

FONDS AFRICAIN DE DEVELOPPEMENT



Langue: Français
Original: Français

REPUBLIQUE DU SENEGAL

PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DANS LES REGIONS DE MATAM, TAMBACOUNDA, FATICK ET KAOLACK (SANTE II)

RAPPORT D'EVALUATION

**DEPARTEMENT DU DEVELOPPEMENT SOCIAL
REGION CENTRE & OUEST**

**OCSD.2
MARS 2003**

TABLE DES MATIERES

Page

FICHE DU PROJET, RESUME ANALYTIQUE, EQUIVALENCES MONETAIRES, UNITES DE MESURES, EXERCICE BUDGETAIRE, MONNAIES ET MESURES, LISTE DES TABLEAUX, LISTE DES ANNEXES, SIGLES ET ABREVIATIONS, DONNEES DE BASE, MATRICE DU PROJET	i-vii
1. ORIGINE ET HISTORIQUE DU PROJET.....	1
2. LE SECTEUR	2
2.1 Situation sanitaire	2
2.2 La politique du Gouvernement et le programme d'action du secteur	3
2.3 Le cadre institutionnel et l'organisation du secteur	3
2.4 Les ressources humaines du secteur	4
2.5 Le financement du secteur de la santé.....	5
2.6 L'intervention des autres bailleurs de fonds5
2.7 Les contraintes du secteur de la santé.....	6
3. LES DOMAINES DU PROJET.....	7
3.1 Le district sanitaire et le deuxième niveau de référence.....	7
3.2 La santé de la reproduction et la lutte contre la maladie	8
3.3 Le système d'administration et de gestion du secteur	8
4. LE PROJET.....	9
4.1 Conception et bien fondé.....	9
4.2 Les zones du projet et les bénéficiaires	10
4.3 Contexte stratégique du projet.....	11
4.4 Objectifs du projet	12
4.5 Description du projet	12
4.6 Impact environnemental	17
4.7 Coûts du projet	18
4.8 Sources de financement et calendrier des dépenses	19
5. EXECUTION DU PROJET	20
5.1 Agence d'exécution	20
5.2 Dispositions institutionnelles	21
5.3 Calendrier d'exécution du projet.....	24
5.4 Acquisition des biens, travaux et services.....	25
5.5 Décaissements	27
5.6 Suivi et évaluation	28
5.7 Comptabilité et Audit	29
5.8 Document d'exécution	29
5.9 Coordination de l'aide	29
6. DURABILITE ET RISQUES DU PROJET	30
6.1 Coûts récurrents	30
6.2 Durabilité des acquis du projet.....	31

6.3	Risques critiques et mesures d'atténuation	31
7	BENEFICES DU PROJET.....	32
7.1	Impact économique	32
7.2	Impact social y compris sur les femmes et réduction de la pauvreté	33
8.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	33
8.1	Conclusions	33
8.2	Recommandations et conditions de prêt et du don.....	33

Le présent rapport a été établi à la suite de la mission d'évaluation effectuée au Sénégal du 6 février au 3 mars 2003 par Mme B. Ba (Expert en santé/OCSD.2 et Chef de la mission), et deux consultants . Pour toute information complémentaire, s'adresser à Mme Z. El Bakri, Directeur OCSD (Poste 2045) et J. E. Porgo, Chef de division p.i., OCSD.2 (Poste 2563).

FONDS AFRICAIN DE DEVELOPPEMENT

SIEGE
01 B.P. 1387 Abidjan 01
Côte d'Ivoire

Tel. (225) 20 20-44-44; 20 20-48-48
Fax (225) 20 21-65-45

AGENCE DE RELOCALISATION TEMPORAIRE
BP 323 - 1002 Tunis Belvédère

Tunisie

Tel: (216) 71 333 511
Fax: (216) 71 351 933

FICHE DU PROJET

Date : Mars 2003

Les renseignements ci-dessous ont pour but de fournir quelques indications générales à tous les fournisseurs, entrepreneurs, consultants et autres personnes intéressées par la fourniture de biens et services au titre des projets approuvés par le Conseil d'Administration du Groupe de la Banque. De plus amples renseignements peuvent être obtenus auprès de l'organe d'exécution.

1. PAYS ET TITRE DU PROJET : Sénégal : Projet d'Appui au Plan national de développement sanitaire dans les régions de Matam, Tambacounda, Fatick, et Kaolack (Projet santé II)
2. LIEU D'IMPLANTATION : Régions de Matam, Tambacounda, Fatick et Kaolack
3. EMPRUNTEUR : République du Sénégal
4. ORGANE D'EXECUTION : Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire (CAS/PNDS) au sein du Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention (MSHP)/Tél : 221 823 31 34 ;
Fax : 221 28 59
5. DESCRIPTION DU PROJET

L'objectif sectoriel du projet est de contribuer à l'amélioration de la situation sanitaire de la population en général, en particulier à celle de la mère et de l'enfant. Les objectifs spécifiques du projet sont les suivants : (i) contribuer à l'amélioration de la couverture sanitaire et ; (ii) contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues surtout aux problèmes de la santé de la reproduction (SR), aux maladies infantiles courantes, au paludisme et aux IST/VIH/SIDA.

Pour atteindre les objectifs susvisés, le projet sera exécuté à travers trois composantes : (i) Renforcement de la couverture sanitaire; (ii) Amélioration de la qualité des services de santé de la reproduction et lutte contre la maladie ; (iii) Gestion du projet.

6. COUT TOTAL DU PROJET
Le coût total du projet hors taxes et hors douane : 14,85 millions d'UC
Devises : 9,20 millions d'UC
Monnaie locale : 5,65 millions d'UC
7. FINANCEMENT DU GROUPE DE LA BANQUE
Prêt FAD : 10,00 millions d'UC
DON : 1,35 million d'UC

8. AUTRE SOURCE DE FINANCEMENT
Gouvernement : 3,50 millions d'UC
9. DATE D'APPROBATION DU PRET ET DU DON
DU GROUPE DE LA BANQUE : Juin 2003
10. DATE PREVISIONNELLE DE DEMARRAGE
DU PROJET ET DUREE : janvier 2004; 5 ans
11. ACQUISITION DES BIENS, TRAVAUX ET SERVICES

Biens

Appel d'offres national (AON) pour (i) l'acquisition de mobilier destiné aux 14 PS, 1CSR, 1CSS, 1HR, 1RM, 2 locaux de maintenance, 1CDAV et 1CRTS et (ii) pour l'acquisition de 15 pirogues-ambulances destinées aux structures de santé insulaires des districts de Dioffior, Foundiougne, Sokone et Ranérou.

Consultation de fournisseurs à l'échelon national pour l'acquisition de 2 vedettes motorisées ; destinées aux structures de santé insulaires des districts de Ranérou et de Foundiougne.

Négociation directe ; i) avec l'UNICEF pour l'acquisition d'équipements biomédicaux destinés aux 14 PS, 1CSR, 1CSS, 1HR, 1CDAV et 1CRTS, pour l'acquisition de matériel roulant, de froid, équipements IEC et autre matériel pour les 14 PS, 1CSR, 1CSS, 1HR, 1CDAV, 1CRTS, la CAS/PNDS, les autres Directions du MSHP et d'équipements biomédicaux destinés à la Faculté de médecine et de pharmacie; ii) avec la PNA pour l'acquisition de Médicaments et réactifs pour les structures de santé et le CDAV.

Travaux

Appel d'offres national à travers l'AGETIP pour la construction de 14PS, 1 CSS, 1CSR de référence, 1 CDAV, 1 RM, 1PRA, 1CRF, 1 CRTS.

Appel d'offres international (AOI) pour la construction d'1HR et VRD à Matam

Services

Négociation directe : avec AGETIP (MOD) pour le suivi, la supervision et la gestion des études et des travaux ; avec les institutions de formation pour la formation des spécialistes dans le pays et hors du pays et avec la Faculté de médecine pour la formation et le suivi des équipes SOU et ; avec le personnel de santé pour les activités de formation continue au niveau local (formation, SOB, etc) ; pour le recrutement du Coordonnateur et du Comptable. I

Consultation sur la base d'une liste restreinte : pour le recrutement de bureaux d'études (à travers l'AGETIP) chargés de la réalisation des études architecturales, suite à un appel à la candidature au niveau national ou à partir du fichier de consultants d'AGETIP ; pour le recrutement de bureaux ou consultants individuels pour mener les études sur le VIH/SIDA dans la région de Matam, suite à un appel à la candidature au niveau national ; pour le recrutement ponctuel de consultants dans les domaines de la gestion de projet, maintenance, formation, étude de base, évaluation ex-post du projet, suite à un appel à la candidature au niveau national ; pour le recrutement d'ONG en vue d'exécuter les activités de développement communautaire, suite à un appel à la candidature au niveau national et ; pour le recrutement de consultant d'un cabinet d'audit.

RESUME ANALYTIQUE

1. HISTORIQUE DU PROJET

La situation sanitaire au Sénégal est précaire et est caractérisée par un profil épidémiologique dominé par des maladies infectieuses et nutritionnelles chez les enfants et les problèmes de santé de la reproduction. Ce profil engendre une mortalité maternelle élevée de l'ordre de 510 décès pour 100 000 naissances vivantes et une mortalité infanto-juvénile de 113 pour mille. Face à l'accès difficile des populations aux services de santé, la couverture en accouchements assistés est de 60% seulement et celle des enfants complètement vaccinés est de 42%. C'est pour améliorer cette situation que le Gouvernement a élaboré une stratégie de lutte contre la pauvreté et une politique sanitaire assortie d'un plan décennal national de développement sanitaire (PNDS-1998-2007). Des actions sont entreprises visant à réunir les ressources nécessaires au financement du plan par l'Etat avec l'appui des partenaires au développement parmi lesquels le Groupe de la Banque.

Un premier projet d'appui à la mise en œuvre du PNDS à travers le Programme de Développement Intégré de la Santé/PDIS (1998-2002) a été financé par le FAD. La deuxième phase du PNDS est en préparation et devra aboutir à l'élaboration d'un second programme quinquennal prévu pour (2004-2008). L'année 2003 est une année charnière entre la première et la deuxième phases du PNDS et sera mise à profit pour achever les activités programmées dans le PDIS, dont le taux de décaissement est d'environ 60%. Dans le cadre de la deuxième phase du PNDS (2004-2008), le Gouvernement a manifesté son intérêt auprès de la Banque en lui adressant une requête en vue d'obtenir son intervention. En novembre 2002, une mission de préparation de la Banque a discuté et défini avec les autorités sénégalaises les domaines et les modalités de cette intervention qui sont axés sur le renforcement des acquis du premier projet dans les régions de Tambacounda, Kaolack et Fatick et la mise à niveau de la nouvelle région médicale de Matam par rapport aux autres régions du pays. Toutes les quatre régions ciblées ont des incidences de pauvreté élevées. En outre, une mission d'évaluation a séjourné au Sénégal en février 2003 en vue, entre autres, de valider le rapport de préparation.

2. PRET ET DON DU GROUPE DE LA BANQUE

Les contributions du FAD et du Don/FAD sont respectivement de 10 millions et de 1,35 million d'UC, représentant respectivement 67% et 9% du coût total du projet, soit 100% des coûts en devises et 38% des coûts en monnaie locale. Le Gouvernement participera à concurrence de 3,5 millions d'UC, qui représentent 23,5% du coût total du projet et destinés à financer 62% des coûts en monnaie locale. Les ressources du prêt FAD financeront toutes les catégories de dépenses du projet tandis que celles du Don/FAD financeront une partie de la catégorie « Services » pour le renforcement des capacités locales. Les ressources fournies par le Gouvernement seront utilisées pour financer une partie des travaux (54%), une partie (2,5%) de la catégorie « équipements » pour l'acquisition de véhicules et une partie des coûts de fonctionnement (43%).

3. BUT SECTORIEL ET OBJECTIFS DU PROJET

L'objectif sectoriel du projet est de contribuer à l'amélioration de la situation sanitaire de la population en général, en particulier à celle de la mère et de l'enfant. Les objectifs spécifiques du projet sont : (i) contribuer à l'amélioration de la couverture sanitaire et ; (ii) contribuer à la

réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux problèmes de la santé de la reproduction, aux maladies infantiles, au paludisme et aux IST/VIH/SIDA.

4. DESCRIPTION SUCCINTE DU PROJET

Pour atteindre les objectifs susvisés, le projet sera exécuté à travers trois composantes : (i) Renforcement de la couverture sanitaire; (ii) Amélioration de la qualité des services et lutte contre la maladie ; (iii) Gestion du projet. Le projet aura une durée d'exécution de cinq (5) ans.

5. COÛT DU PROJET

Le coût total du projet hors taxes et hors douanes est de 14,85 millions d'UC. Les montants des devises et de la monnaie locale sont respectivement de 9,20 millions d'UC et 5,65 millions d'UC.

6. SOURCES DE FINANCEMENT

Le projet est cofinancé par le FAD avec un prêt de 10 millions d'UC (67,34%) et un don de 1,35 million d'UC (9%) et par le Gouvernement pour un montant de 3,5 millions d'UC (23,50%).

7. EXECUTION DU PROJET

La Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS (CAS/PNDS), placée sous la tutelle du MSHP, est l'agence d'exécution du projet. Elle comporte en son sein une équipe de quatre cadres dont le coordonnateur du projet et est appuyé d'un comptable, d'un spécialiste en marché pris en charge par IDA, d'une secrétaire et de deux chauffeurs. Le coordonnateur et le comptable du projet du projet santé I ont été reconduits dans leurs fonctions respectives dans le cadre du présent projet. La CAS/PNDS et la coordination du projet travailleront avec les services techniques du MSHP et bénéficieront de l'appui de structures spécialisées et expérimentées pour la réalisation d'activités spécifiques.

8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le projet s'intègre dans la stratégie de lutte contre la pauvreté du Gouvernement et est en conformité avec la politique sanitaire de la Banque et au Document de Stratégie de la Banque. Il vise à améliorer la situation sanitaire de la population sénégalaise en général, et en particulier, l'état de santé de la mère et de l'enfant qui constituent les groupes les plus vulnérables de la population. La zone d'intervention du projet concerne les régions d'extrême pauvreté (Matam, Tambacounda, Fatick et Kaolack) où vivent 2 549 375 habitants soit 26,84% de la population totale du Sénégal. Le projet mettra l'accent sur les activités de réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile en renforçant la couverture sanitaire, en améliorant la qualité des services (particulièrement les services de santé de la reproduction) et en luttant contre la maladie, y compris les IST/VIH/SIDA, en renforçant les capacités du système de santé. Le projet interviendra au niveau communautaire en renforçant la participation communautaire et le partenariat avec les ONG, au niveau district sanitaire et au niveau régional en y renforçant les capacités de soins de deuxième référence et les capacités techniques de la région médicale et du niveau central.

