Contributions à la partie diagnostique du plan de communication

Pour enrichir le diagnostic, les développements additionnels suivants ont été proposés et mis en italique pour en faciliter la lecture.

1. Accès à l'information & circulation de l'information

a. Les réunions de travail

Dans son style de management, la coordination du programme a privilégié une stratégie de communication fondée sur des mécanismes d'échanges directs sur des questions d'intérêt stratégique et/ou opérationnel. Régulièrement, des réunions de travail sont organisées avec le staff afin de partager des études, enrichir et valider les rapports trimestriels et annuels, échangé avec des experts d'appui sur des missions ponctuelles portant sur le champ social et les questions de pauvreté. Au-delà de leur caractère technique, ces rencontres constituent de véritables espaces de communication interne. Sous ce rapport, elles participent au renforcement de la culture de travail en équipe et constituent une base d'institutionnalisation de la pratique du partage et de l'échange.

Le format assez participatif des réunions permet l'expression libre de tous et la qualité des échanges. Les réunions sont en général non contraignantes mais assez productives, du fait qu'elles impliquent tout le groupe dans le processus de réflexion et d'élaboration des solutions.

Toutefois, pour tirer le maximum de profit de ces réunions, il importe que leur fréquence soit davantage systématisée par une programmation rigoureuse assortie d'un calendrier trimestriel ou semestriel. Dans la même optique, les réunions de coordination du programme devraient être plus régulières pour en faire de véritables leviers du pilotage opérationnel et particulièrement, du suivi de l'exécution

b) le rapport trimestriel

Articulé autour d'une partie technique et d'une partie financière, le rapport fait régulièrement le point des réalisations par rapport aux prévisions et constitue, sous ce rapport, un bon outil de communication entre le programme et le partenaire financier.

Toutefois et dans l'optique de donner au partenaire davantage de possibilités d'exploitation du rapport trimestriel à des fins de communication et de visualisation des réalisations, une version plus légère avec un format illustré et accès sur les performances du programme en termes de résultats et de succes stories pourrait être annexée au document. Cette version allégée pourrait être mise en ligne sur le site Web du partenaire

c. **La documentation des missions**

Généralement, la plupart des missions de terrain sont documentées par des rapports d'activités. Ces compte rendus systématiques permettent à l'équipe de suivre au quotidien la marche du programme dans la mesure où une fois produits, ils font l'objet d'une large diffusion après des séquences d'échanges à l'interne. L'illustration, la diffusion et le classement de ces rapports sont systématisés, même si l'alimentation d'une photothèque ou médiathèque mérite d'être renforcée.

d. **Système d'archivage & Circuits des courriers et dossiers entrant dans le projet.**

Le système de ventilation des dossiers et courriers entrant au niveau de la coordination est relativement bien défini et systématisé. Tout courrier entrant est enregistré et sa ventilation à l'interne est toujours assortie d'une fiche d'imputation. La circulation de l'information, sous ce rapport, est assez bien maîtrisée à travers des procédures administratives tout à fait classiques et fortement éprouvées au travers d'une longue pratique institutionnelle. Le suivi du courrier mérite toutefois d'être renforcé par une fiche conçue à cet effet et qui permet au secrétariat de fournir, à tout moment, au coordonnateur, les informations relatives au niveau de traitement du courrier et garantir le retour systématique des dossiers sortis

Les activités sont donc suffisamment documentées pour le Reporting ou la recherche permettant ainsi d'asseoir le pilotage technique et administratif du programme sur une base de transparence fondée sur une facilité d'accès à l'information.

Affichage

Il existe un tableau d'affichage où sont consignées des informations administratives courantes. Mais le système d'affichage est assez sommaire et n'informe pas de manière régulière et exhaustive sur la marche et la vie du projet. La présentation actuelle du tableau d'affichage, mérite d'être améliorée pour en faire un véritable outil d'information et de communication à l'interne.

e. **Qualité de la Communication et des échanges entre membres de l'équipe.**

Le caractère assez réduit des effectifs et la coexistence dans des projets antérieurs, font que les équipes PRP et CSO sont assez soudées notamment dans l'exécution de leurs missions. La nature de l'ancrage institutionnel du programme (le coordonnateur du programme est en même temps coordonnateur de la cellule) peut être considérée comme un facteur facilitant l'existence d'une solidarité d'équipe avec une grande facilité de mobilisation des ressources internes de la cellule au profit du programme) dans un environnement assez communicatif.

Inexistence de temps et d'espace de convivialité.

L'inexistence d'un lieu et d'un espace dédié à la pause dans le travail a été fortement déplorée; un tel espace de convivialité contribuerait à améliorer grandement la circulation de l'information et la qualité des relations entre membres de l'équipe. *Mais dans l'ensemble, l'environnement interne est marqué par une bonne ambiance de travail, un bon climat relationnel et un espace suffisamment ouvert, communicatif et convivial.*

j. Système d'information et intranet.

■ Le Système d'information

Il existe une connexion internet qui permet à tout le personnel de se connecter à partir de leurs terminaux. Il s'agit d'un support essentiel dans la circulation et le partage de l'information documentaire et administrative. Le recours à cet outil, notamment au courriel, permet de gagner en efficacité et de palier la lourdeur des procédures administratives. Les documents techniques (TDR, rapports, plans de travail etc.) font ainsi l'objet de larges échanges interactifs par internet avant leur mise en circulation administrative.

■ Le système d'information sur la pauvreté. :

Il s'agit d'un projet majeur qui permet de créer les conditions d'une véritable interface communicationnelle entre les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. En fournissant régulièrement aux utilisateurs des données sur la marche du programme et sur les résultats enregistrés au fur et à mesure, le système d'information devra constituer, à terme, une véritable plateforme d'échanges sur la marche des programmes de lutte contre la pauvreté.

La décentralisation du système d'information est en cours avec l'implication des services techniques déconcentrés qui ont bénéficié d'équipements informatiques à cet effet. A terme, le processus devra permettre une meilleure circulation de l'information entre les niveaux central et décentralisé.

Il s'agit d'une option délibérée de l'équipe du programme qui voudrait d'abord capitalisé une masse critique suffisante de réalisations pour travailler ensuite dans le sens d'une meilleure visibilité des actions. La mise à disposition du présent plan de communication était un préalable à la mise en place du site. L'option de travailler dans un cadre de cohérence que constitue le plan de communication a été privilégiée par rapport à une démarche de communication tous azimut.

a. Réunions et rencontres PRP/Partenaires de réalisation.

La coordination du programme avait toutefois initié des rencontres avec les partenaires de réalisation dans le cadre d'un comité ad hoc mis en place à cet effet. Mais les réunions n'ont

pas été systématisées selon une programmation bien définie. C'est surtout dans le cadre de la préparation du plan de travail annuel que le programme développe une communication soutenue avec les partenaires de réalisation à travers des rencontres formelles d'échanges.

L'Inexistence d'un canal formalisé de transmission & partage de l'information.

Il n'existe pas de messagerie électronique propre au groupe PRP/Partenaires de réalisation ; ni de système intranet avec une plateforme web d'échange, ou autre plateforme pour communiquer et partager des données. *Toutefois, tous les dossiers techniques, notamment les TDR sont initiés par le partenaire et transmis au PRP qui en fait l'étude. Au terme de larges échanges internes, un feed back est donné au partenaire soit pour information sur les modalités administratives de démarrage de l'activité, soit pour apporter des améliorations techniques au dossier.*

DIAGNOSTIC DE LA COMMUNICATION EXTERNE DU PROJET

A ce jour, le projet n'a pas encore entrepris d'actions de communication externes significatives. *Il s'agit d'un choix délibéré de la Coordination de ne pas communiquer, avant d'avoir à son actif un nombre significatif de réalisations. L'élaboration et la mise en œuvre du plan de communication devraient constituer le cadre de référence qui permet au programme de déployer son programme de communication sur une base harmonisée et cohérente.*

1. Renommée et positionnement image

Le PRP est relativement bien connu des partenaires et des bénéficiaires directs. *C'est au niveau du grand public qu'il importe de renforcer la visibilité du programme en investissant les espaces de communication de masse (télé, radio, presse écrite). La mise en œuvre du présent plan de communication sera, à coup, sûr, le point de départ d'une communication de masse plus soutenue sur les réalisations et un meilleur positionnement du programme dans l'espace public. Les partenaires de réalisations au niveau stratégique et les services techniques déconcentrés au niveau opérationnel seront fortement mis à contribution dans ce cadre.*

a. Outils de communication print.

Des outils de communication print n'ont pas encore été élaborés au niveau du projet. On a pu noter que le projet ne possédait pas de :

- Plaquettes ou brochures de qualité présentant et prolongeant le projet
- D'affiches ni panneaux de signalisation
- Supports pédagogiques à jour ou boîtes à outil
- Aucun guide ou brochure censé présenter le volet insertion.

En fonction de leur pertinence, ces supports seront élaborés dans le cadre de la mise en œuvre du plan de communication.

2. Actions de Communication externe (media et hors média).

a. Action de communication média.

A ce jour, le PRP n'a entrepris aucune action de communication significative vers les médias ; le projet est peu connu de par les médias. A ce jour, il n'existe pas de reportage radio, télé ou journaux sur le projet ; Il n'y a pas de couverture médiatique des principales activités (ateliers, restitutions d'étude ...). La coordination du programme en collaboration avec les partenaires de réalisation va s'y atteler en passant à l'échelle dans le cadre de la mise en œuvre du plan de communication en tirant profit de l'existence d'une masse critique suffisante de réalisations.

b) L'eau potable et l'assainissement.....	46
c) L'éducation.....	48
d) L'alimentation et la nutrition.....	51

III.3 Représentation schématique et programmatique des actions.....53

a) La santé.....	54
b) L'eau potable et l'assainissement.....	65
c) L'éducation.....	69
d) L'alimentation et la nutrition	80

Introduction

A la fin de la décennie des années 70, une série de chocs extérieurs va faire basculer l'économie dans une ère de déséquilibre macro-économique marquée par des déficits extérieurs et intérieurs persistants et une dépendance accrue de l'aide étrangère. Ces chocs ont gravement atteints l'économie sénégalaise. Tout a commencé par une sécheresse sans précédent qui a sévi surtout dans le Sahel entre 1968 et 1973. L'appauvrissement du milieu rural et l'exode vers les centres urbains qui en est le résultat, ont gonflé les importations des biens de consommation et surtout en produits alimentaires. Au niveau des exportations, les contre performances ajoutées à un besoin pressant d'importations de produits alimentaires expliquent les déséquilibres extérieurs apparus dès le début des années 70.

Face à cette situation, les autorités ont été amenées à adopter des politiques d'ajustement dont les grandes lignes s'articulent autour d'une diminution des dépenses publiques, d'une amélioration des recettes publiques et d'une révision du calendrier de la dette.

