | 52                            | 66                              |
| Louga            | 2                         | 47                            | -                               |
| Kolda            | 1                         | 24                            | 22                              |
| Ziguinchor       | 1                         | 30                            | 30                              |
| Diourbel         | 1                         | 27                            | non disponible                  |
| Tambacounda      |                           | -                             | 60                              |
| Saint-Louis      |                           | -                             | 45                              |
| <b>Total</b>     |                           | <b>253</b>                    | <b>248</b>                      |

<sup>1</sup> données disponibles au mois de septembre 1994 à la SNSMI

<sup>2</sup> sessions programmées entre septembre et novembre 1994



## LISTE NOMINATIVE DES 60 POSTES DE SANTE

| Région de Dakar (31)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Région de Thiès (10)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Région de Diourbel (5)                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dakar Plateau (1) <ul style="list-style-type: none"> <li>• HLM Fass</li> </ul> Dakar Centre (2) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liberté 2</li> <li>• Liberté 4</li> </ul> Dakar Nord (7) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parcelles Assainies U8</li> <li>• Parcelles Assainies U16</li> <li>• Parcelles Assainies U22</li> <li>• Parcelles Assainies U9</li> <li>• Parcelles Assainies U26</li> <li>• HLM Grand Yoff</li> <li>• Grand Médine</li> </ul> Dakar Ouest (3) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terme Sud</li> <li>• Diamalaye</li> <li>• Mermoz</li> </ul> Pikine (7) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yeumbeul Diamalaye</li> <li>• Aïnoumady</li> <li>• Municipal 2</li> <li>• Khouroumar</li> <li>• Cité Chemin de fer</li> <li>• Dalifort</li> <li>• Cité ppépinière</li> </ul> Guédiawaye (5) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fithmithie</li> <li>• Hamo 5</li> <li>• Nialty Mbar</li> <li>• Darourahmane</li> <li>• Parcelles Assainies U4</li> </ul> Mbao (8) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grand Mbao</li> <li>• Nassiroulahi</li> <li>• Boune</li> <li>• Fass Mbao</li> <li>• Petit Mbao</li> <li>• Thiaroye sur mer</li> <li>• Annexes Keur Massar</li> <li>• Thiaroye Azur</li> </ul> Rufisque - Bargny (12) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ndiolmane</li> <li>• Bargny Guedj</li> <li>• HLM</li> <li>• Kip Carrière</li> <li>• Missira</li> <li>• Diorgua</li> <li>• Nimzatt 2</li> <li>• Sabikotane</li> <li>• Dangou Nord</li> <li>• Daresalam</li> <li>• Diokoul Wague</li> <li>• Gouye Mouride</li> </ul> | Thiès <ul style="list-style-type: none"> <li>• Route de Mbour</li> <li>• Cité Lami</li> <li>• Cité Niakh</li> <li>• Nguinth</li> <li>• Petit Thialy</li> </ul> Joal Fadiouth (2) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santhie</li> <li>• Nguèniène</li> </ul> Mbour (1) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diamaguene</li> </ul> Mékhé (1) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ngaye Diagne</li> </ul> Tivaoune (1) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nord Est</li> </ul> | Diourbel (2) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keur Yelli</li> <li>• Keur Serigne Mb. SARR</li> </ul> Mbacké (2) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diamaguene</li> <li>• Mbacké Barry</li> </ul> Bambey (1) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thieppe Parba</li> </ul> |