EQUIVALENCES MONETAIRES

(Mars 2003)

1 UC	=	833,997 FCFA	1 USD	=	0,72947 UC
1 FCFA	=	0,001199 UC	1 UC	=	1,37085 USD

UNITES DE MESURES

Système métrique

EXERCICE BUDGETAIRE1^{er} janvier au 31 décembre**LISTE DES TABLEAUX**

	<u>Page</u>
2.1 Evolution du budget du MSP et de celui de l'Etat	5
4.1 Coûts du projet par composante	18
4.2 Coûts du projet par catégorie de dépenses	18
4.3 Coûts du projet par composante et par source de financement	19
4.4 Coûts du projet par catégorie de dépenses et source de financement	19
4.5 Calendrier des dépenses par catégorie	19
4.6 Calendrier des dépenses par source de financement	20
4.7 Coûts du projet source de financement	20
5.1 Calendrier d'exécution du projet	24
5.2 Dispositions relatives à l'acquisition des travaux, biens et services	25

LISTE DES ANNEXES

	<u>Nombre de pages</u>
1 Carte administrative du Sénégal (zones du projet)	1
2 Interventions des bailleurs de fonds	1
3 Dispositions environnementales	2
4 Liste des biens et services	1
5 Organigramme de l'UCP	1
6 Calendrier prévisionnel d'exécution du projet	1
7 Table de matière du manuel d'exécution	1
8 Résumé des opérations de la Banque au Sénégal	1

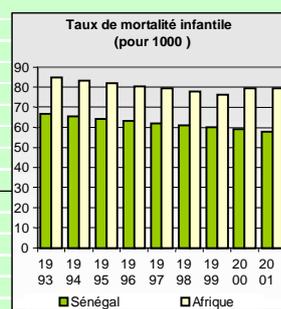
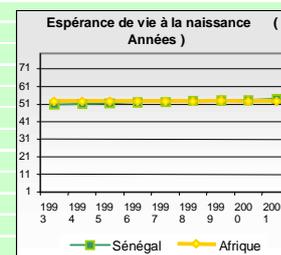
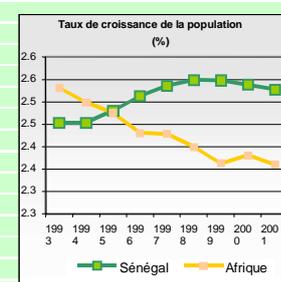
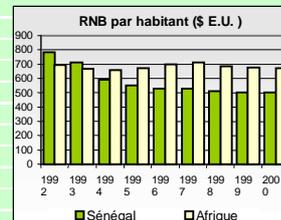
SIGLES ET ABREVIATIONS

ASC	Agents de santé communautaire	FAD	Fonds africain de développement
AGETIP	Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt public contre le sous-emploi	HN	Hôpital national
BAD	Banque africaine de développement	HR	Hôpital régional
BILHAX	France/Projet santé espoir de lutte contre la bilharziose	ICP	Infirmier chef de poste
BID	Banque islamique de développement	IPGP	Identification physique et géographique du personnel
CAS/PNDS	Cellule d'appui et de suivi du plan national de développement sanitaire	IPM	Institut de prévoyance maladie
CCC	Communication pour le changement de comportement	IST	Infections sexuellement transmissibles
CESAG	Centre africain d'études supérieures en gestion	MSHP	Ministère de la santé de l'hygiène et de la prévention
CDAV	Centre de dépistage anonyme volontaire	PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
CGO	Clinique gynéco-obstétrique	PDIS	Programme de développement intégré de la santé
CONGAD	Conseil des organisations non-gouvernementales d'appui au développement	PEV	Programme élargi de vaccination
CRF	Centre régional de formation	PNA	Pharmacie nationale d'approvisionnement
CRTS	Centre régional de transfusion sanguine santé	PNF	Plan national de formation
CS	Centre santé	PPTE	Programme pour les pays très endettés
CSR	Centre de santé de référence	PRA	Pharmacie régionale d'approvisionnement
CSS	Centre de santé secondaire	PS	Poste de santé
DCEF	Direction de la coopération économique et financière	RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
DAGE	Direction de l'administration générale et de l'équipement	RESSIP	Réseau santé-sida-population
DAHW	Deutsches, Aussatzen Hilfswerk	RM	Région médicale
DBC	Distribution à base communautaire	SIGS	Système d'information de gestion sanitaire
DDI	Direction de la dette et de l'investissement	SIDA	Syndrome immuno-déficient acquis
DERF	Direction des études, de la recherche et de la formation	VIH	Virus immuno-déficient humain
DES	Direction des établissements de santé	SOB	Soins obstétricaux de base
DIEM	Division des Infrastructures , de l'Equipement et de la maintenance	SOU	Soins obstétricaux d'urgence
DP	Direction de la prévention	SNIS	Système national d'information sanitaire
DPM	Direction de la pharmacie et du médicament		
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté		
ECD	Equipe cadre de district		
ECR	Equipe cadre de région		
EDS	Enquête démographique de santé		
ESIS	Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé		
ENDSS	Ecole nationale de dévelopt. sanitaire et social		

Sénégal

INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES COMPARATIFS

	Année	Sénégal	Afrique	Pays en développement	Pays développés
Indicateurs de Base					
Superficie ('000 Km ²)		197	30 061	80 976	54 658
Population totale (millions)	2001	9.5	811.6	4 940.3	1 193.9
Population urbaine (% of Total)	2001	40.0	38.0	40.4	76.0
Densité de la population (au Km ²)	2001	49.1	27.0	61.0	21.9
Revenu national brut (RNB) par Habitant (\$ EU)	2001	560	671	1 250	25 890
Participation de la Population Active - Total (%)	2000	44.2	43.1
Participation de la Population Active - Femmes (%)	2000	37.7	33.8
Valeur de l'Indice sexospécifique de dévelop. humain	2000	0.421	0.476	0.634	0.916
Indice de développement humain (rang sur 174 pays)	2000	154	n.a.	n.a.	n.a.
Population vivant en dessous de \$ 1 par Jour (%)	1995	26.3	45.0	32.2	...
Indicateurs Démographiques					
Taux d'accroissement de la population totale (%)	2001	2.5	2.4	1.5	0.2
Taux d'accroissement de la population urbaine (%)	2001	4.4	4.1	2.9	0.5
Population âgée de moins de 15 ans (%)	2001	44.1	42.4	32.4	18.0
Population âgée de 65 ans et plus (%)	2001	2.5	3.3	5.1	14.3
Taux de dépendance (%)	2001	87.2	85.5	61.1	48.3
Rapport de Masculinité (hommes pour 100 femmes)	2001	100.1	99.4	103.3	94.7
Population féminine de 15 à 49 ans (%)	2001	22.6	23.6	26.9	25.4
Espérance de vie à la naissance - ensemble (ans)	2001	53.9	52.5	64.5	75.7
Espérance de vie à la naissance - femmes (ans)	2001	55.8	53.5	66.3	79.3
Taux brut de natalité (pour 1000)	2001	38.0	37.3	23.4	10.9
Taux brut de mortalité (pour 1000)	2001	11.9	14.0	8.4	10.3
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	2001	70.1	79.6	57.6	8.9
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000)	2001	113.0	116.3	79.8	10.2
Taux de mortalité maternelle (pour 100000)	2001	510	641	491	13
Indice synthétique de fécondité (par femme)	2001	5.7	5.1	2.8	1.6
Femmes utilisant des méthodes contraceptives (%)	1997	12.9	...	56.0	70.0
Indicateurs de Santé et de Nutrition					
Nombre de médecins (pour 100000 habitants)	1999	4.3	36.7	78.0	287.0
Nombre d'infirmières (pour 100000 habitants)	1994	24.0	105.8	98.0	782.0
Naissances assistées par un personnel de santé qualifié (%)	1997	47.0	38.0	58.0	99.0
Accès à l'eau salubre (% de la population)	2000	78.0	60.4	72.0	100.0
Accès aux services de santé (% de la population)	1999	40.0	61.7	80.0	100.0
Accès aux services sanitaires (% de la population)	2000	70.0	60.5	44.0	100.0
Pourcent. d'adultes de 15-49 ans vivant avec le VIH/SIDA	2001	1.4	5.7
Incidence de la tuberculose (pour 100000)	1999	79.3	105.4	157.0	24.0
Enfants vaccinés contre la tuberculose (%)	2000	88.8	63.5	82.0	93.0
Enfants vaccinés contre la rougeole (%)	1996	47.9	58.2	79.0	90.0
Insuffisance pondérale des moins de 5 ans (%)	1997	13.4	25.9	31.0	...
Apport journalier en calorie par habitant	1999	2 307	2 408	2 663	3 380
Dépenses publiques de santé par habitant (en % du PIB)	1998	2.6	3.3	1.8	6.3
Indicateurs d'Éducation					
Taux brut de scolarisation au (%)					
Primaire - Total	1998	70.0	80.7	100.7	102.3
Primaire - Filles	1998	63.0	73.4	94.5	101.9
Secondaire - Total	1997	15.9	29.3	50.9	99.5
Secondaire - Filles	1996	11.9	25.7	45.8	100.8
Personnel enseignant féminin au primaire (% du total)	1999	21.7	40.9	51.0	82.0
Analphabétisme des adultes - Total (%)	2001	61.7	37.7	26.6	1.2
Analphabétisme des adultes - Hommes (%)	2001	51.8	29.7	19.0	0.8
Analphabétisme des adultes - Femmes (%)	2001	71.3	46.8	34.2	1.6
Dépenses d'éducation en % du PIB	1998	3.4	3.5	3.9	5.9
Indicateurs d'Environnement					
Terres arables en % de la superficie totale	1999	11.6	6.0	9.9	11.6
Taux annuel de déforestation (%)	1995	0.7	0.7	0.4	-0.2
Taux annuel de reboisement (%)	1990	25.0	4.0
Emissions du CO2 par habitant (tonnes métriques)	1997	...	1.1	2.1	12.5



Source : Compilé par la Division Statistique à partir des Bases de Données de la BAD; ONUSIDA; Live Database de la Banque Mondiale et la Division Population des Nations U

Notes: n.a. Non Applicable

... Donnée Non Disponible

<p>3. Résultats</p> <p>3.1 : La couverture sanitaire en infrastructures est améliorée</p> <p>3.2 : L'état de santé des mères et des enfants est amélioré</p>	<p>3.1.1 : 1 hôpital régional , 1 centre régional de transfusion sanguine, 1 centre de santé secondaire, 1 centre de santé de référence et 14 postes de santé sont construits et équipés</p> <p>3.1.2 : Région médicale, 1 centre de dépistage volontaire et anonyme du VIH/SIDA, 1 centre régional de formation, sont construits et équipés et 1 pharmacie régionale d'approvisionnement est construite par le projet et équipée par la PNA</p> <p>3.1.3 : Le système de maintenance est décentralisé et opérationnel dans la région de Matam</p> <p>3.1.4 : Des prestations de services de qualité sont assurées par le personnel de santé</p> <p>3.2.1 : Le pourcentage des femmes ayant bénéficié d'une assistance a l'accouchement par un professionnel de la santé a augmenté de 30 % (Tamba) à 60% (moyenne nationale) en 2007</p> <p>3.2.2 : 100%des femmes en grossesse référées ont bénéficié de SOU</p> <p>3.2.3 : 100% des enfants ayant eu recours aux structures de santé ont bénéficié de la PCIME</p> <p>3.2.4 : La couverture vaccinale des enfants cibles augmenté à au moins 80%</p> <p>3.2.5 100% des femmes en SOU accessible aux activités de sécurité transfusionnelle</p>	<p>3.1.1.1 : Procès verbaux de réception des travaux, rapports de supervision du projet, revue à mi-parcours</p> <p>3.1.1.2 : Idem</p> <p>3.1.1.3 Idem et rapports de la DIEM</p> <p>3.1.1.4 Rapports du projet, SIGS, EDS, évaluation ex-post</p> <p>3.2.1.1 Idem et rapports de la Division SR</p> <p>3.2.1.2 Idem</p> <p>3.2.1.3 : Idem et rapports du programme PCIME</p> <p>3.2.1.4 : Données du SIGS Rapports d'activités du PEV, EDS</p> <p>3.2.5.1 Données du SNIS Rapport d'activités</p>	<p>3.1.1.1.1 Idem</p> <p>3.1.1.2.1 Idem</p> <p>3.1.1.3.1 Mise en place d'un système de maintenance et disponibilité du budget de l'Etat et de celui des collectivités</p> <p>3.1.1.4.1 Motivation du personnel</p> <p>3.2.1.1.1 Fréquentation des structures par les femmes est effective</p> <p>3.2.1.2.1 Idem</p> <p>3.2.1.3.1 Les enfants sont emmenés en consultation</p> <p>3.2.1.4.1 Idem et mobilisation des population</p> <p>3.2.5.1.1 Disponibilité des poches de sang</p>																																												
<p>4. Activités</p> <p>4.1 : Recrutement du personnel d'appui à la CAS/PNDS</p> <p>4.2 : Réalisation d'études techniques et travaux</p> <p>4.3 : Acquisition d'équipement technique, logistique, didactique, éducatif, produits pharmaceutiques et réactifs de laboratoire</p> <p>4.4 : Développement des activités de lutte contre la maladie y compris les IST/SIDA.</p> <p>4.5 Développement des activités d'amélioration des services de SR.</p> <p>4.6 Formation du personnel, activités communautaires, etc.</p> <p>4.7 Gestion du projet</p>	<p>Ressources budgétaires en millions UC</p> <table border="1" data-bbox="395 1429 863 1594"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Dev.</th> <th>ML</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(A) Biens</td> <td>2,79</td> <td>0,75</td> <td>3,55</td> </tr> <tr> <td>(B) Travaux</td> <td>2,49</td> <td>2,93</td> <td>5,42</td> </tr> <tr> <td>(C) Services</td> <td>3,64</td> <td>1,15</td> <td>4,78</td> </tr> <tr> <td>(D) Fonctio.</td> <td>0,28</td> <td>0,82</td> <td>1,10</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>9,20</td> <td>5,65</td> <td>14,85</td> </tr> </tbody> </table> <p>Plan de financement</p> <table border="1" data-bbox="395 1758 863 1904"> <thead> <tr> <th>SOURCES</th> <th>Devises</th> <th>M.L.</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FAD</td> <td>7,85</td> <td>2,15</td> <td>10,00</td> </tr> <tr> <td>Don/FAD</td> <td>1,35</td> <td>0,00-</td> <td>1,35</td> </tr> <tr> <td>Gouvernement</td> <td>-</td> <td>3,5</td> <td>3,50</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>9,20</td> <td>5,65</td> <td>14,85</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Dev.	ML	Total	(A) Biens	2,79	0,75	3,55	(B) Travaux	2,49	2,93	5,42	(C) Services	3,64	1,15	4,78	(D) Fonctio.	0,28	0,82	1,10	Total	9,20	5,65	14,85	SOURCES	Devises	M.L.	Total	FAD	7,85	2,15	10,00	Don/FAD	1,35	0,00-	1,35	Gouvernement	-	3,5	3,50	Total	9,20	5,65	14,85	<p>Moyens de vérification</p> <p>4.1.1 : Texte réglementaire</p> <p>4.1.2 :Rapports trimestriels d'avancement du projet par la CAS/PNDS</p> <p>4.3.1 :PV de réception</p> <p>4.4.1 : Rapports d'activités du projet et des programmes de santé</p> <p>4.5.1 :Modules de formation - Rapports de formation</p> <p>4.6.1 :Rapports d'activités Rapports de supervision</p> <p>4.7.1 :Rapports de supervision , etc.</p>	<p>4.1.1.1 : La contrepartie du Gouvernement est disponible</p> <p>4.1.2.1 : Idem</p> <p>4.3.1.1 : Idem</p> <p>4.4.1.1 Idem</p> <p>4.5.1.1 Idem</p> <p>4.6.1.1 Idem</p> <p>4.7.1.1 Idem</p>
Catégorie	Dev.	ML	Total																																												
(A) Biens	2,79	0,75	3,55																																												
(B) Travaux	2,49	2,93	5,42																																												
(C) Services	3,64	1,15	4,78																																												
(D) Fonctio.	0,28	0,82	1,10																																												
Total	9,20	5,65	14,85																																												
SOURCES	Devises	M.L.	Total																																												
FAD	7,85	2,15	10,00																																												
Don/FAD	1,35	0,00-	1,35																																												
Gouvernement	-	3,5	3,50																																												
Total	9,20	5,65	14,85																																												

1. ORIGINE ET HISTORIQUE DU PROJET

1.1 Le Sénégal (dont la carte administrative est jointe en annexe 1) compte une population de 9,5 millions dont 53,9% sont des enfants jeunes (0-17 ans) et 22,6%, des femmes en âge de procréer (15-49 ans). Environ 60% de la population sénégalaise vivent en zone rurale où la pauvreté est surtout localisée notamment au Centre, Sud et Nord Est du pays. En effet, l'incidence de la pauvreté varie en zone rurale entre 72% et 88 % alors qu'en zone urbaine, elle varie entre 44% et 59 %. Près de la moitié de la population n'a pas accès (dans un rayon moyen de 5 km) à un poste de santé et, sur 100 000 naissances vivantes, 510 femmes meurent. Afin de réduire l'incidence de la pauvreté et améliorer les indicateurs sociaux, la République du Sénégal a élaboré en avril 2002 son programme de réduction de la pauvreté dont la stratégie est axée sur les quatre points suivants : (i) la création des richesses (ii) le renforcement des capacités et la promotion des services sociaux de base, (iii) l'amélioration des conditions de vie des groupes vulnérables et (iv) un dispositif de mise en œuvre et de suivi-évaluation décentralisé et participatif. En effet le secteur santé est l'un des priorités du programme de réduction de la pauvreté tant au niveau national qu'au niveau des pays de l'Union Economique Ouest Africain (UEMOA).