Par ailleurs, d'autres mesures ont été entreprises dans la décennie 90 (plan d'urgence, dévaluation...). En effet, depuis la dévaluation du franc CFA, l'économie sénégalaise a enregistré une croissance économique. Mais cette croissance n'a pas réglé les besoins des populations. Au contraire, la majorité des sénégalais n'ont pas accès aux services sociaux de base.

Pour inverser cette tendance, la communauté internationale s'est accordée à reconnaître que l'accès de tous aux services sociaux de base est primordial pour le développement et la réduction de la pauvreté. Ces services essentiels comprennent notamment les soins de santé primaires et de santé de la reproduction, la nutrition, l'eau potable, l'assainissement et l'éducation de base. L'initiative 20/20 adoptée en mars 1995 à Copenhague lors du sommet mondial sur le développement concrétise cette démarche. Elle demande aux gouvernements des pays donateurs et des pays en développement d'allouer respectivement 20% de l'aide publique au développement (APD) et 20% du budget national aux services sociaux de base (SSB).

Pour mieux connaître les montants que l'Etat consacre aux SSB, les bénéficiaires des dépenses d'éducation et de santé et le degré d'efficacité de ces dépenses, le Sénégal, avec l'appui du PNUD et de l'UNICEF a entrepris cette étude sur l'initiative 20/20 comme option stratégique de développement. Cette étude par une analyse rétrospective des dépenses publiques allouées aux secteurs sociaux a permis d'en connaître les niveaux de formuler de proposition de restructurations budgétaires inter et intrasectorielles, d'amélioration de l'efficacité de l'utilisation des ressources budgétaires et de l'aide au développement en faveur des SSB.

Le présent rapport vise, par un large processus participatif, à proposer un plan d'action devant aider à généraliser l'accès aux services sociaux et indiquer les pistes de réallocation des ressources budgétaires au profit de ceux-ci. Il procède d'abord à un résumé de l'étude du Cabinet EMAP, puis partant des programmes en cours, proposer un plan d'actions.

Au niveau de la santé, les dépenses discrétionnaires se situent en moyenne à 5,4% des dépenses discrétionnaires totales sur la période 1992-98. Cependant, le taux annuel n'a jamais cessé de progresser sur cette même période, passant de 4,7% en 1992 à 6,6% en 1998. Ce qui reste très loin de l'objectif des 9% fixé par l'OMS. Il faut signaler que cet objectif avait été atteint dans les années soixante-dix avant la mise en place des premiers programmes d'ajustement dont la santé a énormément souffert. Toutefois, malgré les améliorations notées ces dernières années, il demeure certain que la part de la santé dans les dépenses discrétionnaires est encore faible.

Quant aux services sociaux (hydraulique, assainissement, action sociale, culture, jeunesse, sport...) leur part dans les dépenses publiques de fonctionnement, même si elle augmente d'année en année, demeure très faible: 1,6% en moyenne sur la période 1992-98.

Au total, les dépenses sociales (éducation, santé, action sociale, habitat, hydraulique, assainissement, etc.) bénéficient d'un effort budgétaire de plus en plus depuis 1995. Elles sont ainsi passées de 31,3% en 1995 à 37,9% en 1998 des dépenses discrétionnaires, alors qu'elles en représentent 35,7% en 1992. Cet effort n'a été cependant possible que parce que les dépenses communes de fonctionnement ont vu leur part dans l'ensemble des dépenses discrétionnaires baisser de près de 9 points de pourcentage, passant de 28,9% en 1995 à 20,3% en 1998.

1.2 Les niveaux de priorités budgétaires et macro-économiques des dépenses sociales

Sur la période 1989-98, la part de la consommation de l'administration publique sénégalaise dans le PIB est de 12,1%. Cependant au cours de la période 1989-93 et 1994-98, ce taux a beaucoup diminué passant de 15,5% à 10,0%. Toutefois, cette baisse de la part des dépenses budgétaires totales dans le PIB ne signifie nullement une réduction du budget. Au contraire, compte tenu de la forte croissance enregistrée entre 1994 et 1998, les dépenses budgétaires ont progressé de 2,3% en moyenne l'an alors qu'elles avaient baissé de 2,5% en moyenne au cours de la période 1989-93 (Tableau 2-2).

On note d'ailleurs la même évolution aussi bien en ce qui concerne les dépenses budgétaires de santé qu'en ce qui concerne les dépenses d'éducation. Alors que la part de l'éducation dans le PIB est de 6,6% sur la période 1989-98, la part des dépenses budgétaires d'éducation dans le PIB est passée de 4,1% en 1989-93 à 3,2% en 1994-98. Quant à la santé, sa part dans le PIB s'est réduite de 0,1 point de pourcentage entre ces deux périodes passant de 0,8% à 0,7% pour un taux moyen sur la période 1989-98 de 0,7%

l'effort relatif en matière d'éducation montre que le secteur subit encore le poids des différentes politiques qui continuent de peser sur les dépenses publiques.

Tableau 3-1-1 Structure des dépenses publiques globales d'éducation (%)

	1992	1995	1996-98	1992-98
Salaires	72,1%	69,4%	64,4%	62,2%
Entretien et matériel	17,2%	15,8%	13,7%	13,4%
investissements	10,7%	14,8%	21,9%	19,4%

Sources: Revue des dépenses publiques d'éducation

Ministère de l'Éducation nationale. Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan
Estimations des auteurs

Les dépenses salariales, représentent en moyenne 62,2% de l'ensemble des dépenses sur la période 1995-98 (Tableau 3-1-1). Cependant, elles ont baissé de 5 points de pourcentage entre 1992 et 1998 du fait principalement du recrutement de volontaires dans l'enseignement élémentaire et vacataire dans les autres ordres d'enseignement. Mais, la baisse a surtout touché l'éducation préscolaire et l'enseignement élémentaire, et l'alphabétisation. En revanche, dans l'enseignement moyen-secondaire, la part des salaires relativement à l'ensemble des dépenses n'a cessé d'augmenter: 75,1% en 1992 contre 87,5% en 1998. Cependant, rapportées à l'ensemble des dépenses publiques de fonctionnement du secteur, les dépenses salariales ont fortement baissé: elles sont, en effet, passées de 95,8% en 1995 à 91,1% en 1998.

Tableau 3-1-2 Part des différents niveaux d'éducation par catégories de dépenses

	1992	1995	1996	1997	1998	1995-98
Dépenses salariales						
Éducation de base	43,3%	39,2%	38,8%	39,3%	39,7%	39,2%
Moyen- secondaire	47,7%	48,5%	47,8%	49,6%	49,2%	48,8%
supérieur	9,0%	12,3%	13,4%	11,2%	11,1%	12,0%
Dépenses de fonctionnement non salariales						
Éducation de base	4,6%	4,3%	7,0%	8,4%	11,4%	8,0%
Moyen- secondaire	18,6%	9,3%	14,6%	25,3%	21,8%	18,3%
supérieur	76,8%	86,4%	78,4%	66,3%	66,8%	73,8%
Dépenses d'investissement						
Éducation de base	6,4%	62,4%	58,9%	56,4%	66,4%	60,5%
Moyen- secondaire	76,1%	0,0%	12,7%	11,3%	8,1%	9,3%
supérieur	17,5%	37,6%	28,4%	32,4%	25,5%	30,2%

Sources: revue des dépenses publiques d'éducation pour la période 1992-97

Ministère de l'Éducation nationale. Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan
Estimations des auteurs pour la période 1998

Tableau 3-1-2 Ratio de dépenses publiques d'éducation de base

	1995	1996	1997	1998	1995-98
DPEB/ Produit national brut	1,6%	2,0%	1,7%	1,7%	1,8%
DPEB/Dépenses budgétaires	8,3%	11,2%	9,8%	9,2%	9,6%
DPEB/Dépenses totales d'éducation	37,1%	40,6%	38,2%	40,4%	39,2%
DPEB/Dépenses publiques sociales	24,8%	28,2%	25,5%	22,9%	25,3%
Dépenses totales d'éducation/ PNB	4,4%	5,0%	4,5%	4,1%	4,5%

Sources: calcul des indicateurs

Au total, sur la période 1995-98, la part des dépenses publiques d'éducation de base dans l'ensemble des dépenses publiques s'est stabilisée autour de 10%. Les dépenses publiques en faveur de l'éducation de base ont représenté en moyenne 25,3% du total des dépenses publiques allouées aux services sociaux. Par rapport au produit national brut, elles représentent 1,8% en moyenne au cours de la période 1995-98 (tableau 3-1-2).

2.2 Efficacité des dépenses publiques d'éducation

L'efficacité des dépenses publiques dans le secteur ne peut s'apprécier qu'au regard des performances enregistrées.

Dans l'enseignement élémentaire, les taux bruts de scolarisation sont passés pour les dix dernières années au niveau national de 55,8% en 1991/92 à 68,3 % en 1999/2000 puis 69,4 en 2000/2001 soit une progression de seulement 13,6 points en neuf ans. C'est seulement à partir de 1995/96 que la tendance à la baisse de la scolarisation a été inversée. Ainsi, entre 1994/95 et 2000/01 le taux brut de scolarisation est passé de 54,6% à 69,4 % soit un gain de 15,8 points en cinq ans traduisant ainsi la volonté de l'Etat d'accélérer la scolarisation. Le taux de scolarisation est de 73,5 % pour les garçons et de 63,0% pour les filles soit un écart de plus de 10 points mais en 2000/2001 ces taux sont respectivement de 73,3% pour les garçons et 64,8 pour les filles soit un écart de 9,1 points. La scolarisation des filles s'est améliorée avec des taux qui sont passés de 49,8 % en 1995/96 à 63,0 % en 1999/2000 ,puis 64,8% en 00/01 soit un gain de près de 13 points.

Les taux de redoublement au niveau de l'élémentaire tournent autour de 14% en moyenne dans les cinq premières années et atteignent une moyenne de 28% au CM2. Le taux d'abandon reste élevé surtout en milieu rural où 6% des enfants du CI sont concernés par ce problème.

Le niveau d'**analphabétisme** qui était de 68,9% en 1988 a fortement baissé ces dernières années pour atteindre 48,9 % en 1999, soit un taux d'analphabétisme de 47,9 % pour les hommes et 49,9 % pour les femmes. L'objectif de 120 000 auditeurs programmés par année est régulièrement dépassé depuis 1993, date de démarrage du Plan d'Action.