## ETAT D'AVANCEMENT DU VOLET GENIE CIVIL

17-Jui-94

| STRUCTURES                               | ENTREPRISES            | COUT DES TRAVAUX | ETAT DE REALISATION            |
|------------------------------------------|------------------------|------------------|--------------------------------|
| <b>1. CENTRES DE SANTE</b>               |                        |                  |                                |
| • Rénovation Nabil Choucair (Dakar Nord) | EGMB-EABE-MA-AC        | 177.443.574      | Réception provisoire prononcée |
| • Rénovation IHS (Dakar Plateau)         | AFRO.CONST.SEK-W.B-SDH | 154.907.031      | 70%                            |
| • Rénovation Rufisque                    | EGMB-CGE-ICE           |                  | 10%                            |
| • Construction CS Mbour                  |                        |                  | Etude architecturale en cours  |
| • 2e bloc opérat. Guédiawaye             |                        |                  | Etude architecturale en cours  |
| • Extension bloc opératoire de Kounghe   | ERIMIH                 | 5.780.612        | 40%                            |
| <b>2. REGIONS MEDICALES</b>              |                        |                  |                                |
| • Dakar                                  | SENICOM                | 13.840.893       | 90%                            |
| • Thiès                                  | MKI-ESC                | 25.071.524       | Pré-réception faite            |
| • Diourbel                               |                        |                  | Etude architecturale en cours  |
| <b>3. PHARMACIES</b>                     |                        |                  |                                |
| • PNA                                    | GENITEC                | 39.776.745       | 100%                           |
| • District Thiès                         | TOUBA BATIMENT         | 9.693.400        | Réception provisoire prononcée |
| • District Diourbel                      | GIE GENERAL SERVICE    | 8.776.350        | 90%                            |
| • District Touba                         | ESGBTP                 | 9.950.000        | Démarrage imminent             |
| <b>4. POSTES DE SANTE</b>                |                        |                  |                                |
| • Parcelles Assainies U8 (Dakar Nord)    | INTERBAT               | 22.178.000       | Réception provisoire prononcée |
| • Parcelles Assainies U16 (Dakar Nord)   | INTERBAT               | 22.547.550       | Réception provisoire prononcée |
| • Dalifort (District Pikine)             | ERTEC                  | 21.516.565       | Réception provisoire prononcée |
| • Nassiroulahi (Mbao)                    | ERTEC                  | 21.516.565       | Réception provisoire prononcée |
| • Diorga (Rufisque)                      | CGCE                   | 23.433.787       | Réception provisoire prononcée |
| • Cité Niakh (Thiès)                     | TTCEB                  | 21.000.000       | Réception provisoire prononcée |
| • Route de Mbour (Thiès)                 | TTCEB                  | 22.644.000       | Réception provisoire prononcée |
| • Route de Sanghé (Thiès)                | TTCEB                  | 21.300.000       | Réception provisoire prononcée |
| • Nord Est (Tivaouane)                   | EGCB                   | 22.533.893       | Réception provisoire prononcée |
| • Ngoye Diagne (Mékhe)                   | EGCB                   | 22.533.893       | Réception provisoire prononcée |



|                                        |                |            |                                |
|----------------------------------------|----------------|------------|--------------------------------|
| • Klp Carrière (Rufisque)              | SEFACO         | 22.569.420 | Réception provisoire prononcée |
| • Ndiolmane (Rufisque)                 | GIE BATIM      | 22.313.190 | Pré-réception faite            |
| • Missira (Rufisque)                   | GIE BATIM      | 22.563.770 | Pré-réception faite            |
| • HLM (Rufisque)                       | ESBTP          | 22.291.781 | Pré-réception faite            |
| • Boune (Mbao)                         | WATIC          | 20.807.700 | Réception provisoire prononcée |
| • Aïnoumady Ben Baraque (Pikine)       | WATIC          | 22.962.291 | Réception provisoire prononcée |
| • Hamo V (Guédiawaye)                  | EVRS           | 22.468.662 | Réception provisoire prononcée |
| • Filhmlth (Guédiawaye)                | EVRS           | 22.476.795 | Réception provisoire prononcée |
| • Parcelles Assainies U4. (Guédiawaye) | ETTB           | 21.860.493 | 95%                            |
| • Parcelles Assainies U22 (Dakar Nord) | ETTB           | 21.918.883 | 95%                            |
| • Gouye Mouride (Rufisque)             | CGCE           | 22.863.882 | Pré-réception faite            |
| • Bargny GuedJ (Rufisque)              | SEFACO         | 22.569.420 | Pré-réception faite            |
| • Diamaguène (Mbour)                   | EGCOT/TRANSCO  | 22.685.784 | 80%                            |
| • Santhle (Joal)                       | EGCOT/TRANSCO  | 22.685.784 | 95%                            |
| • Médinatoul (Diourbel)                | SOSECO TP      | 23.593.315 | Réception provisoire prononcée |
| • Keur Mame Cheikh Anta (Diourbel)     | SOSECO TP      | 23.593.315 | Réception provisoire prononcée |
| • Keur Massar (Mbao)                   |                | 22.135.793 | Réception provisoire prononcée |
| • Cité Pépinière (Pikine)              | EGBEV          | 21.486.564 | 60%                            |
| • Diamalaye (Dakar-ouest)              | CEGES          | 22.349.883 | 95%                            |
| • Ouakam (Dakar-ouest)                 | CEGES          | 22.446.147 | 90%                            |
| • Grand Médine (Dakar Nord)            | CEGES          | 22.708.213 | 95%                            |
| • Mermoz (Dakar-ouest)                 | SCI            | 21.763.887 | Réception provisoire prononcée |
| • Liberté IV (Dakar centre)            | SCI            | 21.327.795 | Réception provisoire prononcée |
| • Grand Mbao (Mbao)                    | TECHNI CONSEIL | 22.594.100 | 70%                            |
| • Thlaroye Azur (Mbao)                 | TECHNI CONSEIL | 22.594.100 | 65%                            |
| • Petit Mbao (Mbao)                    | INTERBAT       | 23.181.790 | 35%                            |
| • Fass Mbao (Mbao)                     | INTERBAT       | 23.181.790 | 35%                            |
| • Liberté I (Dakar-centre)             | GENITEC        | 31.899.712 | 40%                            |
| • HLM Grand Yoff (Dakar Nord)          | PCE            | 20.476.944 | 90%                            |
| • Parcelles Assainies U9 (Dakar Nord)  | PCE            | 21.981.627 | 90%                            |
| • Municipal II (Pikine)                | EBIS           | 20.924.333 | Réception provisoire prononcée |