1.2 Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention a élaboré, avec l'appui des autres partenaires au développement du secteur de la santé, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), sur 10 ans (PNDS 1998-2007) et un Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé et de l'Action Sociale (PDIS) pour une période de 5 ans (PDIS 1998-2002). Dans le cadre du PDIS, les différents partenaires interviennent sous forme de financements parallèles complémentaires et coordonnés par le Gouvernement. Un premier projet Santé I, financé par la Banque, est en cours d'exécution et prendra fin en décembre 2003. Le projet santé 1 a permis de renforcer la capacité des trois (3) régions de concentration (Tambacounda, Kaolack et Fatick) à prendre en charge les urgences obstétricales, à financer des activités de renforcement institutionnel tant au niveau régional que national et à développer un partenariat dynamique avec les ONGs et les associations. L'année 2003 est une année charnière entre la première et la deuxième phases du PNDS et sera mise à profit pour achever les activités programmées dans le PDIS, dont le taux de décaissement des financements est présentement d'environ 60%. La deuxième phase du PNDS (ou le deuxième programme quinquennal de santé) pour la période 2004-2008, sera préparée d'ici la fin 2003, conformément aux objectifs du plan national de développement sanitaire déjà existant.

1.3 C'est dans ce cadre que le Gouvernement a soumis à la Banque une requête officielle en novembre 2002, en vue du financement d'un deuxième projet santé qui rentre dans le cadre du deuxième programme de santé et se justifie pour les raisons suivantes : (i) le secteur santé constitue une priorité dans le cadre de la réduction de la pauvreté, du DSP de la Banque (2002-2004) et de l'atteinte des objectifs du millénaire ; (ii) l'importance des besoins dans le secteur de la santé qui enregistre des indicateurs alarmants ; (iii) la région de Matam nouvellement créée est parmi les zones les plus pauvres et est déficitaire en services de santé ; (iv) la seule intervention de la Banque entamée dans les régions de Kaolack, Fatick et Tambacounda doit être consolidée en vue de la continuité des activités, de la pérennité des acquis et de l'amélioration de l'état de santé des populations bénéficiaires. Afin de répondre aux attentes du Gouvernement, une mission de la Banque s'est rendue au Sénégal en novembre 2002 et ensuite en février 2003 pour préparer et évaluer le présent projet (santé II) qui rentre dans le cadre de la deuxième phase du PNDS (deuxième programme quinquennal de 2004-2008) qui est en conformité avec les orientations du DSRP, les priorités du

Document de Stratégie par pays de la Banque pour la période 2002-2004 (dont les interventions incluent deux projets sociaux à savoir le projet Education IV et le projet santé II, dont la plupart des activités concernent la nouvelle région de Matam) et les objectifs du Millenium dans le secteur de la santé qui vise (i) la réduction de la mortalité infantile ; (ii) l'amélioration de la santé maternelle ; (iii) le renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies. Le projet est conforme aux objectifs du PPTE dont les ressources allouées en 2002 (2 milliards de FCFA) ont été consacrées au recrutement du personnel par la contractualisation. A partir de 2003, les ressources ont été revues à la hausse et se situent aux environs de 6 milliards de FCFA et seront destinées à couvrir les dépenses de personnel, de travaux de génie civil, d'équipements, d'infrastructures sanitaires de base et de moyens d'évacuation adéquats. Le projet complétera enfin, les interventions d'une vingtaine de partenaires au développement sanitaire intervenant dans le secteur de la santé au Sénégal.

2. LE SECTEUR

2.1 Situation sanitaire

2.1.1 Le secteur de la santé au Sénégal est caractérisé par un taux de mortalité infanto-juvénile très élevé malgré une légère baisse de 1997 à 2002, période durant laquelle, il a diminué de 154 pour 1000 à 113 pour 1000. Les taux de mortalité maternelle et infantile sont respectivement de 510 pour 100 000 naissances vivantes et 70,1 pour mille. Au niveau des régions telles que Fatick et Tambacounda les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile sont encore plus élevés et sont respectivement 855 et 850 décès pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité infanto-juvénile est de 153,4 pour mille et 181,9 pour mille. Par rapport au milieu urbain, la mortalité infantile en milieu rural est de 1,4 fois plus élevée, la mortalité juvénile 2,6 fois et la mortalité infanto-juvénile plus de 2 fois. Le taux de mortalité infanto-juvénile reste très élevé du fait essentiellement du poids du paludisme (9% pour 45% de prévalence), des maladies diarrhéiques (21% pour une prévalence de 26%), de la malnutrition, des infections respiratoires aiguës (23% pour une prévalence de 6%) et de certaines maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination (PEV).

2.1.2 Environ 42% des enfants sont complètement vaccinés. L'indice synthétique de fécondité est de 5,7 enfants par femme et la prévalence contraceptive (méthodes modernes) est faible (6,6%). Environ 86% des femmes ont recours à des services de consultation prénatale pendant la grossesse. Par ailleurs en milieu urbain 83% des mères ont accouché dans une structure de santé tandis qu'en zone rurale ce taux est nettement plus faible et est de 32%. A ces problèmes s'ajoutent la précarité de la santé des adolescents, la persistance des endémies locales y compris les IST/SIDA (1,4% de prévalence) et la recrudescence des affections à longue durée. Ce faible taux de prévalence du VIH/SIDA s'explique par le fait que le Gouvernement, avec l'appui des partenaires, s'est très tôt lancé dans les activités de lutte contre la pandémie et a impliqué les communautés, les religieux, les adolescents, les femmes, les travailleurs du sexe, les ONG, etc. En outre le Sénégal a mis l'accent sur les activités préventives, l'approche sectorielle et communautaire, la recherche, la prise en charge des personnes infectées, etc. En matière d'indicateurs d'accessibilité géographique des structures de santé, le Sénégal est loin des normes de l'OMS. En effet le pays compte 1 poste de santé pour 11 500 habitants (norme OMS : 1/10 000), 1 centre de santé sur 175 000 habitants (norme : 1/50 000 habitants) et 1 hôpital sur 545 800 habitants (norme : 1/150 000). En outre il y a un manque de personnel qualifié (1 médecin sur 17 000 habitants ; 1 infirmier pour 8 700 habitants ; 1 sage femme pour 4 600 femmes en âge de procréer). A ces problèmes quantitatifs, il faudra ajouter les insuffisances qualitatives.

2.2 La politique du Gouvernement et le programme d'action du secteur

2.2.1 Le développement du secteur de la santé est une priorité du Gouvernement du Sénégal. C'est ainsi que le Gouvernement a élaboré une Déclaration de Politique de Santé et d'Action Sociale vers la fin de l'année 1989 et a entrepris depuis le début de 1990, une vaste réforme de son système de santé qui met l'accent entre autres sur le développement des soins de santé primaires et crée le « district » sanitaire qui devient une unité opérationnelle du système de santé. Depuis 1998, le Ministère de la Santé a élaboré une Lettre de Politique Sectorielle cadrant les priorités du secteur, un Plan National de Développement Sanitaire sur 10 ans (PNDS 1998-2007) et un Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé et de l'Action Sociale pour une période de 5 ans (PDIS 1998-2002), première phase du PNDS. Malgré les progrès réalisés dans le secteur qui se sont traduits par les réductions des différents taux de mortalité comme indiqué au paragraphe 2.1.1, le secteur présente toujours des insuffisances. Afin de faire face aux différents problèmes de santé, le Gouvernement a défini onze orientations stratégiques dans le PNDS dont les suivantes : (i) l'amélioration de l'accessibilité des services ; (ii) l'amélioration de la qualité des soins ; (iii) le développement des ressources humaines ; (iv) l'accroissement des performances des services de santé de la reproduction ; (v) le renforcement du contrôle des maladies endémiques et de la surveillance épidémiologique ; (vi) l'appui institutionnel au plan central, régional et de district. Conformément à ces orientations stratégiques, les objectifs du PDIS (1998-2002) sont axés sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile, de la mortalité maternelle, de l'indice synthétique de fécondité et sur l'amélioration du cadre de vie des familles démunies et leur accès aux services sociaux de base.

2.2.2 En 2002, le Gouvernement a élaboré son Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté dans lequel le secteur de la santé occupe une place de choix et dont les objectifs visent l'amélioration de l'état de santé des populations en général et en particulier celui des groupes les plus vulnérables. Le PDIS (1998-2002), exécuté selon une approche sectorielle et sur la base de financements parallèles des partenaires qui se complètent, tirant à sa fin, le Gouvernement a fait (en mars 2001) une évaluation à mi-parcours du programme, en vue d'en tirer des leçons pour la préparation du deuxième programme (2004-2008). Les conclusions de la revue ont mis l'accent sur la pertinence de l'approche programme, les aspects de coordination et de gestion financière, la perception de la qualité des services par les populations, etc. Une évaluation finale du PDIS ainsi que le processus d'élaboration du deuxième programme de santé seront entamés d'ici fin 2003.

2.3 Le cadre institutionnel et l'organisation du secteur

2.3.1 Le système de santé est sous forme pyramidale à trois niveaux : périphérique (district), régional (région médicale et hôpital régional) et central (MSHP, Centre hospitalier universitaire et hôpitaux nationaux). Le niveau périphérique, représenté par le district sanitaire (52 districts), est l'unité opérationnelle dont les activités sont animées par une équipe cadre et les structures sont des infrastructures communautaires (cases de santé et maternités), des postes de santé (809 PS) et des centres de santé (53 CS). Le niveau régional correspondant à la région médicale (11 régions médicales) qui est responsable de la bonne exécution de la politique de santé au niveau régional. Le Sénégal compte 14 hôpitaux régionaux et départementaux. Le niveau central comprend sept (7) hôpitaux nationaux (HN), le cabinet du Ministre dont la CAS/PNDS, les Directions nationales et les services rattachés. Par décret n° 2002-79, le MSHP a été réorganisé en vue d'une meilleure exécution de la mission qui lui est assignée. Il comporte les directions et services suivants : la Direction de la Santé (DS), la

Direction de la Prévention (DP), la Direction des Etablissements de Santé (DES), la Direction de l'Administration générale et de l'Equipeement (DAGE), la Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation (DERF) qui sera bientôt remplacée par une Direction des Ressources Humaines (DRH), la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM).

2.3.2 L'approvisionnement en médicaments des structures publiques et des ONG est assuré par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) devenue établissement public de santé autonome depuis 1999, grâce à la réforme pharmaceutique. Le ravitaillement des structures de santé au niveau régional est assuré pour le moment par cinq pharmacies régionales sur onze prévues. S'agissant de la maintenance du patrimoine sanitaire, elle est sous la responsabilité de la Division des Infrastructures, de l'Equipeement et de la Maintenance (DIEM/DAGE), avec du personnel limité aux niveaux national, régional et au niveau district. Au niveau du secteur non public (privé lucratif et non lucratif), environ 148 ONG sont actives dans le domaine des activités de la santé-population-sida. Au niveau du MSHP, la coordination des activités des ONG est assurée par la Direction de la prévention (DP). Au niveau du secteur privé lucratif, le Sénégal compte un minimum de 24 cliniques et 414 cabinets dont respectivement 17 et 278 dans la région de Dakar.

2.3.3 Concernant les collectivités locales, L'Etat, par la loi 96.07 du 22 mars 1996 et le décret d'application n° 96.1135 du 27 décembre 1996, leur confère une compétence en matière de (i) gestion des ressources humaines, matérielles et financières, (ii) construction, équipement, entretien et maintenance des infrastructures, (iii) mise en œuvre des mesures d'hygiène et de protection de l'environnement. Cependant, sur le terrain, l'appropriation par les collectivités locales, des compétences qui leur ont été conférées, n'est pas toujours effective à cause de la faiblesse de leurs ressources financières. Le Gouvernement et les partenaires au développement impliquent de plus en plus les collectivités dans la conception, la prise de décision, le financement et la gestion des activités de développement telles que celles de la santé.

2.4 Les ressources humaines

2.4.1 Le MSHP n'a pas encore défini une véritable politique de gestion des ressources humaines qui est une activité répartie entre plusieurs Directions (DAGE, DERF, DS, etc.). Il est prévu la création d'une Direction des Ressources Humaines, en remplacement de la DERF, afin de mieux faire face aux problèmes de ressources humaines. En mai 2001, la situation des effectifs dans le secteur de la santé (niveaux public et privé) est de 10 880 toutes catégories confondues, dont 40,9% (ou 4 450) du personnel pris en charge par l'Etat, 50,3% par les comités de santé, 4,9% par les collectivités locales et 3,9% par d'autres employeurs. Environ 49,6% des effectifs sont féminins. Le personnel est inégalement réparti à travers le pays, avec par exemple 34,9% dans la région de Dakar. Les normes en personnel sont de loin inférieures à celles recommandées par l'OMS, telles qu'indiquées au paragraphe 2.1.2.

2.4.2 L'enquête Identification Physique et Géographique du Personnel (IPGP) a fait état d'un déficit de 3 300 agents. Aussi, durant l'exécution du PDIS les engagements de l'Etat (250 agents par an) et des collectivités (150 agents par an) en matière de recrutement devraient être accrus de façon significative. Le personnel contractuel qui sera recruté pour pallier le déficit en ressources humaines, sera remplacé progressivement par du personnel étatique qui sera recruté annuellement. Un plan national de formation a été élaboré par le Gouvernement. La formation initiale du personnel est assurée par l'Université et l'ENDSS

tandis que la formation continue de longue durée est dispensée par l'Institut de santé et de développement (ISED) et le Centre africain d'études supérieures en gestion (CESAG).

2.5 Le financement du secteur de la santé

2.5.1 Le financement du secteur de la santé provient essentiellement de quatre sources : l'Etat, les collectivités locales, les populations et les partenaires au développement y compris les ONG. L'Etat, les partenaires au développement, les populations et les collectivités locales ont participé pour respectivement 44%, 44%, 8% et 4% au financement des coûts d'investissement et de fonctionnement du PDIS. Les ressources du PPTE allouées à la santé complètent le financement de l'Etat. En effet, l'Etat bénéficie annuellement dans le cadre du PPTE de 2 milliards de FCFA dont 1,5 milliard de FCA destiné à la motivation financière du personnel de santé et 0,5 milliard de FCA consacré à la contractualisation avec du personnel supplémentaire pour pallier le déficit en ressources humaines, sur une durée de cinq ans à compter de 2002. L'évolution du budget du MSHP de 1999 à 2003 est présentée au tableau 2.1.

Tableau 2.1

Evolution du budget de fonctionnement du Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la prévention (MSHP) et celui de l'Etat (en Milliards de FCFA)

Intitulé	1998	1999	2000	2001	2002
Fonctionnement Etat	267,00	296,60	295,75	373,90	419,70
Budget Fonctionnement Santé	19,66	23,21	23,66	26,10	30,91
% (MSP/Etat) Fonctionnement	7,4	7,9	8	8,50	9%

2.5.2 La contribution de l'Etat au budget de fonctionnement du secteur de la santé a augmenté de 1998 à 2002, conformément aux engagements par rapport au financement du PDIS. En effet l'Etat s'était engagé à accroître sa contribution d'au moins 0,5% annuellement jusqu'à atteindre 9% tel que préconisé par l'OMS. Au niveau de la revue des dépenses publiques, le Sénégal a effectivement respecté ses engagements en ce qui concerne l'allocation de 9% au secteur de la santé (2002-2003). Par ailleurs le secteur santé rentre dans le cadre moyen des dépenses publiques en ce sens que les ressources allouées au secteur ont été dépensées de façon rationnelle et efficiente.

2.6 L'intervention des autres bailleurs de fonds

2.6.1 Une vingtaine de partenaires au développement participe au financement du secteur et leurs interventions sont coordonnées par la CAS/PNDS qui veille scrupuleusement aux redondances des activités. Le Gouvernement organise régulièrement des rencontres avec les différents partenaires pour discuter de l'état d'avancement de leurs différentes interventions, des problèmes auxquels fait face le MSHP et ses différentes perspectives. L'intervention des principaux partenaires durant la période 1995-2007 est indiquée en annexe 2 du rapport d'évaluation qui montre que la plupart des interventions des partenaires s'achèvent en 2003 (fin du PDIS) et très peu ont des activités qui vont au delà de cette période. C'est le cas notamment de : (i) l'UE dont l'intervention prend fin en 2004, a ciblé les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA et le développement de la région sanitaire de la région de Saint Louis ; (ii) l'ONG norvégienne LHL qui interviendra jusqu'en 2007 dans le domaine de la

lutte contre la tuberculose et l'extension de la couverture sanitaire dans différentes régions dont celles de Fatick et Kaolack et ; (iii) l'USAID dont les interventions s'exécuteront jusqu'en 2006, finance des activités de santé de la reproduction, de suivi de l'enfant, de lutte contre les infections sexuellement transmises et de décentralisation des services au niveau d'une dizaine de régions et un appui institutionnel de certains services du MSHP.