En plus de l'alphabétisation fonctionnelle, l'expérimentation de modèles alternatifs se poursuit. avec en charge les enfants âgés de 9 à 14 ans, non scolarisés ou déscolarisés très tôt, en leur donnant accès à un cycle complet (quatre ans) d'éducation de base à dominante pratique et pré-

- les **disparités entre les régions et entre les sexes** sont encore importantes compte tenu de la distribution des infrastructures, des contraintes socio-économiques et des **pesanteurs culturelles** qui ne favorisent pas l'accès et le maintien des enfants en particulier des filles à l'école ;
- Les taux de **redoublements et d'abandons** et le nombre d'années/élèves pour former un diplômé de l'élémentaire supérieur à treize ans ;
- La faiblesse des résultats scolaires tant au CFEE qu'à l'entrée en sixième ;
- **Le déficit important en manuels** est avec environ un livre pour six élèves en lecture et un livre pour dix élèves en calcul. Ce qui est loin des normes acceptables. Cette situation déteint sur les résultats au CFEE où le taux de réussite ne dépasse pas les 30% ;
- Par ailleurs des limites sont observées dans la formation des maîtres et leur **suivi pédagogique** surtout avec l'afflux de personnel contractuel ;
- Le nombre d'élèves par maître reste également élevé.

Le secteur de l'Education est confronté à plusieurs problèmes qui limitent ses performances : l'inadéquation entre l'offre et la demande, une répartition déséquilibrée des infrastructures scolaires encore insuffisantes, une insuffisance des enseignants et du personnel d'encadrement, etc. La politique d'alphabétisation, d'éducation de base et de promotion des langues nationales qui connaît un regain d'intérêt et qui bénéficie de plus en plus de ressources a permis d'obtenir des résultats forts appréciables dans le secteur non formel.

Avec près de 33% des ressources budgétaires de l'Etat, l'éducation reste encore sans doute une priorité pour l'Etat du Sénégal. Toutefois, la couverture scolaire au niveau du primaire est loin d'être achevée. Aujourd'hui seuls 69,4% des enfants en âges d'aller à l'école sont scolarisés et l'analphabétisme est aussi bien répandu chez les hommes que chez les femmes. Le fait que la presque totalité des ressources mises à la disposition du fonctionnement de l'école soit absorbée par les recrutements d'enseignants, d'ailleurs insuffisants a aussi rendu le rendement des dépenses publiques d'éducation assez faible. Une situation qui a fini par rejaillir sur l'efficacité pédagogique en dégradant la capacité de l'école à transmettre le savoir et les aptitudes.

En outre, sur le plan social, l'efficacité de l'école est mise en doute. A ce niveau les programmes d'ajustement et autres politiques de régulation ont fortement entamé la crédibilité de l'école aux yeux de la population pour qui l'école ne fait que fabriquer des chômeurs. En effet, le chômage des diplômés de l'enseignement supérieur est devenu une réalité et le temps consacré à la recherche d'un emploi s'est considérablement allongé depuis quelques années.

Le même problème se pose au niveau de l'éducation de base; elle n'est pas suffisamment ouverte sur la vie sociale et s'éloigne de son public. Cela est d'autant plus regrettable que la sollicitation dont font l'objet les ménages de plus en plus (selon l'ES, la hausse des droits de scolarité et l'achat des fournitures ainsi que les frais de transports sont mentionnés par respectivement 67%, 53% et 47% des ménages) en matière de dépenses d'éducation risque d'exclure les ménages pauvres qui

période 1993-95 et au bénéfice de celles d'investissements plus particulièrement au cours de ces dernières années. Les dépenses de fonctionnement (salaires non compris) ont représenté 41,5% des dépenses publiques de santé en 1995 contre 20,4% en 1992. En 1996 et 1998 elles se sont presque maintenues à 40% des dépenses publiques totales de santé.

Quant aux dépenses d'investissement, elles ont d'abord fortement chuté entre 1992 et 1993 passant de 26,5% des dépenses totales de santé à 20,6% avant de se redresser ensuite à partir de 1993 pour atteindre 24,3% en 1998. Cependant, depuis 1997 on note une détérioration des dépenses d'investissement au profit des dépenses de fonctionnement non salariales.

L'analyse du tableau 3-2-2 ci après permet de comprendre la façon dont l'allocation des ressources budgétaires de la santé a été faite selon les trois catégories de classement des dépenses publiques. Ces dépenses sont structurées chacune selon les niveaux suivants: administration générale du Ministère de la Santé publique, soins de santé secondaire, soins de santé primaires, pharmacie et médicaments, et autres c'est-à-dire formation, recherche...

Tableau 3-2-2 Part des différents niveaux de services de santé dans les trois catégories de dépenses

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1992-98
Dépenses salariales								
Affaires générales MSP	51,3%	44,1%	33,2%	29,4%	29,1%	30,6%	29,7%	35,9%
Soins de santé secondaire	18,2%	29,2%	28,3%	28,9%	29,8%	29,0%	29,3%	27,2%
Soins de santé primaire	19,2%	16,2%	28,5%	32,9%	31,6%	31,0%	31,9%	27,1%
Pharmacie et médicaments	0,9%	1,9%	2,7%	1,9%	1,8%	2,1%	1,9%	1,9%
Autres	10,5%	8,6%	7,2%	6,9%	7,6%	7,2%	7,3%	8,0%
Dépenses de fonctionnement								
Affaires générales MSP	13,6%	9,9%	11,2%	14,7%	15,2%	13,8%	14,6%	13,6%
Soins de santé secondaire	52,9%	41,7%	25,0%	26,9%	31,4%	27,9%	28,8%	31,2%
Soins de santé primaire	18,1%	34,2%	28,0%	27,6%	27,9%	27,8%	27,8%	27,6%
Pharmacie et médicaments	1,9%	3,2%	2,8%	1,6%	1,8%	2,0%	1,8%	2,1%
Autres	13,5%	11,1%	33,1%	29,1%	23,8%	28,4%	27,0%	25,5%
Dépenses d'investissement								
Affaires générales MSP	15%	28%	25%	37%	29%	31%	32%	28%
Soins de santé secondaire	45%	10%	7%	13%	23%	14%	17%	19%
Soins de santé primaire	33%	28%	38%	32%	30%	33%	32%	33%
Pharmacie et médicaments	4%	18%	17%	10%	9%	12%	10%	11%
Autres	3%	16%	13%	8%	8%	10%	9%	9%

Sources: revue des dépenses publiques de santé pour la période 1992-96

Ministère de la santé publique

Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan

Estimations des auteurs pour la période 1997-98

Tableau 3.2.2 Ratios de dépenses publiques de santé de base

	1995	1996	1997	1998	1995-98
DPSB/PNB	0.3%	0.30%	0.2%	0.2%	0.3%
DPSB/Dépenses budgétaires	1.7%	1.6%	1.4%	1.2%	1.5%
DPSB/Dépenses totales de santé	30.6%	29.7%	30.3%	30.2%	30.2%
DPSB/Dépenses publiques sociales	5.0%	4.1%	3.5%	3.0%	3.8%
Dépenses totales de santé/PNB	1.1%	1.0%	0.8%	0.7%	0.9%

Source: Calculs des auteurs

Toutefois, ces dépenses se révèlent insuffisantes puisqu'elles ne représentent que 30.2% en moyenne de l'ensemble des dépenses du secteur de la santé et seulement 0.3% du produit national brut alors qu'une universalisation de l'accès aux services de santé de bases aurait requis au moins une part de 0.6% des ressources nationales en 1998 (tableau 3.2.2).

3.3 Efficacité des dépenses publiques de santé

La situation sanitaire reste encore précaire en dépit des efforts déployés et compte tenu des conditions de l'environnement, de la précarité de l'offre en matière d'hygiène et d'assainissement et de soins accessibles. Le taux de mortalité au Sénégal est estimé actuellement à **18** pour mille et l'espérance de vie à la naissance à **51** ans pour les hommes et **53** ans pour les femmes. La mortalité des enfants reste élevée du fait du poids des maladies diarrhéiques, de la malnutrition, des maladies cibles du PEV et du paludisme.

D'après les résultats de l'EDS III publiés en 1997, les quotients de mortalité des enfants s'établissent actuellement à 68 pour 1.000 pour la mortalité infantile et 76.5 pour 1000 pour la mortalité juvénile et à 140 pour 1.000 pour la mortalité infanto-juvénile. Il est observé une stagnation de la mortalité infantile entre 1992 et 1997 et une légère hausse de la mortalité juvénile. Les résultats de la MICS (2000) confirment cette hausse des niveaux de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile qui sont respectivement de **70‰**, **81‰** et **145 ‰**.

En l'absence de statistiques fiables et à jour, il est retenu que le taux de mortalité maternelle qui est de **510** décès maternels pour **100000** naissances indique l'importance du risque obstétrical lié à la maternité et à la grossesse. Il est expliqué en partie par la faible couverture en consultation prénatale, la forte proportion des accouchements non assistés et les intervalles intergénésiques rapprochés, les grossesses précoces.

Les taux de couvertures en CPN et PEV sont faibles. Cela résulte de plusieurs facteurs parmi lesquels le déficit chronique en personnels socio-sanitaires, la modicité des ressources allouées au fonctionnement des structures comme les centres de santé, l'insuffisance de la supervision à tous les niveaux, la faible intégration entre les différents programmes de santé ainsi que le manque de coordination des actions des différents intervenants dans le secteur. Les risques obstétricaux liés à la grossesse et l'accouchement restent encore très élevés.

actuellement inférieur à 9,3 km pour l'ensemble du pays avec cependant de grandes disparités régionales, passant de 1,5 km à Dakar, à 15,5 km dans la région de Tambacounda.

Les cases de santé au nombre de 1.694 sont construites au niveau des villages par les communautés.

Malgré ces indicateurs, les infrastructures sanitaires restent insuffisantes. Beaucoup d'entre elles sont vétustes, sous équipées et souffrent d'un engorgement. La fonctionnalité du système de santé reste donc caractérisée par le vieillissement, le non-respect du système de référence, le manque de matériel, d'entretien, de consommables, de médicaments et le déficit crucial en personnel.

Le système de santé a dû faire face à un déficit permanent de personnel sanitaire qui est resté insuffisant par rapport aux normes en vigueur dans le secteur.

L'effectif réel du personnel qualifié (médecins, sages-femmes, infirmiers, techniciens supérieurs, agents d'hygiène) est inégalement réparti. Plus de la moitié de ces professionnels exercent dans les districts de deux régions que sont Dakar et Thiès. Le déficit en spécialistes comme les gynécologues, les pédiatres et les anesthésistes est plus marqué en zone rurale et dans les centres de santé.

Le déficit en personnel persiste du fait des nombreux départs et des besoins en personnels induits par la création de nouvelles infrastructures. Au delà de l'insuffisance du personnel, il convient aussi de souligner la disparité dans la répartition spatiale avec une très forte concentration des agents à Dakar ou dans les grandes villes surtout en ce qui concerne les infirmiers et sages-femmes. Cette situation entraîne un dysfonctionnement de la pyramide sanitaire et accentue les évacuations sur Dakar. Il en résulte un engorgement des structures de la capitale avec une baisse de la qualité des services et un délaissement des structures de référence régionales.

Les effets conjugués d'un accroissement démographique plus important que la capacité des infrastructures et l'insuffisance du personnel ont entraîné une baisse des ratios personnel de santé par rapport à la population pour les soins de base prodigués par les infirmiers et les sages femmes. A cela s'ajoutent un mode d'organisation et de gestion pas toujours approprié, un engorgement des structures hospitalières découlant essentiellement du non respect du système de référence et le manque de logistique qui gêne énormément les activités de supervision.