|                                    |                |            |                      |
|------------------------------------|----------------|------------|----------------------|
| • Petit Thialy (Thiès)             | GIE LE PLURIEL | 21.927.452 | 90%                  |
| • Guédiène (Joal)                  | GIE LE PLURIEL | 22.847.497 | 90%                  |
| • Route de Kael (Mbacké)           | IT             | 22.294.848 | 30%                  |
| • Mbacké Ndimbe (Mbacké)           | IT             | 22.294.848 | 30%                  |
| • Nimzatt (Rufisque)               | ESBTP          | 23.081.669 | 2%                   |
| • NGuinth (Thiès)                  | ABES           | 32.187.000 | 40%                  |
| • Cité chemin de fer (Mbao)        | SCI            | 33.357.565 | 30%                  |
| • Khouroumar (Pikine)              | EGBD           | 33.940.145 | 45%                  |
| • Dangou Nord (Rufisque)           | GIC            | 31.889.712 | 10%                  |
| • Daresalam (Rufisque)             | SIC            | 32.465.800 | 25%                  |
| • Darourahmane (Guédiawaye)        | TTCEB          | 32.653.860 | 40%                  |
| • Diokoul Wague (Rufisque)         |                |            | Terrain à rechercher |
| • Parcelles Ass. U 26 (Dakar Nord) |                |            | Etudes en cours      |
| • Thleppe Parba (Bambey)           | SOCOROBAT      | 32.407.520 | Démarrage imminent   |
| • Nletty Mbar (Guédiawaye)         |                |            | Etudes en cours      |
| • HLM Fass (Dakar-Plateau)         |                |            | Site non disponible  |
| • Sébikotane (Rufisque)            |                |            | Etudes en cours      |
| • Thiaroye sur mer (Mbao)          |                |            | Etudes en cours      |
| • Yeumbeul Diamalaye (Pikine)      |                |            | Etudes en cours      |
| <b>5. A TRANSFORMER EN PS</b>      |                |            |                      |
| • PMI Bel-air (Dakar-plateau)      | SECAT          | 4.055.840  | 100%                 |
| • PMI Rufisque                     |                |            | Etudes en cours      |
| • PMI Keur GOU-1AG (Diourbel)      |                |            | Etudes en cours      |
| • CS Tivaouane I                   |                |            | Etudes en cours      |