2.6.2 En outre, la mission d'évaluation a discuté avec la Coopération belge qui est en train de préparer une importante intervention dans les régions de Fatick et Kaolack dont les activités (extension de la couverture sanitaire, amélioration de la qualité des soins, financements alternatifs plus équitables, motivation du personnel, organisation du système de soins, lutte contre le VIH/SIDA). Par ailleurs la BID intervient dans l'extension de la couverture sanitaire au niveau de la région de Tambacounda. La contribution des partenaires au financement du secteur de la santé est non négligeable et se fait sous forme de financements parallèles qui se complètent grâce à une bonne collaboration. Hormis les réunions initiées par le Gouvernement, les bailleurs de fonds du secteur de la santé, avec l'Union Européenne comme Chef de file, se rencontrent régulièrement sur des thèmes bien précis et collaborent de façon étroite. Par ailleurs, la Banque participera de façon plus régulière à cette coordination grâce au futur bureau régional qu'elle envisage d'ouvrir dans le pays. Dans le cadre de l'exécution de la deuxième phase du PNDS (deuxième programme de santé 2004-2008), certains partenaires continueront à faire des financements parallèles et d'autres envisageront un appui budgétaire. Au niveau du Gouvernement, rien n'est encore défini en ce qui concerne l'appui budgétaire. Aussi La revue annuelle conjointe sur le programme de santé, tenue en début février 2003, a recommandé à ce que d'ici 2004, le Gouvernement définisse un agenda en vue de la concrétisation de l'appui budgétaire.

2.7 Les contraintes du secteur de la santé

2.7.1 Les contraintes du secteur sont de quatre ordres : (i) les contraintes épidémiologiques ; (ii) les contraintes administratives et de gestion y compris celles des ressources humaines ; (iii) la faiblesse des ressources et ; iv) la faiblesse du système de la maintenance.

Contraintes épidémiologiques

2.7.2 La situation sanitaire au Sénégal est précaire et fortement influencée par le niveau élevé de pauvreté des populations. Les problèmes de santé de la reproduction se posent en termes de faiblesse dans la couverture sanitaire, de difficultés liées à l'accessibilité physique et financière des populations aux services de santé. La mortalité maternelle est très élevée avec un taux de 510 pour 100 000 naissances vivantes. La mobilisation des femmes autour des problèmes de santé de la reproduction et des problèmes de santé des enfants connaît des difficultés liées à leur faible représentativité au sein des structures communautaires et dans les centres de décision. Par ailleurs, comme indiqué aux paragraphes 2.1.1 et 2.1.2, les autres taux de morbidité et de mortalité sont très élevés.

Contraintes administratives et de gestion y compris celle des ressources humaines

2.7.3 La centralisation du processus gestionnaire et les contraintes liées aux ressources humaines affecteront les performances de l'exécution des activités de santé sur le terrain. Sa décentralisation effective devrait intervenir avec la formation des équipes régionales et de district aux méthodes et procédures de gestion décentralisée. Les collectivités locales et les comités de santé n'ont pas les compétences nécessaires pour assurer leurs fonctions

respectives dans la promotion de la santé communautaire de sorte que leurs interventions se limitent surtout à la participation au système de recouvrement de coûts. La supervision formative qui est essentielle dans la formation continue du personnel n'est pas non seulement une activité qui se déroule régulièrement mais qui ne s'exécute pas selon une technique et une méthode rigoureusement établies. Les régions médicales ne parviennent pas à accomplir leur mission d'appui technique aux districts à cause d'insuffisance dans la formation des équipes en gestion des services de santé et la faiblesse dans la coordination aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Cette situation est aggravée par l'insuffisance quantitative et qualitative en nombre de professionnels du secteur particulièrement notoire au niveau du district qui concentre la majeure partie des activités de santé.

Faiblesse des ressources financières

2.7.4 Malgré les efforts fournis par l'Etat au niveau du budget alloué au secteur de la santé, les ressources disponibles sont insuffisantes pour faire face au déficit en infrastructures sanitaires, la faible qualité des services, le manque de personnel, etc. En outre, le problème de la motivation du personnel demeure. Cependant l'Etat, avec l'appui de certains partenaires, initie le paiement de primes basées sur la performance, afin de mieux motiver le personnel.

Faiblesse du système de maintenance

2.7.5 La maintenance qui est essentielle pour assurer la pérennité des investissements n'est pas intégrée en tant que composante à part entière dans la politique de construction des infrastructures et d'acquisition des équipements aussi bien au niveau de l'Etat que des collectivités locales et des communautés. La politique nationale et la stratégie de maintenance ne sont pas encore élaborées. Aussi en attendant qu'elles le soient, l'Etat a défini des axes d'intervention lors de deux ateliers de réflexion tenus aux mois de février 2001 et 2003, avec l'appui du projet santé I. Des expériences positives d'appui à la maintenance au niveau décentralisé sont financées au niveau de certains districts (ex Pikine et Kolda) avec l'appui de la coopération allemande. Par ailleurs l'étude sous-régionale qui devrait être entreprise dans les pays de UEMOA avec le concours de la Banque à ce sujet, contribuera à l'amélioration de la situation. Sur la base des résultats des ateliers et expériences positives, la Banque, en collaboration avec les autres partenaires, appuiera le Gouvernement dans le processus d'élaboration d'une politique de maintenance d'ici fin 2005.

3. LES DOMAINES DU PROJET

Les domaines d'intervention que couvrira le projet sont les suivants : (i) le district sanitaire et le deuxième niveau de référence ; (ii) la santé de la reproduction et la lutte contre la maladie ; (iii) le système d'administration et de gestion du secteur de la santé.

3.1 Le district sanitaire et le deuxième niveau de référence

3.1.1 Le district sanitaire est caractérisé par l'insuffisance de centres de santé secondaires et de référence, les difficultés de transport et d'enclavement, l'insuffisance de qualification du personnel pour résoudre certains problèmes de santé tels que les problèmes chirurgicaux et le manque d'équipement approprié pour réaliser de tels actes. Ces insuffisances compromettent la crédibilité du personnel de santé et ne permettent pas d'assurer la prise en charge des activités de référence et de contre-référence. Les activités de soins curatifs accaparent l'essentiel des activités de l'équipe cadre de district au détriment des activités de prévention,

de promotion, de stratégie avancée et de supervision des postes de santé (les ECD y consacrent seulement 25% de leur temps). L'équipe cadre de district devrait bénéficier de l'appui technique de la région médicale, particulièrement en matière de planification et de formation, mais cette structure est soit confrontée aux mêmes problèmes d'insuffisance de personnel qualifié et de moyens de supervision, soit que la structure est inexistante comme à Matam.

3.1.2 Les comités de santé sont les organes chargés d'encadrer les activités communautaires. Cependant, leur efficacité est entravée par le mode de choix et d'adhésion des membres, leur fonctionnement, leur capacité limitée en matière d'identification et d'analyse des besoins ainsi que leur connaissance insuffisante des maladies et de leur prévention. Ces lacunes requièrent la réalisation à leur profit d'activités d'information, de sensibilisation, de formation et de supervision régulière de la part du personnel de santé et des ONG. Le poste de santé doit s'appuyer sur les structures à gestion communautaire pour la réalisation des activités de soins de santé primaires, de formation, d'IEC, et de mobilisation sociale. L'hôpital régional constitue le second niveau de référence pour les malades qui n'obtiennent pas de réponses satisfaisantes à leurs problèmes de santé spécifiques au niveau district. Pour ce faire, l'hôpital doit comporter un plateau technique adéquat et du personnel compétent pour y réaliser des activités médicales et chirurgicales de recours. La région de Matam, de création récente, n'en possède pas et donc les activités de deuxième référence ne s'y déroulent pas.

3.2 La santé de la reproduction et la lutte contre la maladie

Les principaux problèmes de santé relèvent principalement du domaine de la santé de la reproduction et des maladies de l'enfant, particulièrement le paludisme, auquel s'ajoute le problème spécifique du VIH/SIDA. La situation sanitaire est en effet caractérisée par une mortalité maternelle (510 décès pour 100 000 naissances vivantes au plan national contre 855 décès pour la région de Fatick et 850 dans la région de Tambacounda, zones du projet) et infanto-juvénile (171,2 pour mille en zone rurale contre 92,1 pour mille en zone urbaine contre respectivement 153,4 pour mille pour la région de Fatick, 194,5 pour mille pour la région de Kaolack, 181,9 pour mille pour la région de Tambacounda et 128,8 pour mille pour la région de Saint-Louis qui englobait l'actuelle région de Matam). Cette situation est particulièrement due à l'insuffisance de la couverture sanitaire et pour laquelle, selon une enquête, 40% des femmes se plaignent de l'éloignement des services de santé par rapport à leur lieu de résidence, 30% se plaignent de leur inexistence et 27% se plaignent de la non disponibilité de médicaments. A ces causes s'ajoute la faiblesse dans la couverture des activités spécifiques en matière de consultation prénatale (39,38% à Matam), d'assistance à l'accouchement (taux de couverture 40% au niveau national contre 28% à Matam). Pour ce qui est de la mortalité infanto-juvénile, la cause essentielle est l'extrême vulnérabilité des enfants due à la malnutrition chronique, aux maladies respiratoires aiguës, aux maladies diarrhéiques, au paludisme. La revue du PEV en 2000 a montré des taux faibles (55%) de couverture vaccinale des enfants de 0-11 mois. Pour faire face à cette situation, une stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) a été mise en œuvre.

3.3 Le système d'administration et de gestion du secteur

3.3.1 L'organisation de l'administration et la gestion du secteur sont présentées au paragraphe 2.3.1. En matière de supervision, les ICP ne sont pas régulièrement supervisés par les équipes-cadres des districts. L'irrégularité dans la supervision peut s'expliquer par l'insuffisance de formation des ECD en techniques et outils de supervision, au manque de

moyens logistiques et l'insuffisance de personnel polyvalent. Les ECD ne sont pas à leur tour, supervisées, de façon adéquate, par les équipes régionales pour les mêmes raisons. Au niveau central, des instances de coordination stratégique sont créées, telle la CAS/PNDS, pour assurer la coordination, le suivi et la supervision des activités du secteur.

3.3.2 Dans le domaine de l'approvisionnement des structures sanitaires en produits pharmaceutiques, la pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) est l'institution centrale chargée de cette activité. L'absence de pharmacie régionale dans certaines zones telles que Matam rend l'approvisionnement en médicaments particulièrement difficile dans ces localités. S'agissant des ressources humaines, afin de répondre à la demande de cadres intermédiaires, la stratégie de formation préconise la création de centres régionaux de formation. En outre, les activités de supervision formative contribuent à l'amélioration des performances du personnel sur le terrain. Concernant la maintenance des équipements et infrastructures, elle est confiée à la DIEM qui dispose de moyens limités.

4. LE PROJET

4.1 Conception et bien fondé

4.1.1 La conception et le bien fondé du projet durant les phases d'identification, de préparation et d'évaluation ont tenu compte des facteurs qui entravent l'accès des populations aux services de santé de base, particulièrement, celles des zones de pauvreté extrême, tout en accordant la priorité à l'accès des femmes et des enfants, qui constituent la couche la plus vulnérable. L'approche adoptée a été participative et a consisté, à travers des réunions de concertation au niveau du MEF, du MHSP, des partenaires au développement, des visites et échanges sur le terrain, à identifier les besoins de santé des populations, à procéder à l'analyse des problèmes qui en découlent et à visiter les sites d'implantation des structures de soins, d'administration et de gestion du secteur. Y ont été associés les bénéficiaires, les représentants des collectivités territoriales, les autorités sanitaires et administratives nationales, régionales et locales, la société civile et des partenaires au développement. Les localités visitées sont la ville de Matam, les zones de Kanel et Ranérou dans la région de Matam, les villes de Kaolack, Fatick, Tambacounda.

4.1.2 Le projet est en conformité avec les objectifs de la politique de réduction de la pauvreté, de la politique du Gouvernement et de la Banque en matière de santé et le DSP. Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) préconise la généralisation de l'accès aux services sociaux essentiels en accélérant la mise en place d'infrastructures de base pour renforcer le capital humain avant 2010. Le projet contribue en outre, à la réalisation des objectifs du Millénaire, en mettant l'accent sur les activités tendant à réduire la morbidité et la mortalité dues aux problèmes de santé de la reproduction, aux maladies infantiles et aux IST/VIH/SIDA. Tout en adoptant la stratégie d'extension de la couverture sanitaire par le développement des infrastructures de soins, le projet s'attache à améliorer la qualité des services afin de lutter efficacement contre la maladie (particulièrement les maladies de l'enfant) et contre les problèmes de santé de la reproduction y compris les IST/VIH/SIDA.

4.1.3 Le projet intègre les recommandations issues de l'évaluation à mi-parcours du PDIS qui ont mis l'accent sur la pertinence de l'approche sectorielle, les aspects de coordination et de gestion financière, la perception de la qualité des services par les populations, le problème des ressources humaines, le manque d'intégration des programmes de santé, la faible implication du secteur privé, des ONG et des autres ministères. Le processus d'élaboration de la seconde phase

d'exécution du PNDS, sera entamé au courant de 2003. Le projet intègre les observations et recommandations des autres partenaires au développement du secteur que la mission de préparation a rencontrés. Ces observations et recommandations mettent en évidence la lenteur dans le décaissement des ressources financières ainsi que les difficultés liées aux ressources humaines, particulièrement en ce qui concerne son utilisation dans les centres de santé, la faiblesse de la participation des communautés, la prédominance des activités de formation au détriment de celles de supervision.

4.1.4 Le projet prend également en compte les leçons préliminaires tirées du premier projet santé FAD (Projet Santé I), qui est en cours d'exécution dans les régions de Tambacounda, Fatick et Kaolack. Celui-ci a connu des retards dans son démarrage à cause du temps mis par le Gouvernement pour accomplir les conditions préalables à la mise en vigueur du crédit et au premier décaissement liés aux problèmes de caution bancaire exigée à l'AGETIP, à l'identification et à la confirmation de la disponibilité des terrains des sites (environ 80 sites éparpillés à travers quatre régions). L'acquisition des équipements, le suivi des ONG et des activités de formation confiés à l'UNICEF, a également connu des difficultés au niveau de la signature de la convention, pour incompréhension des règles de procédures de l'UNICEF en matière d'audit. Par ailleurs afin d'accélérer la mise en vigueur prochaine du projet et le démarrage rapide des activités, les conditions du prêt ont largement été discutées avec le Gouvernement lors de la mission d'évaluation.

4.1.5 Dans le cadre du présent projet, l'AGETIP aura donc à superviser et contrôler un nombre limité de bureaux d'études, d'entreprises et de structures de santé, ces dernières étant cette fois-ci concentrées dans seulement deux régions frontalières. L'AGETIP a accumulé de l'expérience dans le suivi de travaux similaires dans le cadre du premier projet. En outre, des plans et programmes architecturaux types sont disponibles pour ces genres de structures. Quant à l'UNICEF, ses responsabilités dans le cadre du présent projet ont été allégées et ne concernent que l'acquisition des équipements, les autres tâches (suivi des ONG et des activités de formation) ayant été transférées, dans le cadre de l'appropriation, aux services du MSHP afin de mieux impliquer ces derniers dans l'exécution du projet.

4.2 Les zones du projet et les bénéficiaires

Zones du projet

4.2.1 Le projet sera exécuté dans différentes régions en conformité avec les orientations définies dans le DRSP. Celles-ci privilégient les zones de pauvreté, déficitaires en infrastructures de santé. Les activités sanitaires concernent toutes les régions du projet à savoir Tambacounda, Kaolack et Fatick (zone du projet Santé I) et Matam. La priorité est donnée aux structures sanitaires de base (postes de santé et centres de santé secondaires) et aux structures de référence de premier niveau (centres de santé de référence) dans le cadre du système de santé de district. La région de Matam, qui est de création récente, concentre la partie la plus importante du volet relatif au génie civil, pendant que la région de Tambacounda bénéficie d'infrastructures de soins de base (postes de santé) dont elle est insuffisamment pourvue. Les caractéristiques physiques et socio-économiques de chacune des zones du projet sont indiquées en annexe du document d'exécution du projet.