Pour son financement, le secteur de la santé compte en premier lieu sur l'État et à un degré moindre, sur les collectivités locales et les ONG. Les ménages, quant à eux, consacrent 3,4% de leurs dépenses annuelles pour la prise en charge de leurs problèmes de santé. Les dépenses exécutées dans le secteur de la santé à partir de la participation des populations en 1995 se chiffrent à un peu plus de 2 milliards correspondant à 87% des recettes de la période. Au niveau des districts, les dépenses de fonctionnement en 1995 ont été couvertes à 64% par les comités de santé et à 36% par le budget de l'État. Cette tendance est plus nette pour le niveau poste de santé où les comités prennent totalement en charge les dépenses de fonctionnement, en maintenant leur taux de couverture à une moyenne de 1,12.

Depuis 1998, début de la mise en œuvre du PDIS, 150 milliards de francs CFA ont été injectés dans le secteur de la santé répartis entre l'État, les partenaires, les collectivités locales et les

souterraine situées en profondeur quelque soit par ailleurs leur importance, exigent d'énormes efforts d'investissement.

Ainsi, la gestion efficace des ressources en eau s'est-elle révélée comme un préalable essentiel dans la nécessaire maîtrise de l'eau pour satisfaire les besoins alimentaires de la population, lutter contre la pauvreté et protéger et préserver l'environnement. Dans ce cadre, l'Etat s'est engagé dans une politique de l'eau axée autour (1) d'une meilleure connaissance des ressources, (2) d'une densification du réseau national des points d'eau pérennes et (3) de la réalisation d'infrastructures hydrauliques structurantes.

Environ 63% des sénégalais ont accès à une eau potable à une distance de moins de 500 mètres du domicile ; 32% ont l'eau potable à domicile et 19% à moins de 100 mètres du logement. En milieu urbain, 90% ont accès à l'eau potable ; en milieu rural, ce taux est de 44%. En 1995, environ 54% de la population urbaine avait un accès direct à l'eau potable et 42% aux branchements sociaux. Le reste de la population a recours aux sources traditionnelles. L'une des plus grandes contraintes pour l'accès des pauvres à l'eau potable est le coût élevé du branchement difficilement supportable par les revenus modestes des populations défavorisées. En 2000, 83,7 % de la population a accès à l'eau potable, 32 % des ménages urbains ont accès à l'électricité en 1997, et 52 % vivent dans des logements qui ne leur appartiennent pas.

Le taux d'accès à l'eau potable national a connu une évolution positive de 8,5 % entre 1996 et 2000. Le Projet Sectoriel Eau entamé en 1996, a contribué dans la lutte contre la pauvreté par : l'augmentation de la production en eau potable de 60.000 m³ /j, la réalisation de 36.000 branchements sociaux et 400 bornes fontaines pour les groupes défavorisés. Par ailleurs, dans la grille des tarifs, une tranche sociale de 20 m³ subit un tarif 180 FCFA/m³ (au lieu de 480 FCFA/m³). En plus, avec l'harmonisation de la TVA dans l'espace UEMOA, l'Etat a pris la mesure d'exempter les 40 premiers mètres cubes (m³) de TVA pour alléger la facture des groupes vulnérables. Le milieu urbain est confronté à une forte demande d'eau due à la croissance démographique et au phénomène d'urbanisation notamment dans l'agglomération dakaroise. Une nette amélioration de l'accès à l'eau potable est observée depuis juin 1999 dans la région de Dakar avec la réalisation du PSE qui a permis d'augmenter la capacité de production en eau potable de 60.000 m³ /j. On note aussi une amélioration de la qualité de l'eau et une satisfaction des besoins en eau des villes intérieures. Les directives de l'OMS concernant la qualité de l'eau potable sont suivies et respectées. Le taux de desserte des populations urbaines est de 77,4% avec une nette amélioration du rendement du réseau. Le prix de l'eau augmente de l'ordre de 3% par an et le coût élevé du branchement du réseau est peu supportable par un plus grand nombre de citoyens.

En milieu péri-urbain, les ménages non accordés au réseau, consomment moins d'eau car payant encore plus cher à la borne -fontaine, ce qui fait que les maladies causées par un manque d'eau à l'hygiène y sont fréquentes. Certains quartiers défavorisés contraints de s'installer dans des zones inondées ou propices aux eaux stagnantes, s'approvisionnent à partir de puits et sont exposés constamment au paludisme et au péril fécal.

Le milieu urbain est confronté à une forte demande d'eau due à la croissance démographique et au phénomène d'urbanisation notamment dans l'agglomération dakaroise. Une nette amélioration de l'accès à l'eau potable est observée depuis juin 1999 dans la région de Dakar avec la réalisation du PSE qui a permis d'augmenter la capacité de production en eau potable de 60 000 m³/j. On note aussi une amélioration de la qualité de l'eau et une satisfaction des besoins en eau des villes intérieures. Les directives de l'OMS concernant la qualité de l'eau potable sont suivies et respectées. Le taux de desserte des populations urbaines est de 77,4 % avec une nette amélioration du rendement du réseau. Le prix de l'eau augmente de l'ordre de 3 % par an et le coût élevé du branchement au réseau est peu supportable par un plus grand nombre de citoyens.

En milieu péri-urbain, les ménages non raccordés au réseau, consomment moins d'eau car payant encore plus cher à la borne-fontaine, ce qui fait que les maladies causées par un manque d'eau à l'hygiène y sont fréquentes. Certains quartiers défavorisés contraints de s'installer dans des zones inondées ou propices aux eaux stagnantes, s'approvisionnent à partir de puits et sont exposés constamment au paludisme et au péril fécal.

Actuellement, 13 % des populations urbaines sont raccordées à l'égout tandis que 46 % utilisent les fosses et 38 % ne disposent d'aucun système d'évacuation des eaux usées. De surcroît, Dakar et sa banlieue représentent une source ponctuelle importante d'eaux usées et de déchets solides. Le rejet incontrôlé des eaux usées et des ordures et l'inefficacité du drainage des eaux de surface posent de sérieux problèmes à Dakar. Seulement 20 % des eaux usées collectées sont traitées par la station de Cambéréne. Donc la plus importante partie des eaux usées sont déversées en mer ou dans la nature, ce qui entraîne des nuisances sur l'environnement et sur la santé humaine. L'installation de l'insalubrité avec le déversement des eaux ménagères dans la rue, l'impraticabilité des routes en hivernage et l'inaccessibilité de certains quartiers inondés donnent entre autres, la mesure des problèmes liés à l'eau et à l'assainissement sur notre cadre de vie.

L'accès difficile à l'eau potable, le coût de son service et la rareté des services d'assainissement ont entraîné la recrudescence des maladies hydriques et la détérioration de la qualité de vie en milieu urbain.

5. Niveau et efficacité des dépenses publiques en alimentation et nutrition

L'alimentation et la nutrition font partie intégrante de la stratégie des soins de santé primaires au Sénégal. Le Ministère de la Santé publique qui définit la politique de l'Etat en la matière par l'intermédiaire du Service de l'alimentation et de la Nutrition Appliquée au Sénégal (SANAS) reçoit, dans ce cadre, l'appui d'importants programmes pour faire face aux problèmes protéino-énergétiques que rencontre le pays

Le régime alimentaire est ici de type sahélien à base de céréales et de légumineuses. Les besoins céréaliers du Sénégal, y compris le riz, sont couverts à hauteur de 90 % quand toute la production est prise en compte. Le riz continue d'exercer sa dominance sur les autres céréales. La consommation par tête a régulièrement atteint et dépassé 62 kg et se situerait à 99 kg en l'an 2000, niveau nettement au-dessus des 83 kg atteints en 1997. Le riz a tendance à peser pour un peu plus de 50 % dans les disponibilités céréaliers, et de surcroît elle est en très grande partie importée.

Le déséquilibre entre les besoins nutritionnels et les apports réels constituent le principal facteur étiologique. A cela s'ajoutent la méconnaissance des besoins nutritionnels de l'enfant par les mères et le manque de suivi nutritionnel des enfants. La pratique de l'allaitement maternel exclusif et les bonnes pratiques de sevrage doivent être améliorées. En effet, seul 23,5% des enfants de moins de 4 mois sont allaités exclusivement. Cette situation est aggravée par les facteurs favorisant la malnutrition notamment, l'insuffisance de la production agricole, la faiblesse des revenus, le manque d'accès à l'eau potable et aux soins de santé, l'inexistence de système d'assainissement appropriés et l'analphabétisme.

L'état de santé des enfants est également préoccupant et les maladies constituent des facteurs déclenchant ou précipitant la malnutrition. En effet, les résultats du MICS II montrent que 20,5% des enfants de moins de 5 ans ont présenté des épisodes fébriles durant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Les maladies diarrhéiques entraînant notamment la déshydratation et la malnutrition, constituent directement ou indirectement une des principales causes de décès des jeunes enfants. Cette enquête a permis de noter que la prévalence de la diarrhée est relativement élevée au Sénégal. Un enfant sur quatre (26,1%) a eu une ou plusieurs épisodes diarrhéiques durant les deux semaines ayant précédé l'enquête. La prévalence des infections respiratoires aiguës est de 6,6 %.

Les problèmes nutritionnels dus à des carences en micronutriments et les parasitoses intestinales demeurent préoccupants. Ils peuvent précipiter un équilibre nutritionnel jusque là précaire vers une décompensation.

La prévalence des troubles dues à la carence en iode est plus accentuée dans les régions de l'Est et du Sud du pays. Les dernières enquêtes menées en 1997 dans la Région de Tambacounda avaient montré un taux de prévalence de goitre endémique de 33,5% avec des pics allant jusqu'à 51 % (EOI, 1996).

L'avitaminose A reste encore très courante, ce qui augmente considérablement le risque pour les enfants de mourir de maladies diarrhéiques ou de la rougeole. Dans son classement, l'UNICEF considère le Sénégal comme un pays où l'avitaminose A est un problème de santé publique. En effet, les enquêtes réalisées par le SANAS entre 1988 et 1989 dans les régions de Diourbel, Kaolack et Fatick situent la prévalence du problème chez les enfants de 2 à 5 ans à 14,1% de Xérophtalmie, 2,7 % de xérosis et 0,2 % de tache de Bitot.

Malgré ces indications, il faut souligner que les données disponibles en général concernant la nutrition, restent parcellaires et ne permettent pas d'avoir une appréciation globale de la situation de tous les indicateurs au niveau national.