## Annexe 5

**Tableau 10:** Bilan financier des régions en 1993 (en F CFA)

| Région       | Population       | Budget district <sup>1</sup> | Budget Etat Total <sup>2</sup> | Recettes population <sup>3</sup> | TOTAL                |
|--------------|------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Dakar        | 1 801 312        | 225 182 000                  | 1077 106 000                   | 137 755 658                      | 1440 043 658         |
| Diourbel     | 726 914          | 77 059 000                   | 158 008 000                    | 146 791 812                      | 381 858 812          |
| Fatick       | 558 881          | 136 942 200                  | 141 195 200                    | 87 632 746                       | 365 770 146          |
| Kaolack      | 924 216          | 56 824 361                   | 157 306 361                    | 149 941 406                      | 364 072 128          |
| Kolda        | 672 160          | 65 440 000                   | 72 739 000                     | 92 182 122                       | 230 361 122          |
| Louga        | 520 044          | 72 286 064                   | 161 743 064                    | 92 175 240                       | 326 204 368          |
| St.-Louis    | 733 587          | 134 250 894                  | 370 584 949                    | 168 920 420                      | 673 756 263          |
| Tambacouda   | 437 727          | 75 472 000                   | 147 085 000                    | 59 049 727                       | 281 606 727          |
| Thiès        | 1 083 880        | 143 613 000                  | 237 374 000                    | 106 214 327                      | 487 201 327          |
| Ziguinchor   | 454 950          | 70 041 000                   | 155 683 000                    | 78 681 811                       | 304 405 811          |
| <b>Total</b> | <b>7 913 671</b> | <b>1 057 110 519</b>         | <b>2 678 824 574</b>           | <b>1 119 345 269</b>             | <b>4 855 280 362</b> |

Ces données ont été obtenues de la Division de la Statistique de la DHSP

<sup>1</sup> les salaires du personnel d'état ne sont pas inclus

<sup>2</sup> comprenant les budgets des districts, des régions médicales et des hôpitaux; les salaires du personnel d'état ne sont pas inclus

<sup>3</sup> il est accepté que ces chiffres sont sous-estimés, les recettes des hôpitaux ne sont pas incluses



**Tableau 11:** Bilan financier des régions par catégorie exprimé en % par rapport aux autres régions (1993)

| Région       | Population | Budget district <sup>1</sup> | Budget Etat Total <sup>2</sup> | Recettes population <sup>3</sup> |
|--------------|------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Dakar        | 23 %       | 21 %                         | 40 %                           | 12 %                             |
| Diourbel     | 9 %        | 7 %                          | 6 %                            | 13 %                             |
| Fatick       | 7 %        | 13 %                         | 5 %                            | 8 %                              |
| Kaolack      | 12 %       | 5 %                          | 6 %                            | 13 %                             |
| Kolda        | 8 %        | 6 %                          | 3 %                            | 8 %                              |
| Louga        | 7 %        | 7 %                          | 6 %                            | 8 %                              |
| St.-Louis    | 9 %        | 13 %                         | 14 %                           | 15 %                             |
| Tambacouda   | 6 %        | 7 %                          | 5 %                            | 5 %                              |
| Thiès        | 14 %       | 14 %                         | 9 %                            | 9 %                              |
| Ziguinchor   | 6 %        | 7 %                          | 6 %                            | 7 %                              |
| <b>Total</b> | 100%       | 100%                         | 100%                           | 100%                             |

<sup>1</sup> les salaires du personnel d'état ne sont pas inclus

<sup>2</sup> comprenant les budgets des districts, des régions médicales et des hôpitaux; les salaires du personnel d'état ne sont pas inclus

<sup>3</sup> il est accepté que ces chiffres sont sous-estimés, les recettes des hôpitaux ne sont pas incluses