Bénéficiaires du projet

4.2.2 Les populations des régions de Matam, de Tambacounda, de Kaolack et de Fatick sont les bénéficiaires directs des activités du projet. Le nombre d'habitants vivant dans ces régions est estimé à 350 750 pour la région de Matam, 506 000 pour la région de Tambacounda, 1 074 000 pour la région de Kaolack et 619 000 pour la région de Fatick, soit au total 2 549 375 habitants sur une population nationale de 9 500 000 habitants soit 26,84 %. Les femmes en âge de procréer qui représentent 574 000 sur un total d'environ 2 147 000 et 1,3 million de jeunes (1-17 ans) sur un total de 4 845 000 pour l'ensemble du pays, bénéficieront directement du projet. Les agents de santé du MSHP, en particulier ceux des régions cibles du projet ainsi que les communautés villageoises, les comités de santé et les ONG, bénéficieront des activités de renforcement des capacités financées par le projet. Indirectement les actions du projet seront bénéfiques à l'ensemble de la population sénégalaise dans la mesure où il apportera un appui institutionnel à l'ensemble du système de santé national grâce au renforcement de ses capacités, notamment en matière de développement des ressources humaines, de maintenance des investissements, de supervision et de coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les populations bénéficiaires sont en général de revenus faibles et sont actives dans les domaines de l'agriculture, l'élevage et du commerce.

4.3 Contexte stratégique du projet

4.3.1 La préparation du projet s'effectue au moment où le Sénégal vient d'élaborer son Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-2002) qui vise à amoindrir les différentes contraintes macro-économiques et sociales et dans le cadre des objectifs du Millénaire. Selon le rapport du développement humain publié par le PNUD, le Sénégal est loin d'atteindre les objectifs relatifs à l'éradication de la pauvreté extrême et la faim et à la réduction de 2/3 des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile. Cependant en ce qui concerne l'objectif relatif à l'accroissement de l'accessibilité des populations en eau potable, le Sénégal est sur la bonne voie. Au niveau de l'atteinte des objectifs en matière de la scolarisation au niveau primaire, le Sénégal réalise des résultats acceptables tandis que pour la scolarisation des filles, accuse du retard. Dans le cadre du PPTE, la stratégie du Gouvernement en matière de réduction de la pauvreté, donne la priorité aux secteurs sociaux. A cet égard, le Gouvernement s'attachera à consolider et à renforcer les programmes d'investissement social ; à mettre en place un système de suivi de l'impact des projets auprès des communautés de base ; à renforcer les capacités des organisations communautaires dans l'identification, la définition des priorités et l'exécution de leurs projets. Pour ce faire, les principes sont formulés préconisent la participation des bénéficiaires, l'implication des collectivités locales, des acteurs de la société civile et du secteur privé, l'équité en genre, l'adoption de procédures qui assurent à la fois la rapidité et la transparence dans les décaissements, la passation et l'exécution des marchés, la complémentarité et la synergie des interventions afin d'aboutir à leur optimisation.

4.3.2 Au plan social, le projet, qui s'inscrit dans le prolongement du projet Santé I financé par le FAD et qui est en cours d'exécution, continuera à appuyer la mise en œuvre du PNDS, particulièrement en renforçant la couverture sanitaire au niveau de la nouvelle région de Matam, déficitaire en services de santé et en finançant les activités de santé communautaire et de référence, en renforçant la participation communautaire et la « contractualisation » par le développement du partenariat basé sur les avantages comparatifs, avec les ONG, les privés et certaines institutions des Nations Unies dans des domaines tels que la maintenance, les acquisitions en matière d'équipement, le génie civil, la lutte contre le VIH/SIDA. Le

Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention a entrepris une restructuration de ses services en vue d'optimiser les résultats du PNDS.

4.4 Objectifs du projet

L'objectif sectoriel du projet est de contribuer à l'amélioration de la situation sanitaire de la population en général et en particulier, à celle de la mère et de l'enfant. Les objectifs spécifiques sont les suivants : (i) contribuer à l'amélioration de la couverture sanitaire et ; (ii) contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues surtout aux problèmes de santé de la reproduction, aux maladies infantiles courantes, au paludisme et aux IST/VIH/SIDA.

4.5 Description du projet

4.5.1 Pour atteindre les objectifs susvisés, le projet sera exécuté à travers trois composantes : (i) Renforcement de la couverture sanitaire ; (ii) Amélioration de la qualité des services de santé de la reproduction et lutte contre la maladie ; (iii) Gestion du projet.

Composante I : Renforcement de la couverture sanitaire

4.5.2 Cette composante concerne l'amélioration de la couverture en infrastructures sanitaires dans deux régions administratives (Matam et Tambacounda), au niveau du district, de l'hôpital régional et de l'administration sanitaire régionale. Le premier niveau d'intervention comporte, la construction, l'équipement de structures de santé périphériques dans les régions de Matam (districts de Ranérou et Kanel) et Tambacounda (district de Kanel). Le second niveau d'intervention comporte la construction et l'équipement d'1 hôpital régional à Matam. Le troisième niveau d'intervention comporte la construction et l'équipement de la région médicale de Matam y compris ses services annexes.

Services

4.5.3 La maîtrise d'ouvrage déléguée sera confiée à l'AGETIP qui réalisera, avec le concours de bureaux d'études qui seront recrutés, les études et la supervision des travaux de construction des différentes structures financées par le projet. Des services de consultants qui appuieront la DIEM (disposant de faibles ressources humaines) seront financés par le projet. Le projet financera en outre le développement d'une culture de la maintenance dans sa zone d'intervention à travers des activités de mobilisation sociale et d'organisation communautaire avec le concours des ONG. Le projet financera des bourses au niveau de la DIEM pour la formation de deux (2) ingénieurs biomédicaux durant un (1) an ; de quatre (4) techniciens biomédicaux pendant deux (2) ans et de deux (2) ingénieurs biomédicaux en gestion de la maintenance pendant un (1) an. Pour toutes les formations diplômantes, le MSHP exigera la signature d'un engagement triennal à travailler, à la fin de la formation, dans les structures de l'Etat (en priorité dans les zones du projet). Une copie de chaque engagement sera transmise à la Banque pour information.

Travaux

4.5.4 Le renforcement de la couverture sanitaire, concerne, en se basant sur les programmes architecturaux existants, la construction de huit (8) postes de santé et 1 CSR dans le département de Ranérou, 1 CCS à Kanel et six (6) dans le département de Kédougou (région

de Tambacounda), la construction d'un (1) hôpital régional d'une capacité de 80 lits à Matam, y compris les services essentiels et six logements pour le personnel et trois (3) studios pour les stagiaires spécialistes. L'hôpital régional de Matam sera construit en tenant compte de la complémentarité à observer avec les services existants au niveau de la structure hospitalière départementale de Ourosogui qui comporte des services de spécialité tels que ORL, ophtalmologie, dentisterie et chirurgie générale. Les noms des sites des postes de santé et le détail sur les services de l'hôpital sont inclus dans le document d'exécution du projet. L'Etat dotera ces structures de personnel nécessaire à leur bon fonctionnement.

4.5.5 Dans le cadre du renforcement du système d'administration régionale, le projet financera la construction et l'équipement d'une (1) région médicale, d'un (1) centre régional de formation à Matam et la construction d'une pharmacie régionale d'approvisionnement (PRA) à Matam. Dans le domaine de la maintenance, il sera construit à Matam, un service de maintenance à l'hôpital régional de Matam, un bureau régional de planification et d'appui technique à la maintenance au sein de la RM et d'une unité de maintenance au niveau des centres de santé de Ranérou et Kanel. Toutes ces infrastructures bénéficieront de raccordement aux réseaux d'eau et d'électricité. Des forages avec château d'eau de pompage et des panneaux solaires seront installés au niveau des structures à construire qui ne disposent pas de sources d'alimentation moderne.

Biens

4.5.6 Le projet dotera les structures à construire en équipements biomédicaux, mobilier et médicaments nécessaires à leur bon fonctionnement. Le projet procédera à l'acquisition de 31 motos tout terrain de 125 cm³ pour 15 postes de santé déjà existants (voir détail dans le document d'exécution), 14 PS et 2CS à construire dans les départements de Ranérou, de Kanel et Kédougou ; 3 (trois) ambulances 4x4 avec kits de matériels A et B pour les CS de Ranérou et de Kanel et l'hôpital régional de Matam ; 2 véhicules pick-up double cabine de supervision pour les centres de santé de Ranérou et de Kanel ; 2 véhicules tout terrain (1 pour l'hôpital régional de Matam et 1 pour la région médicale) ; 15 pirogues-ambulances et 2 vedettes motorisées pour les postes de santé insulaires de Ranérou, Dioffior, Foundiune, et Sokone. En outre, pour assurer la supervision des services de maintenance au niveau des districts, la DIEM sera dotée d'un véhicule 4x4.

4.5.7 Pour les besoins de conservation des vaccins, des produits sanguins et de certains types de médicaments, le projet procédera à l'achat du matériel de chaîne de froid destiné aux 14 PS de Ranérou et Kédougou, 2 CS de Ranérou et Kanel et la Région médicale de Matam. En outre le projet procédera à l'acquisition de matériel informatique et de photocopieuses pour treize districts, la région médicale de Fatick et l'hôpital régional de Matam. Dans le domaine de la maintenance, le projet financera, l'acquisition de matériel bureautique pour le compte de la DIEM et de la documentation technique sur la maintenance destinée à l'hôpital régional de Matam et aux centres de santé de Ranérou et Kanel. Le détail sur le type et le nombre d'équipements est inclus dans le document d'exécution. En outre, le projet financera, pour des besoins d'IEC, l'acquisition de kits de campagne de sensibilisation pour les trois centres de santé de Matam et la région médicale ; de kits d'outillage de maintenance et des groupes électrogènes pour les centres de santé de Ranérou, Kanel et l'hôpital régional de Matam. L'UNICEF assurera, sur la base d'un contrat de service (5% de frais administratifs), l'acquisition des équipements qu'elle va acquérir auprès d'UNIPAC qui procède à un appel d'offres au niveau international.

Fonctionnement

4.5.8 L'Etat à travers son budget assurera le fonctionnement des structures construites dans le cadre du projet (fonctionnement, charges courantes, indemnités du personnel, médicaments, etc.). Le projet appuiera partiellement, la prise en charge des frais de carburant et la maintenance des moyens logistiques acquis. Les comités de santé et les collectivités contribueront dans la limite de leurs possibilités, au financement des coûts de fonctionnement (salaires du personnel d'appui, frais d'entretien, prise en charge des réunions de comités de santé, etc.).

Composante II : Amélioration de la qualité des services de SR et lutte contre la maladie

4.5.9 Cette composante mettra l'accent, dans le domaine de la santé de la reproduction, sur les activités en faveur de la maternité à moindre risque grâce au renforcement des compétences des prestataires de services de santé de base pour développer les soins obstétricaux de base (SOB) et d'urgence (SOU), la prise en charge intégrée de l'enfant. En matière de lutte contre la maladie, l'accent sera mis sur la lutte contre le paludisme, les principales maladies de l'enfant et les IST/VIH/SIDA.

Santé de la reproduction

Biens

4.5.10 Le projet financera l'acquisition de kits d'accouchement pour matrones et accoucheuses traditionnelles (l'effectif par région est précisé dans le document d'exécution). Dans le cadre des SOU, le projet financera l'acquisition d'équipements biomédicaux pour les besoins de formation des médecins compétents en Soins obstétricaux d'Urgence (SOU) au niveau de la CGO.

Services

4.5.11 Le renforcement des compétences des matrones, des accoucheuses traditionnelles par les ICP avec le concours des ECD et de certaines ONG, à l'assistance à la grossesse, à l'accouchement et au nouveau-né, se déroulera sous forme d'ateliers au niveau des postes de santé. Cette formation comportera le suivi des femmes enceintes, l'accouchement normal, le suivi du nourrisson, la distribution à base communautaire de contraceptifs, de chloroquine, du fer, du paracétamol, des sachets de réhydratation par voie orale (SRO), l'allaitement maternel exclusif pour lutter contre la malnutrition de l'enfant, promotion des bonnes habitudes alimentaires de l'enfant et de la femme enceinte, (d'autres partenaires financent la distribution de micronutriments, les centres de récupération nutritionnelle et les autres activités de malnutrition), l'IEC relative à la planification familiale, aux consultations prénatales et postnatales, aux IST/VIH/SIDA), etc.

4.5.12 En soins obstétricaux de base (SOB), une trentaine de sages-femmes et 273 ICP seront formés dans différents domaines de la santé de la reproduction (SR). La formation d'une dizaine de médecins en leadership en maternité à moindre risque, la formation d'une centaine d'ICP (en SOU, gestion de la logistique en SR, utilisation du guide de formation des matrones), la tenue d'un atelier régional pour les ECD et ECR sur la surveillance épidémiologique et la gestion des épidémies seront financées par le projet. En matière de soins obstétricaux d'urgence (SOU), le projet financera la formation d'équipes de districts

sanitaires «compétentes SOU». Il s'agit de former en 8 mois à la clinique gynéco-obstétrique (CGO) de Dakar, huit (8) médecins huit en gynéco-obstétrique à raison de deux (2) à Ranérou, deux (2) du projet Santé I, deux (2) pour parer aux déperditions et deux (2) pour le département de Bakel ; huit (8) anesthésistes en 5 mois ; huit (8) aides opérateurs (8) en 5 mois; huit (8) instrumentistes en 2 mois et de trente (30) sages-femmes (18 pour les districts des 4 régions, 4 au niveau de l'HR et 8 pour la CGO) en échographie en 3 mois.

4.5.13 La formation des équipes « compétentes SOU » sera confiée à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie dans le cadre d'un contrat de prestation de services. Les indemnités des stagiaires spécialistes ainsi que leurs frais de transport seront pris en charge par le projet. Le projet financera, pour le compte de la DS, un atelier d'élaboration d'un recueil d'indicateurs de suivi des districts et un atelier de formation des comités de gestion. Au niveau national, le projet octroiera des bourses de formation de longue durée pour six (6) médecins en CES de gynéco-obstétrique, deux (2) médecins en CES de chirurgie générale, cinq (5) techniciens supérieurs en biologie et cinq (5) techniciens supérieurs en anesthésie-réanimation.

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et paludisme

Services

4.5.14 Les formations à la PCIME seront financées par le projet. Elles seront organisées en 26 ateliers (20 participants par atelier) à l'intention des ICP, ECD et ONG pour les régions ciblées par le projet. Les relais (700) seront formés par les ONG en rapport avec les OCB, à la PCIME communautaire. Dans le domaine de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), le projet financera des ateliers de formation en PCIME initiale de 80 enseignants de l'Université de Dakar et de l'école nationale de développement sanitaire et social (ENDSS).

Biens

4.5.15 Le projet financera la création de trois (3) points d'imprégnation au niveau de l'aire de responsabilité de chaque district, la multiplication et la distribution de guides et fiches au niveau district pour le monitoring, pour la prise en charge et la prévention du paludisme au niveau communautaire. En outre, il sera acquis du matériel informatique et didactique destinés à l'Ecole nationale de développement sanitaire et sociale (ENDSS) en vue des activités de formation en PCIME

IST/VIH/SIDA

Services

4.5.16 Le projet financera la maîtrise d'ouvrage déléguée à l'AGETIP les études de supervision des travaux du CDAV et du CRTS, les missions de contrôle des ouvrages réalisés, les études de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA, les études de prise en charge des orphelins du SIDA, les études de prévalence des IST/VIH/SIDA dans la région de Matam. Le projet renforcera l'approche multisectorielle de lutte contre la pandémie à travers la réalisation d'activités de prévention du VIH/SIDA/IST avec le concours des ONG, grâce à l'intensification des activités d'IEC et d'approche par pairs-éducateurs dans les centres d'écoute/conseil existants ainsi que de la prise en charge communautaire des personnes

infectées et affectées. A cet effet les activités des ONG et la formation de pairs-éducateurs sur les méthodes de prévention, grâce à l'organisation d'ateliers au niveau des centres d'écoute/conseil, seront financées.