En effet, le PAIN et la PCIME se mettent progressivement en place dans les districts. Les Journées Nationales de Vaccination (JNV) et les Journées Nationales de Micronutriments ont contribué à l'amélioration de la couverture en vitamine A. L'approche communautaire développée à travers le PNC s'est révélée efficace dans l'implication des populations dans la prise en charge des problèmes nutritionnels. En effet, les évaluations d'impact du PNC dans les sites sentinelles (St Louis, Diourbel) ont permis d'établir des acquis significatifs dans le suivi promotion de la croissance, l'éducation nutritionnelle, et la récupération nutritionnelle des enfants malnutris (IRD, 1998).

L'insuffisance de ressources humaines spécialisées dans la nutrition constitue un handicap dans la mise en œuvre des programmes, la réalisation d'études spécifiques permettant une bonne appréciation des besoins et une meilleure prise en charge des bénéficiaires.

6. Niveau d'atteinte des objectifs de l'initiative 20/20

6.1 Les dépenses publiques dans les services sociaux de base

la mesure du degré d'atteinte globale des objectifs de l'initiative 20/20 en ce qui concerne les dépenses publiques est faite à partir de l'indicateur " Ratio de développement durable (TDH)" élaboré par le PNUD lors de la préparation de son rapport sur le développement en 1991. L'analyse des résultats ci-dessous (Tableaux 1 et 2) montre que sur une période toute récente (1995-98), les dépenses publiques ont été contenues en moyenne à 18,4% du PNB. La croissance des dépenses publiques observée au cours de cette période: 6,5% en moyenne par an, n'a pas été suffisamment forte pour permettre au Sénégal d'atteindre la norme minimale des 25% nécessaire à la promotion du développement humain. Le ratio des dépenses publiques s'est même affaibli au cours de la période, passant de 19,8% en 1997 à 17,7% en 1997 avant de s'établir à 18,1% en 1998.

La part des dépenses sociales prioritaires dans les dépenses sociales totales est ainsi très médiocre: 30,5% en moyenne entre 1995 et 1998. Le niveau du ratio des dépenses sociales prioritaires est non seulement très faible par rapport à la norme minimale de 50% mais son évolution est marquée par un fléchissement qui se poursuit depuis 1996, passant de 33,1% à 27,9% en 1998. En conséquence, le ratio de dépense de développement humain est aujourd'hui à un niveau extrêmement bas: 2,0% en 1998 (Tableau 2). Ce qui explique le classement insuffisant du pays selon le niveau de développement humain.

Tableau 1

Tableau synoptique des dépenses nécessaires au calcul des ratios qui composent le ratio de dépenses de développement humain

En milliards de FCA	1995	1996	1997	1998	1995-98
PNB	2153,6	2390,2	2585,0	2832,1	2490,2
Dépenses publiques	425,7	432,3	457,9	513,7	457,4
Dépenses publiques sociales	141,6	172,3	175,5	206,1	173,9
Dépenses sociales prioritaires	44,9	57,0	53,0	57,4	53,1
Education de base	35,2	48,6	44,8	47,3	44,0
Santé de base	7,1	7,1	6,2	6,1	6,6
Eau potable et assainissement	2,6	1,4	1,9	4,0	2,5

Le tableau 1 montre que dans les dépenses sociales prioritaires, seul l'éducation de base occupe la plus grande portion ensuite vient la santé de base. Les dépenses en eau potable et en nutrition laissent à désirer. Ceci est confirmé par le Tableau 1 bis ci-dessous.

a enregistré une hausse dont la contribution négative à la baisse de l'aide bilatérale totale a été de 46,7%.

Pour l'aide multilatérale, elle reste dominée par le système des Nations Unis dont la part a sensiblement augmenté au cours de la période 1994-1997, passant ainsi de 56,0% à 67,8%. Au sein des autres institutions multilatérales d'aide qui apportent leur soutien au Sénégal, l'U.E constitue le principal donateur très loin devant les banques régionales, la BAD et la BADEA. Par ailleurs, la composition sectorielle de l'aide a évolué vers une plus grande présence des secteurs sociaux. En effet, la part des services sociaux de base dans l'aide accordée à l'ensemble des secteurs est de 55,8% en 1997 contre une moyenne de 55,6% au cours de la période 1994-97 (tableau 3).

Elle était de 51,6% en 1994 et avait atteint un maximum de 70,0% en 1995 avant de chuter à 46,6% en 1996. Si dans l'ensemble des secteurs sociaux on peut constater que l'aide va prioritairement aux services sociaux de base, il n'en est pas toujours de même au niveau des différents secteurs de base. Ainsi au niveau d'éducation, seuls 31,9% en moyenne de l'aide affectée à ce secteur servent à financer l'éducation de base. En revanche au niveau de la santé, la quasi-totalité de l'aide (92,5% en moyenne) est allouée aux soins de santé de base.

Tableau 3: Aide aux services sociaux de base: montants (en milliards de FCFA) et valeurs relatives (%)

	1994	1995	1996	1997	1994-97
Services sociaux de base (SSB)	34	43	32	34	36
Services sociaux (SS)	66	61	69	60	64
Aide totale	362	271	269	215	279
SSB/SS	51,6%	70,0%	46,6%	55,8%	55,6%
SS/Aide totale	18,1%	22,7%	25,8%	28,0%	23,0%
SSB/Aide totale	9,3%	15,9%	12,0%	15,6%	12,8%

Sources: PNUD

Au total, la part de l'aide extérieure servant à financer les services sociaux de base a atteint son maximum en 1995 (Tableau 3) avec 15,9%, soit un gap de 4,1% à l'objectif de 20%. Pourtant, l'aide au développement est un facteur essentiel pour améliorer l'accès aux services sociaux de base dans le cadre de l'initiative, comme ne cesse de la souligner l'UNICEF. En effet, l'aide au développement représente 8,1% du PIB en 1997. Son poids dans l'économie est donc plus important que celui des services sociaux qui n'est que de 6,6%. Un meilleur ciblage de ces fonds pourrait donc permettre d'augmenter les ressources réelles par habitant pouvant être consacrées aux SSB. Pour cela, il serait nécessaire d'orienter davantage l'aide vers des actions de santé publique et de services cliniques de base, d'éducation et de formation professionnelle et d'activités génératrices de revenus.

CHAPITRE II : LES PROGRAMMES EN COURS

La promotion du développement humain est devenu depuis 1994 la première priorité des pouvoirs publics. Ainsi, tous les programmes ont connu une vraie relance comme il apparaît ci-dessous.

II.1. La politique de santé

En 1995, l'Etat a initié une réforme en profondeur de la politique de santé. Cela s'est traduit par l'élaboration des Plans Régionaux et Départementaux de Développement de la Santé PRDS/PDDS, qui s'étaient fondée sur les objectifs généraux contenus dans la Déclaration de Politique Nationale de Santé à savoir : i) améliorer l'état de santé des populations ; ii) Améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables ; iii) réduire la prévalence des fléaux sociaux.

La politique de santé repose sur un système qui se présente sous une forme pyramidale à trois niveaux de la base au sommet. Les postes de santé dans les villages et communautés rurales ; les centres de santé urbains (niveau intermédiaire) dans les communes, et les hôpitaux de région et le CHU au niveau national. Cette architecture pyramidale de l'offre de services de soins se traduit par un système de référence qui va du poste de santé aux hôpitaux en passant par les centres de santé. L'hôpital régional offre les services et soins spécialisés. Tandis que le CHU, qui occupe le sommet de la pyramide constitue le dernier recours et sert aussi de cadre de recherche. Le système de référence-recours mis en place permet une certaine complémentarité entre ces différents niveaux dans l'offre de soins.

L'élaboration d'un Plan de Développement Sanitaire et Social (PNDS) a permis de construire une vision prospective pour l'évolution du secteur de la santé et de l'action sociale sur la période 1998-2007.

Les principales orientations retenues par le PNDS portent sur : i) les réformes institutionnelles ; ii) l'amélioration de l'accès aux services ; iii) l'amélioration de la qualité des services ; iv) le développement des ressources humaines ; v) l'amélioration de la performance des programmes de santé de la reproduction; vi) le renforcement de la surveillance épidémiologique et du contrôle des grandes endémies ; vii) la promotion des mesures d'hygiène de protection individuelle et collective ; viii) l'appui au secteur privé et à la médecine traditionnelle ; ix) le développement de la recherche opérationnelle en santé ; x) l'amélioration du cadre de vie des familles démunies et des groupes sociaux vulnérables; xi) l'appui institutionnel.

Ces orientations sont traduites en actions à travers un Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé (PDIS) dont la mise œuvre permet d'atteindre les objectifs prioritaires du secteur pour les cinq prochaines années couvrant la période 1998-2002 à savoir i) réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile, ii) réduire l'indice synthétique de fécondité ; iii) améliorer le cadre de vie des familles démunies. Le PDIS fait aussi la synthèse des priorités des Plans de Développement Régionaux et de Districts (PRDS/PDDS). Les actions principales du Programme d'Investissement Sectoriel sont :

hôpitaux Le Dantec, Fann et de Fatick), le fonds saoudien (projet d'établissement de Le Dantec), la Norvège (rénovation du centre de santé de Linguère).

Pour l'exercice 1998, 37, 2 milliards ont été injectés dans le secteur de la santé. Au 31 décembre 1999, 63 milliards ont été dépensés au profit du secteur de la santé par l'Etat (63,6 milliards), Comités de santé (8,6 milliards) ; Collectivités locales (2,6 milliards) ; Partenaires au développement (23,7 milliards).

Tableau 11 : financement de la santé

	1998 (en milliards)	1999 (en milliards)	2000	2001
Apport des populations (comités de santé et associations)	5,8	8,6		
Apports des collectivités locales	1,8	2,6		
Financement Etat	20,6	28,7		
Partenaires au développement	9,0	23,7		

Tableau 12 : Evolution budget de la santé

	1997	1998	1999	2000	2001
Fonctionnement	19879	20321	23213	25930	
BCI	1006	3480	4069		
Budget global	20885	23803	27282		

Dage/MS

La mise en œuvre de l'approche programme permet une plus grande rationalisation dans la mobilisation et l'utilisation des ressources affectées au programme de santé. L'existence de manuel de procédures comptables et de gestion, le renforcement du rôle de la Dage dans la gestion des fonds, la décentralisation de la gestion au niveau régional avec la création de caisses ont été des avancées significatives, le développement de la contractualisation avec les ONG et l'AGETIP ont constitué des avancées significatives dans la mise en œuvre. Néanmoins, dans le cadre de l'exécution du budget, il convient, malgré les efforts des différents acteurs de relever la faible participation des collectivités, le retard dans la mise en place des fonds de dotations, la lourdeur des procédures de certains partenaires au développement et la non maîtrise par tous des procédures de gestion et de mobilisation des ressources.