# Récapitulation des recommandations

## Annexe 6

| niveau          | Recommandations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| District        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les activités des équipes cadres</li> <li>- Renforcer la supervision (y compris la PF) en l'intégrant dans l'ensemble des activités des équipes cadres</li> <li>- Établir des calendriers de supervisions</li> <li>- Développer les activités SMI/PF dans les PS des ICP formés</li> <li>- Intégrer l'ensemble du programme PF dans le système de recouvrement de coûts</li> <li>- Obliger les OCS d'ouvrir immédiatement des comptes bancaires</li> <li>- Renforcer l'encadrement par les équipes cadres des OCS en matière gestion des ressources</li> <li>- Appliquer les activités prévues dans le paquet minimum</li> <li>- Augmenter la qualité des activités</li> <li>- Intégrer les activités des services spécialisés dans les PS et les CS</li> <li>- Visiter des districts ayant des conditions de travail comparables</li> </ul> |
| Région Médicale | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appliquer et respecter la décentralisation au niveau district</li> <li>- Contrôler la qualité technique des plans d'actions des districts</li> <li>- Renforcer les activités de supervision technique des districts</li> <li>- Établir des calendriers de supervisions</li> <li>- Intégrer les activités des services spécialisés au niveau district</li> <li>- Appliquer le système de districts sanitaires partout</li> <li>- Visiter les équipes régionales des régions ayant des conditions de travail comparables</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ISED            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer la mise en oeuvre des PDDS-PRDS dans les 10 régions</li> <li>- Organiser un séminaire pour échanger et analyser les expériences de recouvrement de coûts et autofinancement au niveau des districts</li> <li>- Renforcer les activités d'analyse, d'évaluation et de suivi</li> <li>- Développer les activités des zones de formation</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| PNA             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatiser la gestion de la PNA et des PRA</li> <li>- Appliquer l'AOI comme procédure de commande</li> <li>- Maintenir les stocks conformément à la liste officielle de médicaments essentiels, sous forme générique.</li> <li>- Superviser les PRA régulièrement (2x par an)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| PNPF            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer l'approvisionnement des hôpitaux en contraceptifs</li> <li>- Renforcer la collaboration avec la DHSP</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |



| niveau     | Recommandations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DHSP       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuer fortement le nombre de cours organisés par le niveau central</li> <li>- Intégrer le volet formation dans les plans d'actions des districts</li> <li>- Coordonner l'ensemble des formations</li> <li>- Informer les districts des cours planifiés avant l'élaboration des plans d'actions</li> <li>- Stimuler les activités d'analyse, d'évaluation et de suivi par l'ISED</li> <li>- Analyser le contenu des différents programmes de formation et organiser un séminaire avec les organisateurs pour harmoniser le contenu</li> <li>- Appliquer et respecter la décentralisation au niveau district</li> <li>- Renforcer les activités de supervision des régions</li> <li>- Établir des calendriers de supervisions</li> <li>- Renforcer la collaboration entre la DAGE et la division de la statistique de la DHSP</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                       |
| DAGE       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un système informatisé utilisable avec un personnel qui sait l'utiliser</li> <li>- Renforcer ou changer le personnel de la DAGE</li> <li>- Garder le personnel formé de la DAGE pour une période de trois ans au service pour assurer la continuité</li> <li>- Élaborer un fichier personnel fiable et à jour</li> <li>- Éclaircir les différences entre le personnel payé et identifié par pointage physique</li> <li>- Achever les études de gestion en cours.</li> <li>- Appliquer et respecter la décentralisation au niveau district</li> <li>- Renforcer les activités de supervision des régions</li> <li>- Établir des calendriers de supervision</li> <li>- Appliquer les normes de personnel définies</li> <li>- Stimuler le redéploiement intra-régional</li> <li>- Intégrer les activités des services spécialisés au niveau régional</li> <li>- Élaborer des listes des postes vacants en tenir compte pour les prochaines affectations</li> <li>- Renforcer la collaboration entre la DAGE et la division de la statistique de la DHSP</li> </ul> |
| Ministères | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appliquer et respecter la décentralisation au niveau district</li> <li>- Clarifier et résoudre les problèmes entre le PNPF et le SNSMI/PF</li> <li>- Limiter les cours organisés au niveau national et planifier en collaboration avec la DHSP</li> <li>- Aider les districts à obtenir les budgets prévus</li> <li>- Prendre les mesures nécessaires afin de régulariser la situation des OCS</li> <li>- Limiter les activités de formation organisées par le niveau central</li> <li>- Débloquer le problème de la formation en chirurgie d'urgence</li> <li>- Accorder l'autorisation à la PNA de demander aux institutions bancaires des lettres de crédit</li> <li>- Exploiter les résultats des études de gestion des ressources</li> <li>- Renouveler l'autorisation de la dérogation aux procédures normales de passation de service</li> <li>- Réaliser la contrepartie sénégalaise au niveau régional</li> </ul>                                                                                                                                                      |