4.5.17 Quatre ONG (une par région) seront recrutées pour exécuter les activités communautaires décrites au niveau de toutes les composantes, qui seront financées sur le don. Les ONG interviendront par exemple dans la formation des organisations communautaires de base (associations, groupements de femmes et relais) dans différents domaines tels que la prévention des principales maladies y compris les IST/VIH/SIDA, les règles d'hygiène, la méthode accélérée de recherche participative (MARF) et autres méthodes participatives, des activités d'IEC/CCC et de mobilisation sociale, le genre, etc. Le but est de les rendre performantes ces OCB et d'assurer une collaboration efficace entre les services officiels et les services traditionnels de santé afin de créer la complémentarité nécessaire entre la gamme de soins de base offerts à l'ensemble de la population par les structures de santé et les activités spécifiques réalisées au sein de la communauté.

Travaux

4.5.18 Dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA, le projet financera la construction d'un centre de dépistage anonyme et volontaire (CDAV) et d'un centre régional de transfusion sanguine à Matam.

Biens

4.5.19 Le projet financera l'équipement d'un centre de dépistage anonyme et volontaire, des centres d'écoute et du centre régional de transfusion sanguine.

Supervision formative

4.5.20 Le projet financera les activités de supervision formative afin d'assurer une meilleure exécution du projet. Il s'agit dans les régions de Matam, Tambacounda, Kaolack et Fatick, des activités de supervision trimestrielle du niveau régional au niveau district ; celles bimensuelles du niveau district au niveau des postes de santé et celles mensuelles du niveau poste de santé et communautaire, ainsi que des activités de supervision de la Faculté de Médecine au niveau de l'encadrement des stagiaires.

Composante III : Gestion du projet

4.5.21 L'équipe (y compris le coordonnateur du projet) de CAS/PNDS (agence d'exécution) sera appuyée dans le cadre de l'exécution du présent projet d'un comptable, d'un spécialiste en passation des marchés (poste existant) pris en charge par l'IDA, d'une secrétaire et de deux chauffeurs. Selon la procédure de contractualisation, l'UNICEF exécute le marché des acquisitions des équipements, l'AGETIP celui des travaux de génie civil en tant que maître d'ouvrage délégué, la Faculté de Médecine et de Pharmacie forme les médecins en SOU et les ONG interviennent à travers les OCB.

Biens

4.5.22 Le projet complètera le mobilier, l'équipement de bureau et le matériel informatique de la CAS/PNDS, acquis dans le cadre du premier projet santé. Il financera l'acquisition d'un

véhicule 4x4 tout terrain pour les activités de supervision et un véhicule de liaison. Afin de renforcer la Direction de la prévention chargée du suivi des ONG, le projet procédera à l'acquisition de matériel informatique et d'un véhicule 4X4.

Services

4.5.23 Le projet financera l'audit des comptes du projet, des consultations pour l'évaluation ex ante et ex post, des ateliers de revue à mi-parcours et de restitution des acquis du projet, l'élaboration du rapport d'achèvement du projet, le suivi environnemental, etc. Un système comptable et un manuel de procédures comptables sont déjà mis en place au sein de la CAS/PNDS. Une dotation sera disponible pour des missions de consultation à la carte dans différents domaines tels que la maintenance (élaboration d'une politique de maintenance, appui à la gestion du projet, etc.). Le projet prendra en charge les indemnités du coordonnateur du projet, du comptable ainsi que les activités de supervision trimestrielle sur le terrain du coordonnateur, des autres membres de la CAS/PNDS et des autres directions centrales concernées par le projet.

Fonctionnement

4.5.24 Le projet financera les activités de coordination trimestrielle, bimensuelle et mensuelle respectivement au niveau régional, district et communautaire dans les régions ciblées. Le projet participera partiellement au financement des frais de fonctionnement (carburant, fournitures, etc.) en faveur des régions médicales de Matam, Tambacounda, Kaolack et Fatick en vue d'une meilleure exécution et coordination des activités du projet ainsi que des supervisions formatives. D'autres actions seront prises en charge par le projet telles que les indemnités du personnel de soutien (1 secrétaire et (2) chauffeurs), les indemnités mensuelles des médecins-chefs de région et de districts des quatre (4) régions ciblées, impliqués dans l'exécution et le suivi des activités du projet, les assurances des véhicules, les frais d'entretien et de maintenance des véhicules et du matériel informatique, d'électricité, de carburant et de fournitures de bureau pour la CAS/PNDS et des services du MSHP concernés par le projet. Le projet contribuera au financement des réunions annuelles du programme de santé, les réunions trimestrielles du comité interne de suivi du programme de santé, les réunions trimestrielles du comité de pilotage du projet ainsi que les missions de déplacement de la coordination du projet au siège une fois par an pour deux personnes.

4.6 Impact environnemental

4.6.1 Le projet est classé dans la catégorie environnementale II. Les activités mises en comportent des impacts environnementaux. Les mesures d'hygiène et d'assainissement au niveau des communautés et mises en relief par les ONG dans l'exécution des activités d'IEC, comportent tous les aspects préventifs liés à la lutte contre la maladie notamment, l'hygiène, la propreté de l'environnement, la lutte contre le paludisme et les maladies diarrhéiques, l'élimination des déchets ménagers solides, etc.

4.6.2 Le projet comporte un important volet de construction dont l'exécution aura également un impact sur l'environnement. Cependant l'AGETIP qui assure la maîtrise d'ouvrage déléguée veillera à ce que les dossiers d'appel d'offres des travaux et les contrats avec les entreprises comportent des clauses qui précisent que les travaux devront se faire conformément aux différentes mesures requises en matière environnementale et en fonction des caractéristiques physiques des sites. Les bureaux d'études et les entreprises respecteront

les règles de respect de l'environnement dans le domaine de l'assainissement et prévoieront des dispositions pour éviter les problèmes d'érosion et de stagnation des eaux de pluie. Le traitement des déchets résultant des activités sanitaires se fera au moyen d'incinérateurs installés à cet effet. Les comités de santé et les organisations communautaires de base seront sensibilisées sur les règles environnementales et sur la nécessité de planter des arbres au niveau des sites sélectionnés pour la construction des infrastructures sanitaires. En outre les comités chargés des aspects environnementaux au niveau des collectivités locales veilleront aux aspects environnementaux au niveau de ces structures de santé et pourront assurer le suivi environnemental, avec les comités de santé et du personnel de santé. L'annexe 3 ci-jointe fournit des détails sur les dispositions environnementales du projet.

4.6.3 Un certain nombre d'avantages sur le plan environnemental sont à attendre de l'exécution du projet, notamment la prise en compte de thèmes sur l'hygiène environnementale dans les programmes de formation et de recyclage des ASC, des matrones et des membres des comités de santé. De plus, les activités d'IEC menées par les ONG, les OCB, les ASC et le personnel de santé en stratégies avancées accorderont une grande importance aux aspects d'hygiène environnementale. Le projet complétera l'intervention du Fonds Nordique qui envisage de doter la plupart des structures de santé du pays d'incinérateurs et d'équipements de stérilisation.

4.7 Coûts du projet

4.7.1 Le coût total du projet hors taxe hors douane est évalué à 14,85 millions d'UC, dont 9,20 millions d'UC en devises (62% du coût total du projet) et 5,65 millions d'UC en monnaie locale (38%). Une provision de 0,53 million d'UC soit environ 3,6% du coût total du projet et une hausse des prix de 4% (correspondant au taux d'inflation de 2003) ont été intégrées. L'estimation des coûts a été établie au cours des missions de préparation et d'évaluation à partir d'informations recueillies auprès des Ministères de la santé (surtout au niveau de la CAS/PNDS), de l'hygiène et de la prévention, de l'Economie et des finances. Les tableaux 4.1 et 4.2 résument les coûts du projet par composante et par catégorie de dépenses.

Tableau 4.1 : Coût du projet par composante

COMPOSANTES	Millions FCFA			Millions UC			% C.T.
	Devises	M.L.	Total	Devises	M.L.	Total	
1. Renforcement de la couverture sanitaire	4 395	2 984	7 379	5,27	3,58	8,85	59,6%
Amélioration qualité des services de SR et lutte contre la maladie	2 159	663	2 822	2,59	0,80	3,38	22,8%
3. Gestion du projet	278	600	878	0,33	0,72	1,05	7,1%
Coût de base total	6 832	4 247	11 080	8,19	5,09	13,28	89,5%
Aléas physiques	273	170	443	0,33	0,20	0,53	3,5%
Hausse des prix	567	295	862	0,68	0,35	1,03	7,0%
Total	7 673	4 712	12 385	9,20	5,65	14,85	100%

Tableau 4.2 : Coûts du projet par catégorie de dépenses

CATEGORIES DE DEPENSES	Millions FCFA			Millions UC			% C.T.
	Devises	M.L.	Total	Devises	M.L.	Total	
A. Biens	2 062	579	2 640	2,47	0,69	3,17	21,3%
B. Travaux	1 897	2 227	4 124	2,27	2,67	4,94	33,3%
C. Services	2 669	841	3 509	3,20	1,01	4,21	28,3%
D. Fonctionnement	205	601	806	0,25	0,72	0,97	6,5%
Coût de base total	6 832	4 247	11 080	8,19	5,09	13,28	89,5%
Aléas physiques	273	170	443	0,33	0,20	0,53	3,5%
Hausse des prix	567	295	862	0,68	0,35	1,03	7,0%
Total	7 673	4 712	12 385	9,20	5,65	14,85	100%

4.7.2 Le projet sera financé conjointement par le prêt FAD, le Don FAD et le Gouvernement comme indiqué dans les tableaux 4.3 et 4.4 ci-après :

Tableau 4.3 : Coûts du projet par composante et par source de financement
(en millions d'UC)

COMPOSANTES	FAD			DON	Gouv.	Total			%
	Devises	M.L.	Total	Devises	M.L.	Devises	M.L.	total	Comp
1. Renforcement de la couverture sanitaire	5,88	0,74	6,62	0,00	3,19	5,88	3,93	9,81	66%
2. Amélioration qualité des services de SR et lutte contre la maladie	1,59	0,85	2,44	1,35	0,06	2,94	0,90	3,84	26%
3. Gestion du projet	0,38	0,57	0,94	0,00	0,25	0,38	0,82	1,19	8%
Total	7,85	2,15	10,00	1,35	3,499	9,20	5,65	14,85	100%

Tableau 4.4 : Coût du projet par catégorie de dépenses et par source de financement
(en millions d'UC)

CATEGORIES DE DEPENSES	FAD			DON	Gouv.	TOTAL			%
	Devises	M.L.	Total	Devises	M.L.	Devises	M.L.	total	cat.
A. Biens	2,79	0,67	3,46	0,00	0,09	2,79	0,75	3,55	23,9%
B. Travaux	2,49	0,00	2,49	0,00	2,93	2,49	2,93	5,42	36,5%
C. Services	2,29	1,15	3,44	1,35	0,00	3,64	1,15	4,78	32,2%
D. Fonctionnement	0,28	0,34	0,61	0,00	0,48	0,28	0,82	1,10	7,4%
Total	7,85	2,15	10,00	1,35	3,50	9,20	5,65	14,85	100,0%

4.8 Sources de financement et calendrier des dépenses

4.8.1 L'exécution du projet se déroulera sur une période de 5 ans conformément à la liste des biens et services présentée en annexe 4 et au calendrier des dépenses par catégorie, présenté au tableau 4.5 ci-dessous :

Tableau 4.5 : Calendrier des dépenses par catégorie
(en millions d'UC)

CATEGORIES DE DEPENSES	2004	2005	2006	2007	2008	Total
	A. Biens	0,95	1,12	0,52	0,55	0,40
B Travaux	2,38	1,98	0,86	0,20	0,00	5,42
C. Services	0,70	1,12	1,06	1,11	0,80	4,79
D. Fonctionnement	0,21	0,21	0,22	0,23	0,23	1,10
Total	4,24	4,43	2,66	2,09	1,44	14,85
	29%	30%	17%	14%	10%	

4.8.2 Les contributions du prêt FAD et du don sont respectivement de 10 et 1,35 millions d'UC, elles représentent 76,43% du coût total du projet, soit 100% des coûts en devises et 38% des coûts en monnaie locale. Le Gouvernement participera avec 3,5 millions d'UC (31% pour le prêt FAD et 5% pour le don) qui financeront 62% des coûts en monnaie locale. Les ressources du FAD financeront toutes les catégories tandis que celles du don FAD financeront une partie de la catégorie «Services» précisément les activités exécutées par les ONG, notamment les activités d'IEC de lutte contre la maladie y compris les IST/VIH/SIDA, le renforcement des capacités des organisations communautaires, etc. Les ressources de la contrepartie seront utilisées pour financer 54% des coûts des travaux de construction, 2,5%

de la catégorie « Biens » pour l'acquisition de véhicules et 43% des coûts de fonctionnement. Les tableaux 4.6 et 4.7 ci-dessous résument le calendrier des dépenses et les coûts du projet par source de financement:

Tableau 4.6 : Calendrier des dépenses par source de financement
(en millions d'UC)

SOURCES/ANNEE	2004	2005	2006	2007	2008	Total
FAD	2,69	2,96	1,77	1,53	1,05	10,00
DON	0,13	0,26	0,33	0,34	0,28	1,35
GOUVERNEMENT	1,42	1,21	0,56	0,21	0,10	3,50
Total	4,24	4,43	2,66	2,09	1,44	14,85

Tableau 4.7 : Coût du projet par source de financement
(en millions d'UC)

SOURCES	Total	%1
FAD	10,00	67
DON	1,35	9,5
GOUVERNEMENT (dont prêt FAD 3,45 et Don 0,07)	3,5	23,5
Total	14,85	100

5. EXECUTION DU PROJET

5.1 Agence d'exécution

5.1.1 La Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS (CAS/PNDS), créée depuis 1998 et rattachée au Cabinet du MSHP et qui fut responsable de la préparation du PNDS, est chargée du suivi de son exécution et de la coordination des activités des principaux bailleurs de fonds y compris celles financées par le FAD. La cellule localisée à Dakar, dans des locaux fournis par le MSHP comprend une équipe légère de quatre cadres de la santé, à savoir deux médecins, un économiste de la santé et une planificatrice qui est la coordonnatrice nationale du Projet Santé I. Les performances de l'équipe de la CAS/PNDS ont été jugées satisfaisantes par le Gouvernement et la Banque. En mars 2003, les tâches de l'équipe de la Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS ont été révisées en vue d'une meilleure clarification des tâches entre les experts. En effet chaque cadre, en plus de ses termes de référence, s'occupe du suivi des interventions d'un certain nombre de partenaires. Le Gouvernement et la Banque ont jugé utiles de reconduire la Cellule d'appui et de suivi du PNDS, car satisfaits de leurs performances qui se sont traduites, entre autres, par le fait que les deux années de retard de démarrage du projet santé I sont entrain d'être résorbées. L'équipe du projet sera assistée d'un Spécialiste en passation de marché (dont le poste existait) qui sera pris en charge par IDA. Prendront également part à la gestion du projet, les Médecins Chefs de Régions et de districts des zones du projet qui assureront respectivement les rôles de coordonnateurs régionaux et de districts du projet.

5.1.2 En outre, le projet santé I a impulsé un effet d'entraînement auprès des autres partenaires au développement du secteur, notamment l'IDA, le FNUAP et l'UNICEF qui viennent en complémentarité aux aspects de la santé de la reproduction et d'approche communautaire de la santé préventive. Le personnel d'appui sera composé d'une secrétaire et de deux chauffeurs. Etant donné que la CAS/PNDS est composée d'une équipe légère, les services de structures spécialisées et expérimentées pour la réalisation des différentes activités du projet (AGETIP,

UNICEF, ONG, CHU) seront requis. L'organigramme de la structure de mise en œuvre du projet se trouve en annexe 5. Par ailleurs, les termes de référence de ces intervenants et ceux du personnel du projet se trouvent dans le document d'exécution du projet.

5.2 Dispositions institutionnelles

5.2.1 La mise en œuvre du projet sera assurée par la CAS/PNDS, et les intervenants spécialisés suivants : i) l'AGETIP en tant que maître d'ouvrage délégué, ii) l'UNICEF comme partenaire pour le volet équipements, iii) des ONG responsables des activités communautaires de base et iv) la Faculté de médecine et de pharmacie chargée de la formation des médecins en compétent SOU, des instrumentistes, des anesthésistes, des aide-opérateurs et des sages femmes en échographie et de la supervision des équipes SOU. Par ailleurs les directions techniques du MSHP interviendront dans l'exécution des activités du projet selon leurs domaines d'expertise.