II.2. La politique du secteur de l'eau potable et l'assainissement

La politique du secteur de l'hydraulique urbaine et de l'assainissement, adoptée en 1995 avait pour objectif principal, l'amélioration de la qualité de l'approvisionnement en eau des centres urbains, plus particulièrement de l'agglomération dakaroise. Dans ce cadre, il a été défini une stratégie sectorielle sur deux axes principaux :

paiement régulier des factures d'eau de l'Administration dans le délai de 4 mois et démarrage d'une étude diagnostic visant la réduction des consommations d'eau des administrations conformément au plan d'actions retenu à cet effet ;

mise en œuvre effective d'une politique de réduction de l'usage d'eau potable pour l'irrigation qui s'est traduite par une diminution de 50 % des consommations passant de 24 000 m³/j en 1995 (avant la réforme) à 10 500 m³/j en 1998. L'objectif fixé de 14 000 m³/j en 1999 a été ainsi anticipé grâce aux actions menées par la Sénégalaise Des Eaux (lutte contre les fraudes, facturation mensuelle etc...) et à la décision de l'Etat de déclasser les forages de Beer Thialane au profit des maraîchers.

Cependant, en dépit des bons résultats obtenus par cette réforme et des investissements consentis dans le Projet Sectoriel Eau, le secteur continuera à moyen et à long terme d'être confronté aux contraintes suivantes :

déficit persistant de l'Approvisionnement en Eau Potable de Dakar dont le niveau atteindra 30 000 m³/j dès 2001 en saison de pointe ;

niveaux moyens de services d'assainissement médiocres surtout dans les zones péri-urbaines de la région de Dakar avec les risques subséquents sur l'environnement et la santé des populations ;

viabilité financière de l'ONAS dont les ressources tirées de la redevance assainissement ne lui permettent pas de faire face à ses coûts d'opérations et encore moins d'assurer le renouvellement des infrastructures ;

tension persistante sur la ressource en eau principale sur laquelle la ville de Dakar devra compter à l'avenir (Lac de Guiers) compte tenu des usages multiples possibles et des risques environnementaux pesant sur la ressource (pollution, dégradation des digues de protection etc...).

absence de ressources alternatives (eau brute du Lac de Guiers et/ou eaux usées traitées) à l'eau potable utilisée pour l'irrigation avec pour conséquence la poursuite de la délivrance de quantités d'eau potable pour les maraîchers de la région de Dakar à un tarif préférentiel ;

risques environnementaux liés à la poursuite de la surexploitation des nappes du Cap Vert.

Le coût du PSE estimé à 290,1 millions de \$ devait se réaliser en trois phases de 1996 à 2000. Son financement est assuré par les bailleurs de fonds suivants : IDA, CFD, BEI, BOAD, NDF, BADEA. La répartition du financement des différentes composantes est la suivante :

Volet production d'eau potable	: 65%
Volet distribution d'eau potable	: 15%
Volet assainissement urbain	: 13%
Volet gestion des ressources en eau, renforcement institutionnel	: 7%

Pour le milieu rural l'Etat va continuer de réaliser des forages dans le cadre des programmes : CEAO II et Programme de Consolidation Hydraulique (PCH). A cela il faudra ajouter trois études de faisabilité de projets qui sont :

Satisfaire les besoins en eau de la ville de Dakar pour les dix prochaines années ;

Améliorer les conditions sanitaires des populations urbaines et périurbaines, en particulier celles vivant dans les zones non assainies ;

Assurer la protection des ressources en eau ;

Favoriser l'accès à des services satisfaisants d'eau potable et d'assainissement aux populations des zones urbaines, périurbaines et des gros centres de l'intérieur par le renforcement des capacités des petites entreprises privées et communautaires à délivrer ces services ;

Renforcer les capacités de gestion, de planification, de programmation et de suivi des programmes d'eau et d'assainissement par les organismes publics.

Pour satisfaire la demande en eau de la région de Dakar sur la période allant de 2000 à 2011, le Gouvernement du Sénégal a retenu l'option de prolongement de la conduite du Projet Sectoriel Eau entre Guéoul et Keur Momar Sarr (70 kms) et la construction d'une station de traitement de 135 000 m³/j, en deux phases, à Keur Momar Sarr. La station de traitement aura une capacité initiale de 65.000 m³/j, en 2003 et est prévue de monter à 135.000 m³/j entre 2006 et 2007. Elle sera construite et financée par le secteur privé sous forme de DBF (Design, Build, Finance) et sera mise à disposition de la SDE, pour exploitation, dans le cadre du contrat d'affermage en cours.

Les objectifs assignés à l'assainissement concernent trois aspects importants pour l'amélioration de la qualité de l'environnement et la santé des populations urbaines et rurales :

l'augmentation de la desserte des populations en ouvrages d'assainissement collectif et autonome ;

la prise en charge correcte des rejets d'eaux usées produits actuellement et suite à la mise en œuvre du volet production d'eau potable ;

la protection de l'environnement urbain par le traitement des eaux résiduaires et des matières de vidange et à long terme par l'épuration avant rejet vers la mer des eaux vannes et ménagères.

Les actions prévues portent sur :

un programme de développement de l'assainissement autonome pour une population de 400.000 habitants dans la zone de Pikine ;

l'installation de points de collecte et de traitement de matières de vidange des fosses septiques et l'aménagement des stations d'épuration décentralisés dans les zones ciblées de la capitale ;

la mise en cohérence et la validation du réseau d'assainissement de la ville de Rufisque à partir de l'expérience du projet ENDA du système à petit diamètre avec lagunage à macrophytes installé dans les quartiers Diokoul et Castors de Rufisque.

le programme de réalisation de 16.000 branchements sociaux sur le réseau collectif d'assainissement pour desservir 160.000 habitants ;

réduire sensiblement l'analphabétisme parmi les populations féminines notamment dans la tranche d'âge 9 à 55 ; baisse de 5 % par an du taux d'analphabétisme (soit 120 000 auditeurs par an) et correction des disparités entre régions sexes et âge ; améliorer l'efficacité des programmes d'alphabétisation par ; (i) l'établissement de centre de ressources ; (ii) un meilleur suivi des programmes assurer la pérennisation des acquis des néoalphabètes à travers : (i) le financement des programmes de post alphabétisation ; (ii) la promotion d'un environnement lettré en langues nationales afin d'améliorer le rendement des programmes d'alphabétisation ; améliorer la coordination, le suivi et la supervision de l'alphabétisation au niveau national avec : (i) le renforcement des capacités du Ministère chargé de l'alphabétisation ; (ii) la mise en place d'un système de concertation entre le Ministère chargé de l'alphabétisation, les opérateurs et les bailleurs

La stratégie mise en œuvre par le gouvernement pour atteindre les objectifs fixés dans le Plan d'Action en matière d'éducation non formelle se fonde sur le « faire faire ». Ainsi l'exécution des actions de terrains revient aux organisations de la société civile (association, GIE, ONG...) et l'orientation, la coordination, l'impulsion, la recherche et la mise à disposition des financements à l'Etat.

La politique éducative du Sénégal pour les dix prochaines années sera donc mise en œuvre à travers le Programme Décennal de l'Education et de la Formation (PDEF). Fruit d'une réflexion partagée entre tous les acteurs du système, le programme définit une vision à long terme sur les objectifs de développement du secteur et repose à la fois sur une approche globale de l'éducation et sur une articulation entre les différents niveaux et filières afin de garantir une maîtrise des flux. Il vise une (i) une généralisation de la scolarisation et l'éradication de l'analphabétisme ; (ii) une plus grande ouverture de l'enseignement secondaire dans un environnement pédagogique amélioré ; (iii) une réforme en profondeur de la formation professionnelle dans le sens d'en renforcer la pertinence et la qualité ; (iv) la poursuite de la réforme de l'enseignement supérieur pour en améliorer la qualité et faciliter l'accès aux nouvelles technologies de l'information et de la communication ; (v) une amélioration de l'efficacité du cadre et des instruments de gestion du système éducatif.

La priorité sera accordée à l'enseignement élémentaire et à l'enseignement technique et à la formation professionnelle. L'un des objectifs principaux du programme est d'atteindre la scolarisation universelle en 2010 et d'atteindre des objectifs intermédiaires de scolarisation de 70 % en 2000 et 75 % en 2001. Un accent particulier sera mis sur la scolarisation des filles. En outre, les taux de passage de l'enseignement élémentaire à l'enseignement moyen et du moyen au secondaire devront, à terme, être porté respectivement à 50 % et 60 %.

Le programme couvre une durée de dix (10) ans répartie en trois phases : première phase : 3 ans, deuxième phase : 4 ans, troisième phase : 3 ans.

Le financement du PDEF va s'appuyer sur un accroissement de l'effort interne. Le coût global du programme est estimé à 420 milliards de francs cfa et sera pris en charge par l'Etat, les populations, les collectivités locales et les partenaires au Développement (IDA, Banque Africaine de Développement, l'ACDI, l'Agence Française de Développement, les fonds de l'OPEP, le Fonds Nordique de Développement). Il s'agira à terme d'arriver à une part des dépenses par

CHAPITRE III : LE PLAN D'ACTION OPERATIONNEL

III.1 Rappel de niveaux, des objectifs, stratégie et programme pour chaque sous secteur considéré :

C'est dans cette perspective, que le plan d'action se fixe à l'an 2010 d'appuyer les politiques à travers les objectifs spécifiques (cf matrices de mesures du document de stratégie interimaire) :

la réduction des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile de moitié par rapport aux taux enregistrés (respectivement 68 et 139 pour 1000) : pour atteindre respectivement 48 et 98 pour mille en 2008 ;

la réduction du taux de mortalité maternelle pour passer de 510 décès pour 100.000 naissance ;

assurer à tous l'alimentation en eau potable en partant d'un taux de 90 % en milieu urbain et d'un taux de 43% en milieu rural ainsi qu'à des systèmes d'assainissement urbains en partant d'un taux de 37% ;

réduire la malnutrition grave ou modérée dont sont victimes les enfants de moins de 5ans en réduisant à 5% le taux de retard de croissance et le niveau de l'insuffisance pondérale à 5% ;

assurer la sécurité alimentaire des populations ;

permettre l'accès pour tous à l'éducation de base 2010

intégrer dans les activités, la réduction des disparités de genre en donnant l'égalité de chance entre filles et garçons (indice de parité pour le taux de scolarisation primaire doit passer de 0,79 à 0,97% en 2008) ;

réduire le taux d'analphabétisme chez les adultes en le faisant passer 48,6% à 29,4% en 2008.

Identification des contraintes et opportunités au niveau sectoriel

Evaluation des besoins en ressources par rapport aux contraintes budgétaires (équilibre scénarii à proposer)

Identification des indicateurs objectivement vérifiables permettant le suivi de la mise en œuvre des actions.

Identification des acteurs ayant en charge la mise en œuvre des actions programmées dans le temps (un échéancier est souhaité).

Les structures chargées de la mise en œuvre de la politique de l'eau sont :

- la Direction de l'Hydraulique et de l'Assainissement (DHA);
- la Direction de l'Exploitation et de la Maintenance (DEM);
- le Service de Gestion et de Planification des Ressources en Eau (SGPRE).