## Liste des principales personnes rencontrées

### Banque Mondiale

- Monsieur Anwar Bach-Baouab, CD 5, Waschington D.C.
- Monsieur Yves Genevier, Waschington D.C.
- Monsieur Jones, chef de mission, Dakar
- Monsieur Alasane Diawara, Dakar

### Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan

- Madame Rokhaya Sène, directeur UCP
- Monsieur Amadou Ba, directeur-adjoint UCP
- Monsieur Mansour Gaye, UCP
- Monsieur Cheikh Ba, USC/renforcement institutionnel

### Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale

- Dr. Mandiaye Loum, conseiller technique No 2
- Colonel Lamine Cissé Sarr, directeur de la Santé (DHSP)
- Monsieur Lamine Seydi, directeur de la DAGE
- Monsieur Alioune Zeiman Mbaye, directeur USC/Santé
- Monsieur Ibrahima Diongue, USC/Santé Directeur-adjoint
- Monsieur Julien Mendy, USC/Santé (administrateur)
- Madame Mara, USC/Santé (économie-planification)
- Monsieur Momar Hane, USC/Santé (ingénieur civil)
- Monsieur Touré, PNA
- Dr. Ngom, PNA
- Monsieur Mangane, PNA
- Madame Mariam Diop, directrice du PNPf
- Dr. Abdoulaye Gueye, chef de Service National de SMI (SNSMI)
- Monsieur Ndong, DAGE (division des finances)
- Monsieur Ndiaye, DAGE (division du personnel)
- Madame Yacine Seck, coordinatrice national du SNSMI
- Madame Sebastiana, superviseur national du SNSMI
- Dr. Fode Diouf, ENDSS
- Madame Matthy Cissé, DHSP
- Monsieur Silla, DHSP (division de la statistique)
- Dr. Moctar Mbaye, SANAS

### Région Médicales et Districts Sanitaires



### **Région Médicales et Districts Sanitaires**

- Dr. Mamadou Ndiaye, médecin régional de Dakar
- Dr. Malick Sarr, médecin régional de Diourbel
- Dr. Camara , Médecin Régional de Thiès
- Dr. Malick Niang, médecin régional de Saint-Louis
- Dr. Goné Touré, district de Thiès, Thiès
- Dr. Daff, district de Richard-Toll, Saint-Louis
- Dr. Faye, district de Saint-Louis, Saint-Louis
- Dr. Mamadou Diop, district de Bambey, Diourbel
- Dr. Ndiaye, district de Bambey, Diourbel
- Dr. S.T. Fall, district de Touba, Diourbel
- Dr. Faye, district de Mbake (par interim), Diourbel
- Dr. Abdou Karim Gaye, District de Diourbel, Diourbel
- Dr. Sackho, médecin-chef de l'hôpital régional de Louga
- Monsieur Dinou, directeur de l'hôpital régional de Louga
- Monsieur Habib Diop, superviseur régional des SSP de Saint-Louis
- Madame Atte Diop, superviseur régional des SMI/PF de Saint-Louis
- Dr. Daouda Diop, PRA Saint-Louis
- Monsieur Moussa Sarr, superviseur régional des SSP de Louga
- Monsieur Pierre Ndiaye, président du comité de santé du district de Bambey
- Monsieur Oumar Paya, président du comité de santé du district de Mbacké
- Monsieur Salif Fall, représentant du comité de santé du district de Diourbel
- Monsieur M. Seck, président du comité de santé du district de Mbao
- Monsieur Abdoulaye Dour, trésorier du comité de santé du district de Mbao

Des ICP et des sages-femmes des régions de Dakar, Thiès, Diourbel, Louga et Saint-Louis

### **Organisations non gouvernementales**

- Monsieur Belgasime Dramé, directeur de l'ASBEF
- Madame Touré, ASBEF
- Madame Aminata Niang, directrice technique, SANFAM

### **Divers**

- Prof Wone, ISED
- Prof. De Lauture, ISED
- Madame Jacqueline Liénard, section de Coopération belge
- Dr. Isolde Deschampeleer, coopération belge, projet Pikine
- Dr. Luc Van de Velden, coopération belge, district de Mbao
- Monsieur Charles De Bose, USAID
- Madame Linda Lankenau, USAID
- Dr. Guido Borgese, UNICEF
- Dr. Bensadoun, PNA, coopération française