CAS/PNDS

5.2.2 Les principales missions de la CAS/PNDS sont les suivantes : i) coordonner l'intervention des bailleurs de fonds et des ONG, ii) organiser les revues annuelles conjointes de bilan et de reprogrammation, iii) assister les niveaux central et régional dans l'élaboration des plans d'opération annuels et établir des rapports d'activités périodiques. Le coordonnateur national du projet santé II, membre de la CAS/PNDS est chargée de ; (i) assurer la liaison avec la Banque ; (ii) coordonner et superviser l'ensemble des activités, des interventions ainsi que des intervenants dans le cadre du projet ; (iii) assurer la gestion administrative, superviser la gestion financière du projet et suivre la passation des marchés ; (iv) suivre l'élaboration des dossiers d'appel d'offres relatifs au mobilier et équipement non biomédical ; (v) contrôler et transmettre au FAD les demandes de décaissements ; (vi) rédiger et transmettre au FAD les rapports trimestriels et annuels d'activités et ; (vii) élaborer des critères de performances pour les différents partenaires techniques du projet.

La DAGE

5.2.3 La Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE) est responsable de la gestion financière du programme et de la passation des marchés. Elle est chargée de la mise à disposition à temps des fonds de contrepartie en vue de l'exécution rapide des activités du projet.

SUIVI ET COORDINATION

5.2.4 Le suivi et la coordination du projet sont réalisés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire à travers les réunions de suivi et de coordination du programme de santé (concernant tous les bailleurs de fonds) des structures techniques de coordination existant déjà au niveau des structures centrales, régionales et locales et le comité de pilotage du projet.

5.2.5 La réunion annuelle conjointe (RAC) et le comité interne de suivi concernent tout le programme de santé y compris le projet. La RAC est l'instance suprême de coordination du programme global de santé y compris l'intervention de la Banque. Placée sous la présidence conjointe du ministre de la santé, de l'hygiène et de la prévention et celui de l'économie et des finances, la RAC a lieu au courant du dernier trimestre de l'année. Y participent les partenaires au développement, les autorités administratives et les représentants du Gouvernement des secteurs concernés, les représentants des collectivités locales et les ONG.

Le comité interne de suivi, placé sous la présidence du Ministre de la santé, de l'hygiène et de la prévention et composé des représentants des partenaires au développement, des ministères des finances, chargé de la décentralisation, des services techniques et des régions médicales du ministère de la santé et de la prévention, se réunira trimestriellement pour examiner l'état d'avancement du programme de santé, les problèmes rencontrés et prendre les décisions s'y rapportant sur la base du rapport de synthèse de la CAS/PNDS élaboré à partir des rapports trimestriels d'exécution du programme établis par les directions, services et régions médicales.

5.2.6 Le comité de pilotage, qui existait de façon informelle dans le cadre du premier projet, sera chargé de la coordination des activités du projet et sera composé de représentants des structures suivantes : la CAS/PNDS (2) qui jouera le rôle de président et la DAGE (2) celui de secrétariat, la Direction de la Santé (2), la Direction de la Prévention (2), la Direction chargée de la formation (1), le Ministère de l'Economie et des Finances (2), les quatre (4) médecins chefs de régions de Matam, Tambacounda, Kaolack et Fatick. Il se réunit une fois par trimestre pour faire le point sur l'état d'avancement physique et financier du projet, les difficultés rencontrées et les mesures correctives à y apporter, les performances de la CAS/PNDS et des autres partenaires techniques du projet, etc. La CAS/PNDS, fera appel au besoin, à d'autres services du MSHP en vue de leur participation ponctuelle aux réunions du comité de pilotage. En outre la CAS/PNDS tiendra des réunions périodiques avec les partenaires techniques du projet et les principales conclusions de ces réunions seront discutées au sein du Comité de pilotage.

5.2.7 La réunion de coordination trimestrielle au niveau régional (déjà instaurée en vue de la coordination de toutes les activités de santé) regroupe, sous la présidence du médecin-chef, l'équipe cadre de région, les médecins de district, les comités de santé (représentants des populations bénéficiaires), les ONG et les collectivités locales. La réunion de coordination mensuelle déjà existante au niveau district regroupe, sous la présidence du médecin-chef de district, l'équipe cadre de district, les ONG, les comités de santé et les collectivités locales. La coordination locale se réunit mensuellement et regroupe les membres du comité de santé et les ONG sous la présidence de l'infirmier chef de poste de santé. Le projet appuiera le financement des activités de coordination et d'appui institutionnel aux niveaux régional, district et local.

PARTENAIRES DU PROJET

5.2.8 L'AGETIP Sénégal, maître d'ouvrage délégué, interviendra sur la base d'une convention signée avec le Gouvernement et sera chargée de gérer les études et les travaux de génie civil, domaine dans lequel elle a un avantage comparatif. Elle agira sous la supervision du coordonnateur national du projet et la DIEM sera son interlocuteur technique. En effet, L'AGETIP possède une longue expérience positive d'une vingtaine d'années. En outre, elle dispose de capacités humaines et financières suffisantes pour assurer son rôle de maîtrise d'ouvrage déléguée dans l'étude, l'exécution et le suivi des travaux de cette envergure. Elle dispose également d'un bon fichier de bureaux d'études et d'entreprises qualifiées aptes à réaliser les études et travaux prévus dans le cadre du projet. Par ailleurs AGETIP a réalisé de façon satisfaisante des services similaires dans le cadre du projet santé I. En effet, les études architecturales d'environ 80 sites dispersés à travers quatre régions, ont été réalisées à un mois près dans les délais (six mois prévus contre sept mois).

5.2.9 Concernant le suivi des activités de génie civil, en plus des équipes des bureaux d'études basées sur le terrain, l'Agence a un coordonnateur et trois chefs de projets, tous des ingénieurs. Du point de vue des coûts de génie civil, l'AGETIP a pu les contenir dans le cadre du projet santé I, malgré les trois années de retard accusé au démarrage du projet. Les travaux de construction se déroulent normalement. Enfin, l'expérience que l'Agence a capitalisée sur le projet santé I et la familiarité qu'elle a pu se faire avec les procédures du FAD constituent un atout et un avantage comparatif pour le présent projet.

5.2.10 Aussi, la maîtrise d'ouvrage déléguée qui sera confiée à l'AGETIP dans le cadre du présent projet couvre notamment : i) la sélection, la coordination et la supervision des bureaux d'études ; ii) le lancement des appels d'offres, le dépouillement et l'adjudication des marchés ; iii) la coordination des entreprises de travaux publics. Afin d'assurer un bon suivi des activités et d'éviter le nombre élevé de dossiers à soumettre à l'attention de la Banque (ex. demandes de décaissements formulées par les entreprises et les bureaux d'études), la convention d'AGETIP inclut les montants des contrats de ces derniers. Ainsi l'AGETIP gère les contrats les entreprises et bureaux d'architecture et réceptionne les ouvrages, en collaboration avec la Division des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (DIEM), au sein du MSHP et les autres services compétents du MSHP. La DIEM, structure chargée des infrastructures au sein du MSHP, travaillera en étroite collaboration avec l'AGETIP.

5.2.11 L'UNICEF sera la structure en charge de tout le processus d'acquisition (Achat-Assistance) des équipements conformément aux clauses spéciales de la convention qui sera signée avec le Gouvernement. A cet effet l'UNICEF, en relation avec la DIEM (et les autres services compétents du MSHP), honore les commandes d'équipements et de matériel médico-techniques qui lui parviennent de la coordination du projet. L'UNICEF a un avantage comparatif dans l'acquisition des équipements auprès d'UNIPAC qui fait des prix compétitifs (allant des fois jusqu'à 30 à 40%) et obtient ces équipements à la suite d'appels d'offres internationaux. Au niveau du projet santé I, parmi les tâches confiées à l'UNICEF (suivi des ONG, suivi des activités de formation et acquisition des équipements), l'acquisition des équipements a été la plus satisfaisante car un équipement de qualité a été livré dans les délais à des prix acceptables. Le montant des frais administratifs y compris les frais de transport, de livraison et d'installation des équipements sera fixé à 5% du montant des équipements.

5.2.12 Les partenaires techniques pour la formation de spécialistes sont, l'ENDSS, les CRF, la DERF (ou future Direction des Ressources Humaines), l'école de formation des techniciens en maintenance, la faculté de médecine et de pharmacie et les structures privées de formation. S'agissant des activités de formation continue, elles sont assurées par le personnel de la région médicale, du district et des ONG (pour la formation des matrones, des ASC et des Organisations Communautaires de base/OCB). La Faculté de médecine, en collaboration avec la DS et la DERF, sera chargée de la formation, du suivi des médecins compétents en SOU et de leurs équipes paramédicales ainsi que de l'organisation des itinérances des étudiants spécialistes vers les zones du projet. Les activités de SR et de lutte contre la maladie sont exécutées surtout au niveau décentralisé sous la supervision des médecins chefs de région et de districts et des services et programmes de la Direction de la Santé. Par ailleurs les ONG seront chargées de l'exécution des activités de développement communautaires au niveau des quatre régions couvertes par le projet.

5.2.13 Les ONG ont un avantage comparatif à exécuter ces genres d'activités, et l'expérience avec le projet santé I, montre l'existence d'ONG compétentes dans le domaine. Elles auront à assurer l'appui à l'auto-organisation des populations, leur information/sensibilisation sur les

thèmes de lutte contre la maladie (y compris les IST/VIH/SIDA) et contre les problèmes de santé de la reproduction ainsi que de promotion de la culture de la maintenance. Leurs projets auront été préalablement validés par le MSHP. Elles interviendront, sous la supervision technique des MCR et des MCD, et en coordination avec la CAS/PNDS, la Direction de la Prévention et les autres Directions techniques du MSHP. La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement sera chargée de l'acquisition des médicaments et des réactifs.

5.3 Calendrier d'exécution

L'exécution du projet se déroulera sur une période de cinq ans, à compter de janvier 2004, conformément au calendrier prévisionnel présenté en annexe 6 et résumé dans le tableau ci-après :

Tableau 5.1 : Calendrier d'exécution du projet

TACHES / ETAPES	DATES	RESPONSABLES
I. Approbation/ publication/signature/Mise en vigueur/Premier décaissement		
Approbation, publication	Juin 2003	FAD / Gouvernement
Signature de l'accord et du protocole d'accord	Juillet 2003	FAD/Gouvernement
Mise en vigueur du prêt	Déc 2003	MSHP / FAD
Satisfaction conditions préalables au premier décaissement	Déc 2003	MSHP / FAD
II. Gestion du projet		
Mise en place du personnel	Déc. 2003	DAGE/CAS/PNDS
Acquisition de mobilier et équipements complémentaires pour la coordination	Janvier à Juin 2004	CAS/PNDS / UNICEF/DAGE
Missions de lancement (1) et de supervision (3 missions tous les 2 ans)	Janvier 2004 à Septembre 2008	MSHP / Collectivités locales/CAS/PNDS/Partenaires techniques et au développement / FAD
Revue à mi-parcours	Juin 2006	MSHP / Collectivités locales/CAS/PNDS/Partenaires techniques et au développement / FAD
III. Renforcement de la couverture sanitaire		
Sélection des bureaux / Études techniques / DAO	Avril 2003 à Février 2004	Bureau d'études techniques / AGETIP/DIEM
AO/Sélection Entreprises/Construction des PS/CS/RM/CRF/PRA	Mars 2004 à Février 2005	CAS/PNDS/Entreprises / AGETIP / DIEM / DAGE
Sélection des bureaux / Etudes techniques / Construction HR de Matam	Avril 2003 à Déc. 2006	Bureau d'études techniques / Entreprises / AGETIP / DIEM / DAGE
Acquisition et installation des mobiliers et équipements et MEG/PS/CS	Juin 2004 à Déc. 2006	CAS/PNDS / UNICEF/ PNA / DAGE
IV. Amélioration de la qualité des services de santé de la reproduction et Lutte contre la maladie		
Sélection des bureaux et Etudes techniques/Sélection des Entreprises / Construction CDAV et du CRTS	Avril 2003 à Octobre 2004	CAS/PNDS / Entreprises/ AGETIP / DIEM / DAGE
Acquisition et installation des mobiliers et équipements/réactifs CDAV et CRTS	Mai à Déc. 2004	CAS/PNDS / UNICEF/ PNA / DAGE / DS / CNTS
Recrutement ONG /IEC/Activités communautaires -DBC / ASC / Comités de Santé/Collectivités locales/ Personnel de santé	Mai 2004 Déc. 2008	ONG / CAS/PNDS / DS / DP / DERF / ECR / ECD / ICP / Collectivités / Populations / Comités de santé
Planification et organisation des actions de formation initiales et continues	Mai 2004 Déc. 2008	CAS/PNDS / DERF / ECR / ECD / Ecoles de formations / Faculté de médecine / Personnel de santé

5.4 Acquisition des biens, travaux et services

5.4.1 L'acquisition des biens, travaux et services relatifs aux catégories de dépenses financées dans le cadre du projet se fera conformément aux règles et procédures du FAD en utilisant les dossiers types de la Banque. La liste des biens et services dont le détail est indiqué en annexe 4, est résumée dans le tableau 5.2 ci-après :

Tableau 5.2
Dispositions relatives à l'acquisition des biens, travaux et services
(en millions d'UC)

Catégorie de dépense	AOI	AON	Autre	Liste restr	Total
A BIENS					
Mobilier 14 PS, 1CSR, 1CSS, HR, RM, CRF, 2 locaux maintenance CDAV et CRTS		0,27 [0,27]			0,27
Equipements médicaux 14 PS, 1CSR, 1CSS, HR, CDAV et CRTS			1,41 (a) [1,41]		1,41
Médicaments et réactifs			0,06(b) [0,06]		0,06
Matériel roulant, froid, autres mat et mat inf			1,12(c) [1,03]{0,09}		1,12
Vedettes de supervision pour les zones insulaires (2)			0,05 [0,05](d)		0,54
Pirogues ambulances (15)		0,49 [0,49]			
Equipements destinés à la Fac de médecine			0,15(e) [0,15]		0,15
B Travaux					
Construction de 14 PS, 1CSR, 1CSS, CDAV, CRST		3,50 [1,61]{1,89}			3,50
Construction HR et VRD	1,92 [0,89]{1,03}				1,92
C Services					
MOD Agetip			0,31 (f) [0,31]		0,31
Etudes et superv et contrôle travaux				0,65 [0,65]	0,65
Formation de spécialistes bourses à l'étranger et pays			0,34 (g) [0,34]		0,34
Etudes sur VIH				0,05 [0,05]	0,05
Formation SOB, PCIME et autres			0,45 (h) [0,45]		0,45
Formation SOU et supervision par la Faculté de Médecine			0,28 (i) [0,28]		0,28
Supervision formative			0,41 (j) [0,41]		0,41
Activités ONG				1,92 [0,57]{1,35}	1,92
Services de consultants pour études ante et ex post et à la carte				0,12 [0,12]	0,12
Services de consultants (coordonnateur, comptable)			0,18 (k) [0,18]		0,18
Audit des comptes				0,07 [0,07]	0,07
D Fonctionnement					
Fonctionnement			1,10 (l) [0,61]{0,49}		1,10
dont FAD	[0,89]	[2,36]	[5,34]	[1,41]	[10,00]
dont don				(1,35)	(1,35)
dont Gouvernement	{1,04}	{1,89}	{0,57}		{3,50}

- (a) ,(c) et (e) Négociation directe avec UNICEF pour l'acquisition d'équipements destinés aux structures concernées
 - (b) Négociation directe avec la PNA pour l'acquisition de médicaments et réactifs au niveau de la PNA
 - (d) Consultation de fournisseurs à l'échelon national pour l'acquisition de 2 vedettes
 - (f) honoraires payés à l'AGETIP (MOD) pour les études, supervision et contrôle des travaux
 - (g) Négociation direct avec les institutions de formations pour exécuter les formations de spécialistes longue durée
 - (h) Négociation directe avec les écoles de formation et le personnel de santé pour exécuter les activités de formation continue
 - (i) Négociation directe avec la faculté de médecine pour la formation et le suivi des compétents SOU
 - (j) Exécution des activités de supervision formative au niveau district et local par le personnel de santé
 - (k) Reconduction du Coordonnateur et le Comptable du projet santé I dans le cadre du projet santé II
 - (l) Fonctionnement du projet, des structures de santé, des districts et régions médicales
- [] FAD ; () Don ; Gouvernement{ }

5.4.2 Biens (3,55 millions d'UC)

Appel d'offres national (AON) : pour (i) l'acquisition de mobilier destiné au 14 PS, 1CSR, 1CSS, 1HR, 1RM, 2 locaux de maintenance, 1CDAV et 1CRTS (0,27 million d'UC) et (ii) pour l'acquisition de 15 pirogues-ambulances destinées aux zones insulaires des districts de Dioffior, Foundiougne, Sokone et Ranérou (0,49 million d'UC). Il existe au niveau national un nombre important de fournisseurs qui favorisent la compétition.