Le ministère assure la tutelle de la SONES, et de l'ONAS ainsi que celle d'autres structures et grands projets dans le secteur de l'hydraulique.

Pour le Ministère de l'Education, les acteurs les plus impliqués dans l'éducation de base sont :

la Direction de l'Enseignement Élémentaire ;
 la Direction de la Planification et de la Réforme de l'Education ;
 la Direction de Construction et de l'Équipement scolaire ;
 la Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement

Il s'y ajoute les services du Ministère chargé de l'Alphabétisation et des Langues nationales à savoir :

la Direction de l'Alphabétisation et de l'Education de Base ;
 la Direction de la promotion des Langues Nationales ;

Au niveau de la santé les principaux acteurs sont :

la Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement ;
 la Direction de la Santé
 la Direction des Établissements de Santé

Aux services centraux s'ajoutent bien sûr, les services régionaux et surtout les projets qui constituent souvent des administrations à part. Les organisations non gouvernementales (ONG) et de base (OBC) sont fortement impliquées en plus des collectivités locales et des partenaires au développement

- promouvoir l'IEC dans les zones rurales et semi-urbaines par la formation de relais ;
- renforcer les moyens logistiques pour les évacuations, des supervisons et stratégies avancées.

b) – Améliorer la qualité des services de santé de base.

Il faudrait mener les mesures ci-après :

- améliorer la couverture vaccinale des enfants ;
- mettre en place les moyens logistiques pour la mise en œuvre des stratégies avancées ;
- renforcer la prévention pour les maladies de l'enfant ;
- développer l'IEC sur la santé de la mère et de l'enfant ;
- former des relais communautaires.

c) – Améliorer la prise en charge des maladies de l'enfant

Pour atteindre cet objectif spécifique, les mesures suivantes devront être prises :

- construire et réhabiliter des postes de santé en milieu urbain et rurale en tenant compte de la carte sanitaire ;
- lutter contre les maladies de l'enfant ;
- lutter contre les maladies diarrhéiques ;
- améliorer le plateau technique des centres de santé ;
- renforcer la disponibilité du personnel de santé.

d) – Améliorer la prévention

Cet objectif spécifique, pour être atteint, devra tenir compte des mesures ci-après :

- renforcer les compétences des prestataires cliniques en IEC / Conseilling / SR ;
- former et recycler le personnel médical, le personnel et paramédical ;
- former les Sages femmes en éluographie ;
- former le personnel, Sage femmes, Infirmiers en CRN, programme de planning familial ;

ANALYSE DETAILLE DES ACTIONS A MENER

EAU POTABLE ET ASSAINISSEMENT

Le secteur de l'eau potable et de l'assainissement se définit comme un axe prioritaire en matière de lutte contre la pauvreté. A cet égard, il fait aussi l'objet d'une attention soutenue de la part des acteurs du développement notamment des pouvoirs publics. Ainsi deux objectifs majeurs seront retenus dans ce secteur à savoir :

- 1) – Assurer à tous l'alimentation en eau potable, en partant d'un taux de 90% en milieu urbain et d'un taux de 43% en milieu rural
- 2) – Assurer des systèmes d'assainissement urbains en partant d'un taux de 37%.

Les objectifs spécifiques permettant d'atteindre ces deux objectifs majeurs sont analysés ici, de même que les activités qui permettent leur réalisation. Il importe, de souligner que les besoins des populations en matière d'eau potable et d'assainissement ne sont pas encore suffisamment couverts d'où l'urgence de prendre des mesures adéquates. A cet effet, il importe de :

- a) – *Renforcer et de sécuriser les systèmes d'alimentation en eau potable des centres urbains.*

Pour ce faire les actions suivantes sont nécessaires :

- renforcer les capacités de production des centres urbains à travers l'exécution de nouveaux forages et d'adductions d'eau ;
- réhabiliter et étendre les réseaux de distribution à travers le renforcement des branchements sociaux ;
- mettre en œuvre des programmes de lutte contre le gaspillage d'eau par la réalisation de programmes d'IEC.

- b) – *Diversifier et Optimiser l'utilisation du patrimoine national de points d'eau pérennes en milieu rural*

Pour atteindre cet objectif spécifique, il faudra mener les actions ci-après :

- renforcer les capacités de production d'eau ;
- réaliser l'extension des réseaux d'adduction d'eau et d'interconnexion de systèmes d'AEP ;
- redynamiser et sécuriser le système d'exploitation et de maintenance des systèmes d'AEP ruraux.

ANALYSE DETAILLEE DES ACTIONS A MENER

EDUCATION

L'éducation constitue un axe prioritaire en matière de lutte contre la pauvreté. A cet égard, les acteurs au développement, notamment les pouvoirs publics, portent une attention particulière à ce secteur. En effet, un objectif majeur est poursuivi dans ce domaine à savoir :

1. Permettre l'accès pour tous à l'éducation de base.

L'atteinte de cet objectif suppose :

a) – d'assurer l'équité dans l'éducation.

Pour cela, il faudra mener les actions suivantes :

- Construire des centres pour le développement de la petite enfance,
- Construire des salles de classes dans le primaire ;
- Mettre à niveau des écoles primaires existantes à travers l'équipement en latrines et points d'eau, la réhabilitation, la maintenance et l'équipement en mobilier ;
- Développer des petits collèges de proximités ;
- Consolider l'enseignement et la formation professionnelle par l'extension et la réhabilitation des lycées techniques existants ;
- Construire et financer l'entretien de classes supplémentaires ;
- Augmenter le budget de fonctionnement de l'éducation consacré à l'enseignement primaire ;
- Améliorer le taux brut (TBS) de scolarisation du primaire ;
- Mettre en place un modèle permettant d'accueillir des enfants de la tranche d'âge de 3 à 5 ans dans les centres de développement de la petite enfance ;
- Alphabétiser des personnes âgées de 15 à 49 ans ; dont une majorité de femmes.

L'accès pour tous à l'éducation de base suppose aussi :

- Mettre en place un système de gestion financière et de formation du personnel ;
- Instituer une norme minimale d'enseignement aux niveaux moyen et secondaire ;
- Augmenter le pourcentage d'élèves inscrits dans les écoles qui offrent un cycle complet de 6 ans ;
- Réduire le nombre de classes dont la taille est au dessus de la norme maximale ou au dessous de la norme minimale.

2) Assurer la sécurité alimentaire des enfants.

Le déficit nutritionnel des enfants dépend dans une large mesure de l'irrégularité de leur alimentation. C'est pourquoi il est nécessaire que leur sécurité alimentaire soit assurée et à cet effet il faudrait :

a) - Valoriser d'avantage les produits alimentaires locaux.

Cela passe pour les actions ci-après :

- adopter des mesures incitatives en faveur des industries agro-alimentaire ;
- utiliser d'avantage les résultats de la recherche ;
- assurer une meilleure maîtrise des technologies appropriées par la conservation.

b) - Combler le déficit en produits alimentaires par les importations.

Pour cela il faudrait surtout :

- promouvoir l'importation de produits alimentaires.

c) - Améliorer la production agro-alimentaire.

Les actions ci-après sont alors nécessaires :

- améliorer les infrastructures d'appui à la production agricole ;
- améliorer la fertilité des sols ;
- mettre à disposition des intrants de qualité ;
- renforcer les capacités des producteurs.

d) - Assurer un meilleur accès aux produits alimentaires.

Les actions ci-après sont à mener dans ce sens :

- assurer la maîtrise de l'inflation des produits alimentaires ;
- améliorer le système de distribution et de commercialisation.

SANTÉ

Objectif du secteur

: Réduire le taux de mortalité maternelle pour passer de 510 décès pour 100 000 naissances à 320 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2008

Objectif spécifique

: Améliorer l'accessibilité des services et soins de santé maternelle

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Rendre disponibles les médicaments essentiels	% centres de santé SOU construits / équipés / Réhabilités	↑	- Structure de l'Etat (Ministère de la Santé)	-	-
A.2. Améliorer le plateau technique des centres de santé de référence SOU	Nombre de personnels formés, recyclés	↑	- Régions médicales - Structures centrales	A déterminer	-
A.3. Mettre en place des structures sanitaires de référence SOU fonctionnels	% de consultations prénatales	↑	Ministère de la santé Partenaires au développement	A déterminer	-
A.4. Doter les structures sanitaires de références d'ambulances médicalisées	% d'accouchements assistés par du personnel médical	↑	Ministère de la santé Partenaires au développement	A déterminer	-

SANTÉ

Objectif du secteur : Réduire le taux de mortalité maternelle pour passer de 510 décès pour 100 000 naissances à 320 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2008

Objectif spécifique : Améliorer l'accessibilité des services et soins de santé maternelle

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.9. Développer les services de SR en faveur des jeunes	Moyens logistiques disponibles pour évaluation, les stratégies avancées	↑	- Ministère de la santé - ONG - OCB - Collectivités locales	A déterminer	-
A.10. Promouvoir l'IEC dans les zones rurales et semi-urbaines par la formation de relais	Nombre de postes, centres de santé construits, équipés	↑	- Ministère de la santé et de la prévention - ONG - OCB	A déterminer	-
A.11. Renforcer les moyens logistiques pour les évacuations des supervisions et stratégies avancées	Nombre de monitoring et supervisions assurés / an	↑	- Ministère de la santé - Partenaires au développement - Collectivités locales	A déterminer	-

SANTÉ

Objectif du secteur

: Réduire les taux de mortalité infantile-juvénile (68 pour mille et 139 pour mille) pour atteindre (45 pour mille et 98 pour mille en 2008)

Objectif spécifique

: Améliorer la prise en charge des maladies de l'enfant

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Construire et réhabiliter des postes de santé en milieu urbain et rural en tenant compte de la carte sanitaire	normes	↑	- Etat (Ministère de la santé) - Partenaires au développement - Collectivités locales - Populations	A déterminer	-
A.2. Lutter contre les maladies de l'enfant	normes	↑	- Etat (Ministère de la santé) - Partenaires au développement - Collectivités locales - Populations	A déterminer	-
A.3. Lutter contre les maladies diarrhéiques	normes	↑	- Etat (Ministère de la santé) - Partenaires au développement - Collectivités locales - Populations	A déterminer	-
A.4. Améliorer le plateau technique des centres de santé	normes	↑	- Etat (Ministère de la santé) - Partenaires au développement - Collectivités locales - Populations	A déterminer	-
A.5. Renforcer la disponibilité du personnel de santé	normes	↑	- Etat (Ministère de la santé) - Partenaires au développement - Collectivités locales - Populations	A déterminer	-

SANTÉ

Objectif du secteur : Réduire les taux de mortalité infantile-juvénile (68 pour mille et 139 pour mille) pour atteindre (45 pour mille et 98 pour mille en 2008)

Objectif spécifique : Améliorer la prévention

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.4. Former le personnel, Sfes, Infirmiers en CRN, programme, planning familial	A déterminer	↑	- Etat (Ministère de la santé) - Partenaires au développement - Collectivités locales - Populations	A déterminer	-
A.5. Améliorer le plateau techniques des structures sanitaires de référence	A déterminer	↑	- Etat (Ministère de la santé) - Partenaires au développement - Collectivités locales - Populations	A déterminer	-
A.6. Assurer le déprimage et le suivi des grossesses à risque	A déterminer	↑	- Etat (Ministère de la santé) - Partenaires au développement - Collectivités locales - Populations	A déterminer	-
A.7. Créer des services à base communautaire au niveau des villages	A déterminer	↑	- Etat (Ministère de la santé) - Partenaires au développement - Collectivités locales - Populations	A déterminer	-

SANTÉ

Objectif du secteur : Réduire les taux de mortalité infanto-juvénile (68 pour 100 et 139 pour mille) pour atteindre (45 pour mille et 98 pour mille en 2008)

Objectif spécifique : Renforcer l'implication des différents acteurs dans le financement de la santé maternelle et infantile

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.6. Entretien et réhabiliter les infrastructures	Nombre de postes et centre réhabilité / an	↑	Etat (Ministère de la santé) Partenaires au développement Collectivités locales Populations	A déterminer	-
A.7. Améliorer l'Etat nutritionnel des enfants		↑	Etat (Ministère de la santé) Partenaires au développement Collectivités locales Populations	A déterminer	-
A.8. Construire et équiper des structures sanitaires	Nombre de postes construits Nombre de centres	↑	Etat (Ministère de la santé) Partenaires au développement Collectivité locales Populations	A déterminer	-
A.9. Gérer plus efficacement les structures de santé de base		↑	Etat (Ministère de la santé) Partenaires au développement Collectivités locales Populations	A déterminer	-
A.10. Monitoring plus régulier des structures	Monitoring et supervision à assurer dans toutes les structures	↑	Etat (Ministère de la santé) Partenaires au développement Collectivités locales Populations	A déterminer	-

EAU POTABLE ET ASSAINISSEMENT

: Assurer à tous l'alimentation en eau potable en partant d'un taux de 90% en milieu urbain et d'un taux de 43% en milieu rural

: Renforcer et sécuriser les systèmes d'alimentation en eau potable des centres urbains

Objectif du secteur

Objectif spécifique

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Renforcer les capacités de production des centres urbains à travers l'exécution de nouveaux forages et d'adduction d'eau	- Rapport entre les productions et les besoins en eau	Court terme	- Etat (MMEH) - ONG - Agence d'aide extérieures techniques et financières - Bailleurs de fonds nationaux et étrangers, partenaires bilatéraux et multilatéraux	300 milliards de francs CFA	-
A.2. Réhabiliter et étendre les réseaux de distribution à travers le renforcement des branchements sociaux	- Pourcentage des populations ayant accès à l'eau	-	- Etat (MMEH) - ONG - Agence d'aide extérieures techniques et financières - Bailleurs de fonds nationaux et étrangers, partenaires bilatéraux et multilatéraux	-	-
A.3. Mettre en œuvre des programmes de lutte contre le gaspillage d'eau par la réalisation de programme d'IEC	Pourcentage des systèmes produisant une eau salubre et de qualité acceptable	-	- Etat (MMEH) - ONG - Agence d'aide extérieures techniques et financières - Bailleurs de fonds nationaux et étrangers, partenaires bilatéraux et multilatéraux	-	-

EAU POTABLE ET ASSAINISSEMENT

Objectif du secteur : Assurer à tous l'alimentation en eau potable en partant d'un taux de 90% en milieu urbain et d'un taux de 43% en milieu rural

Objectif spécifique : Gérer rationnellement les ressources en eau

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. améliorer la connaissance de la ressource	A déterminer	-	- Etat (MMEH) - ONG - Agence d'aide extérieure technique et financière - Collectivités locales - Communautés des usages	-	-
A.2. Protéger les nappes	A déterminer	-	- Etat (MMEH) - ONG - Agence d'aide extérieure technique et financière - Collectivités locales - Communautés des usages	-	-
A.3. Optimiser et protéger les eaux de surface	A déterminer	-	- Etat (MMEH) - ONG - Agence d'aide extérieure technique et financière - Collectivités locales - Communautés des usages	-	-
A.4. Renforcer les réseaux d'observation et de suivi des ressources en eau	A déterminer	-	- Etat (MMEH) - ONG - Agence d'aide extérieure technique et financière - Collectivités locales - Communautés des usages	-	-
A.5. Poursuivre et optimiser la modernisation des outils de gestion des ressources en eau	A déterminer	-	- Etat (MMEH) - ONG - Agence d'aide extérieure technique et financière - Collectivités locales - Communautés des usages	-	-
A.6. Renforcer et mettre en application des instruments réglementaires et de coordination de la gestion des ressources en eau	A déterminer	-	- Etat (MMEH) - ONG - Agence d'aide extérieure technique et financière - Collectivités locales - Communautés des usages	-	-

EAU POTABLE ET ASSAINISSEMENT

Objectif du secteur : Assurer des systèmes d'assainissement urbains en partant d'un taux de 37%

Objectif spécifique :

Favoriser l'accès des populations des zones urbaines et périurbaines ses services d'assainissement

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Densifier et opérationnaliser les infrastructures d'assainissement dans les zones urbaines et périurbaines	- Densité et répartition spatiale des ouvrages d'assainissement (par ville, par quartier, etc) collectifs ou autonomes ; - Fonctionnalité des ouvrages d'assainissement mis en place (pourcentage des ouvrages en état de marche)	-	- Etat (MMEH) - ONG - Agence d'aide extérieure technique et financière - Collectivités locales - Communautés des usages	Court et moyen termes	-
A.2. Mettre en place un cadre institutionnel performant pour le développement, l'exploitation et la gestion des systèmes d'assainissement existant ou à créer ;	- Nombre et taux de branchements aux réseaux - Niveaux (ou efficacité) de drainage des eaux usées et des eaux de pluies ;	-	- Etat (MMEH) - ONG - Agence d'aide extérieure technique et financière - Collectivités locales - Communautés des usages	-	-
A.3. Renforcer les capacités des populations en matière d'assainissement	- Niveau de traitement des eaux résiduaires rejetées en mer ou dans la nature - Niveau des connaissances et des pratiques en matière d'hygiène individuelle et collective	-	- Etat (MMEH) - ONG - Agence d'aide extérieure technique et financière - Collectivités locales - Communautés des usages	-	-

EDUCATION

Objectif du secteur

: Permettre l'accès pour tous à l'éducation de base

Objectif spécifique

: Améliorer la qualité des apprentissages de l'enseignement élémentaire, moyen et secondaire ainsi que de l'enseignement technique, de la formation professionnelle et de l'enseignement supérieur

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.4. Mener des initiatives de lecture à l'école et dans les familles	Sélectionner 10 à 15 écoles dans chaque IDEN pour mettre à leur disposition 20 à 30 livres de lectures	↑	<ul style="list-style-type: none"> • Bailleurs de fonds • Structures étatiques • ONG 	A déterminer	-
A.5. Développer un programme de fournitures de manuels scolaires	Atteindre la ration de 3 livres par élève du primaire et du moyen	↑	<ul style="list-style-type: none"> • Bailleurs de fonds • Structures étatiques • Structures privées • ONG 	A déterminer	-
A.6. Augmenter la capacité d'apprentissage des élèves par un programme de santé scolaire et de nutrition	-		<ul style="list-style-type: none"> • Bailleurs de fonds • Structures étatiques • Structures privées • ONG 	A déterminer	-

EDUCATION

Objectif du secteur

: Permettre l'accès pour tous à l'éducation de base

Objectif spécifique

: Améliorer la qualité des apprentissages de l'enseignement élémentaire, moyen et secondaire ainsi que de l'enseignement technique, de la formation professionnelle et de l'enseignement supérieur

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.10. Développer un nouveau curriculum de l'éducation de base	A déterminer	↑	<ul style="list-style-type: none"> • Bailleurs de fonds • Structures étatiques • Structures privées • ONG 	A déterminer	
A.11. Renforcer les compétences pédagogiques des enseignants	A déterminer	↑	<ul style="list-style-type: none"> • Bailleurs de fonds • Structures étatiques • ONG 	<ul style="list-style-type: none"> • Séminaire de formation initiale • Formation continue 	
A.12. Promouvoir les échanges et la recherche en matière de développement curriculaire		↑	<ul style="list-style-type: none"> • Bailleurs de fonds • Structures étatiques • ONG 	A déterminer	

EDUCATION

- Objectif du secteur** : Permettre l'accès pour tous à l'éducation de base
- Objectif spécifique** : Moderniser et renforcer la gestion dans le secteur éducatif

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.4. Systématiser une politique de suivi et d'évaluation des programmes	-	↑	<ul style="list-style-type: none"> • Bailleurs de fonds • Structures étatiques • ONG 	Séminaires de formation	-
A.5. Mettre en place un système de gestion financière et de formation du personnel	-	↑	<ul style="list-style-type: none"> • Bailleurs de fonds • Structures étatiques • ONG 	Séminaires de formation	-
A.6. Instituer une norme minimale d'enseignement aux niveaux moyen et du secondaire	20 heures d'enseignement par enseignant et par semaine entre 2002 et 2003	↑	<ul style="list-style-type: none"> • Bailleurs de fonds • Structures étatiques • ONG 	Séminaires de formation et de sensibilisation	-

EDUCATION

Objectif du secteur

: Permettre l'accès pour tous à l'éducation de base

Objectif spécifique

: Assurer l'équité dans l'éducation

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Construire des centres pour le développement de la petite enfance	Nombre de centres construits	↑	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de l'éducation - OMG - Bailleurs de fonds 	A déterminer	-
A.2. Construire des salles de classes du primaire	200 classes dans le primaire	↑		A déterminer	-
A.3. Mettre à niveau des écoles primaires existantes par l'équipement en latrines et points d'eau, la réhabilitation et la maintenance et l'équipement en mobilier	<ul style="list-style-type: none"> • 1800 classes en première phase ; • 570 écoles équipées en puits ; • 1080 latrines ; • 390 classes équipées en table banc 	↑	<ul style="list-style-type: none"> - Bailleurs de fonds - Structures étatiques - Collectivités locales - ONG 	A déterminer	-

EDUCATION

: Permettre l'accès pour tous à l'éducation de base

: Assurer l'équité dans l'éducation

Objectif du secteur

Objectif spécifique

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.7. Augmenter le budget de fonctionnement de l'éducation consacré à l'enseignement primaire	A un taux de 40 à 44%	↑	- Ministère de l'économie et des finances	A déterminer	-
A.8. Améliorer le taux brut de scolarisation (TBS) du primaire	A un taux de 75% en 2002 - 2003 <ul style="list-style-type: none"> • un taux d'admission en première année passant de 44% à 46%. • Les effectifs des filles de primaire passant de 44% à 46% 	↑	- Ministère de l'éducation - ONG	A déterminer	-