Consultation de fournisseurs à l'échelon national pour l'acquisition de 2 vedettes motorisées pour les zones insulaires des districts de Ranérou et Foundiougne (0,05) million d'UC).

Négociation directe avec l'UNICEF/UNIPAC pour l'acquisition d'équipements biomédicaux destinés aux 14 PS, 1CSR, 1CSS, 1HR, 1CDAV et 1CRTS (1,41 million d'UC) ; de matériel roulant, de froid, d'équipements IEC et autre matériel pour les 14 PS, 1CSR, 1CSS, 1HR, 1CDAV, 1CRTS, la CAS/PNDS et les autres Directions du MSHP (1,12 million d'UC) ; l'acquisition d'équipements biomédicaux destinés à la Faculté de médecine et de pharmacie (0,15 million d'UC) ; l'acquisition auprès de la PNA, de médicaments et réactifs pour les structures de santé et le CDAV (0,06 million d'UC). L'UNICEF/UNIPAC et la PNA obtiennent respectivement les équipements et les médicaments à des prix compétitifs à la suite d'appels d'offres internationaux et par consultation de fournisseurs à l'échelon international.

Travaux (5,42 millions d'UC)

Appel d'offres national à travers l'AGETIP pour la construction des structures de santé (3,5 millions d'UC) scindées en 6 lots ; lot 1 : 8PS du département Ranérou (0,79 million d'UC) ; lot 2 : 6 PS du département de Kédougou (0,56 million d'UC) ; lot 3 : 1 CS secondaire du département de Kanel (0,64 million d'UC) ; lot 4 : 1 CS de référence dans le département de Ranérou (1,13 million d'UC) ; lot 5 : 1 RM, 1CRF, 1 PRA (0,29 million d'UC) ; lot 6 : 1 CDAV et 1 CRTS (0,09 million d'UC). Il existe au niveau national suffisamment d'entreprises nationales comme étrangères capables d'exécuter les travaux de génie civil et de favoriser la compétition.

Appel d'offres international (AOI) pour la construction d'1HR et VRD à Matam (1,92 million d'UC).

Services (4,78 millions d'UC)

Négociation directe avec AGETIP (MOD) pour le suivi et la gestion des études et des travaux (0,31 million d'UC).

Consultation sur la base d'une liste restreinte pour le recrutement de bureaux d'études (à travers l'AGETIP) chargés de la réalisation des études architecturales, la préparation de dossiers d'appel d'offres (DAO) de génie civil et de suivi et contrôle des travaux (0,65 million d'UC) ; pour le recrutement de bureaux ou consultants individuels pour mener trois études sur le VIH/SIDA dans la région de Matam (0,05 million d'UC) ; pour le recrutement d'ONG en vue d'exécuter les activités de développement communautaire (1,92 million d'UC) ; pour le recrutement à la carte de consultants dans les domaines de la gestion de projet, maintenance, formation, étude de base, évaluation ex-post du projet, etc. (0,12 million d'UC) et ; pour le recrutement d'un cabinet d'audit (0,07 million d'UC). A l'exception du recrutement du Cabinet d'audit, toutes les listes restreintes seront élaborées, suite à un appel à la candidature ou à partir du fichier d'AGETIP (pour le recrutement de bureaux d'études architecturales).

Négociation directe avec les écoles de formation et avec le personnel de santé pour les formations continues en SOB (0,23 million d'UC) PCIME et IST/VIH/SIDA (0,22 million d'UC) et les activités de supervision formative (0,41 million d'UC) ; avec la Faculté de médecine pour la formation des équipes SOU, les activités de suivi et des itinérances sur le terrain (0,28 million d'UC) ; avec les institutions de formation pour la formation des spécialistes dans le pays et hors du pays (0,34 million d'UC) ; pour la reconduction du Coordonnateur et du Comptable du projet santé (0,18 million d'UC).

Fonctionnement (1,10 million d'UC) : *Fonctionnement* du projet, des structures de santé, des districts et régions médicales (fournitures de bureaux, carburant, etc. sur la base de consultation à l'échelon national et/ou gré à gré).

Note d'information générale sur l'acquisition des biens, travaux et services

Le texte de la Note d'information générale sur l'acquisition (NGA) des biens, travaux et services sera discuté et adopté au moment des négociations et sera publié dans le journal *Development Business*, dès l'approbation du prêt par le Conseil d'Administration de la Banque.

Procédures d'examen : Les documents suivants seront soumis à l'examen de la Banque avant d'être publiés : note d'information spécifique sur l'acquisition des biens et services ; dossiers de consultation et lettres d'invitation aux consultants ; dossiers d'appel d'offres relatives aux travaux de génie civil ; rapports d'évaluation des soumissions comportant les recommandations sur l'attribution des marchés ; projets de contrats au cas où les modèles de contrats inclus dans les dossiers de l'avis d'appel d'offres ont été modifiés.

5.5 Décaissements

La CAS/PNDS et la DAGE se chargeront de vérifier la conformité des prestations des fournisseurs, entreprises et prestataires de services du projet avec les cahiers des charges et les demandes de décaissements introduites par ces derniers avant leur envoi au FAD. Le montant de ces demandes doit être au minimum de 20 000 UC pour les paiements sur le don et le prêt FAD, à l'exception des demandes de décaissement relatives : (i) aux services, (ii) aux marchés payables en une seule fois et cautionnés à 100%, (ii) au solde de marchés, d'une catégorie de dépenses, de plusieurs catégories de dépenses regroupées ou du prêt. Deux comptes spéciaux distincts seront ouverts pour recevoir l'un, les ressources du prêt et du Don afférentes à la gestion du projet et l'autre, la contrepartie gouvernementale. Le premier décaissement sera effectué dès la mise en vigueur du projet et après que soient remplies de manière satisfaisante les conditions préalables au premier décaissement. Le compte destiné à

recevoir les fonds du prêt FAD et du don sera reconstitué après l'utilisation d'au moins 50% du fonds de roulement précédent, une fois les documents justificatifs approuvés par le FAD.

5.6 Suivi et évaluation

Rapports d'activités

5.6.1 La coordination du projet transmettra à la Banque des rapports d'activités trimestriels, qui seront élaborés conformément aux directives de la Banque, sur la base des rapports d'avancement soumis par les différents partenaires du projet tels que les régions médicales et districts sanitaires, les services centraux et programmes du MSHP, l'UNICEF, l'AGETIP, la PNA, l'ENDSS, la Faculté de Médecine et de Pharmacie, les ONG et les assistants techniques. A la fin de l'exécution du projet, le Gouvernement et la Banque prépareront chacun un rapport d'achèvement du projet.

Supervision

5.6.2 La supervision se déroule aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Elle se traduit par une supervision trimestrielle du coordonnateur du projet en vue de s'assurer de l'état d'avancement du projet et d'aider à sa compréhension par tous et à la résolution de problèmes spécifiques qui entravent sa bonne exécution. La supervision financière et le contrôle interne sont assurés par la DAGE tandis que la supervision technique sera assurée par les directions et services compétents du MSHP. Aux niveaux régional, district, poste de santé et communauté, la supervision est assurée respectivement par l'équipe régionale (trimestriellement), l'équipe de district (une fois par bimestre), et l'infirmier chef de poste (mensuellement). Au démarrage du projet, une mission de lancement et de planification des activités du projet sera organisée par la Banque avec la participation des autorités sénégalaises et les différents partenaires impliqués dans l'exécution du projet. De plus, la Banque conduira des missions périodiques de supervision (trois missions de supervision au moins tous les deux ans) auxquelles prendront part tous les partenaires impliqués dans l'exécution des activités du projet. Des copies des rapports de ces missions de supervision seront remises aux autorités pour action.

Revue à mi-parcours

5.6.3 Une revue tripartite à mi-parcours (Banque, Gouvernement et partenaires techniques y compris les représentants des collectivités locales et des comités de santé) sera organisée au terme d'environ 30 mois d'exécution du projet. Cette revue à mi-parcours comportera aussi une enquête auprès des bénéficiaires du projet (populations bénéficiaires, prestataires de services) afin de recueillir les appréciations qu'ils ont des activités qui sont menées. L'objectif principal de cette revue sera de faire le point des progrès et performances réalisés dans l'exécution du projet par rapport à ses objectifs, d'analyser les problèmes rencontrés et de proposer des solutions nécessaires et éventuellement de nouvelles orientations.

Suivi et évaluation

5.6.4 Le MSHP a mis en place un mécanisme de suivi et d'évaluation au sein de la Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS, indicateurs du Programme de santé (y compris ceux de l'intervention du FAD). De façon spécifique la coordination du projet fera le suivi des indicateurs inclus dans le cadre logique du projet en prenant en compte les indicateurs définis

dans le cadre des programmes de réduction de la pauvreté et de santé. La CAS/PNDS sera assistée dans le suivi et l'évaluation des activités du programme par la DS, chargée de la collecte et de la gestion du système d'information et de gestion des données sanitaires. Au besoin, le projet financera les services de consultants en vue d'améliorer le système de suivi et d'évaluation des activités du projet.

5.6.5 Afin d'évaluer l'impact du projet dans les zones d'intervention, une étude sera effectuée au début du projet, i.e., au démarrage des activités (étude de base), et à la fin du projet en 2008 (étude finale). L'étude se concentrera surtout sur la région de Matam (région presque vierge en matière d'interventions d'autres bailleurs et qui sera la principale zone bénéficiaire de l'intervention du FAD). Ces études seront menées par des consultants qui utiliseront des indicateurs inclus dans le cadre logique comme tableau de bord. Par ailleurs le projet financera un atelier national (pilote par la Direction de la Santé) d'élaboration d'un recueil d'indicateurs de suivi des districts. En outre, l'enquête démographique et de santé (EDS4) sera bientôt réalisée, afin de fournir par sondage des indicateurs de santé, qui seront d'une grande utilité au présent projet.

5.7 Comptabilité et Audit

La gestion financière du programme (y compris celle du projet) est assurée par la DAGE. Aussi la comptabilité du projet est tenue par une comptable de la DAGE qui sera chargée de l'organisation et de la tenue comptable du projet. Un système comptable performant et un manuel interne des opérations comptables et financières acceptables par le Gouvernement et la Banque, sont déjà mis en place au sein de la CAS/PNDS et seront utilisés par la comptable du projet. Les comptes du projet feront l'objet d'un audit annuel qui sera confié à un cabinet indépendant de renommée internationale. Les rapports d'audit devront être réalisés immédiatement à la fin de chaque exercice fiscal et transmis à la Banque dans les six (6) mois suivant la fin de chaque exercice. Au delà de cette durée, la Banque suspendra les décaissements du prêt et du Don.

5.8 Document d'exécution

Afin de faciliter l'exécution et le suivi des activités du projet, un document d'exécution dont la table des matières est jointe en annexe 7, sera élaboré et inclura entre autres les aspects suivants ; (i) les objectifs, la description du projet et le cadre institutionnel ; (ii) les procédures d'acquisition des biens, travaux et services; (iii) les procédures comptables, financières et de contrôle du projet ; (iv) les procédures de suivi et d'évaluation du projet ; (v) les annexes techniques (TDR des partenaires techniques et du personnel cadre du projet, les programmes architecturaux, les coûts détaillés, les TDR des différentes études, le détail des activités de formation, etc.).

5.9 Coordination de l'aide

5.9.1 La coordination au niveau macroéconomique est assurée par la Direction de la Coopération Economique et Financière (DCEF/MEF) tandis que la Direction de la Dette et de l'Investissement (DDI) au Ministère de l'Economie et des Finances, est l'ordonnateur délégué des crédits. La DCEF/MEF est l'interface des bailleurs de fonds au sein du MEF, qui représente le Gouvernement en la matière. A cet effet, elle est chargée de l'évaluation des politiques sectorielles et de celle ex ante des projets et programmes d'investissements, de l'élaboration du Programme Triennal d'Investissements Publics (PTIP) et du budget annuel

consolidé (BCI). La DCEF est également chargée de la recherche de financement, des négociations avec les partenaires au développement, de la programmation et du suivi physique et financier des projets et programmes du Gouvernement.

5.9.2 La DDI représente l'ordonnateur des crédits qu'est le Ministère de l'Economie et des Finances. A cet effet, elle est responsable de la gestion et de l'ouverture des comptes spéciaux des projets et programmes d'investissement de l'Etat. En relation avec la Direction du Trésor, elle est chargée de la mobilisation des fonds destinés aux projets et programmes financés par l'Etat et les partenaires au développement. Quant au niveau sectoriel assure la planification, la programmation, le suivi technique et financier et la coordination des projets des différentes interventions des partenaires au développement du secteur de la santé est assurée par la CAS/PNDS au sein du MSHP. Avec la création future d'un bureau régional à Dakar, la Banque participera d'avantage à ces différentes concertations et fera un suivi plus rapproché de son portefeuille dans le pays y compris le présent projet. L'annexe 8 du rapport inclut un résumé des interventions de la Banque. Dans sa zone d'intervention, le projet, en collaboration avec les médecins régionaux et de districts, coordonnera ses activités avec celles des autres intervenants sur le terrain. De façon spécifique dans les zones du projet, la coordination se fera surtout avec l'USAID, la Coopération Belge et la BID (à Fatick, Kaolack et Tambacounda) et avec l'UE (région de Matam). Notons qu'à l'exception de l'USAID, ces partenaires au développement sont en phase d'identification de leurs futures interventions dans les zones du projet.

6. DURABILITE ET RISQUES DU PROJET

6.1 Coûts récurrents

Les coûts récurrents du projet concernent la maintenance des infrastructures (2% des coûts des travaux de génie civil) et des équipements (5% des coûts d'acquisition des équipements, matériels et mobiliers) acquis dans le cadre du projet, les frais de fonctionnement des nouvelles structures de santé et les salaires du nouveau personnel qui exerceront dans les 14 PS, les 2 CS, l'hôpital régional de Matam, le CDAV, le CRTS et les locaux de maintenance. Les charges récurrentes absorbent un montant annuel de 432,58 millions de FCFA (518 000 UC) dont plus de la moitié est générée par la construction de l'hôpital régional de Matam. Les coûts récurrents du projet représentent 1,4% du budget de fonctionnement du Ministère de la santé, de l'hygiène et de la prévention et de 0,10% du budget de fonctionnement de l'Etat en 2002. La participation des populations bénéficiaires et des collectivités au financement de la santé prendra en charge partiellement les coûts récurrents du projet. La volonté et la capacité de l'Etat à cofinancer de façon non négligeable les activités du présent projet jusqu'à concurrence de 23,5% et à rendre disponible les fonds de contrepartie des projets en cours (500 millions de FCFA par trimestre), peuvent montrer que l'Etat sera en mesure de supporter les coûts récurrents générés par le projet. En outre, de 1998 à 2002 le budget de fonctionnement de l'Etat est passé de 267 milliards de FCFA à 419,70 milliards de FCFA soit une hausse de 157% et le budget de fonctionnement alloué à la santé est passé de 19,66 à 30,91 milliards de FCA soit une hausse de 64%. Par ailleurs, les ressources allouées au secteur de la santé dans le cadre du PPTE contribueront au financement des coûts récurrents.

6.2 Durabilité des acquis du projet

6.2.1 La pérennité des acquis du projet est assurée par une bonne appropriation et prise en charge des réalisations par les bénéficiaires, les collectivités locales et le Gouvernement. Ainsi les activités communautaires développées dans le cadre du projet, permettent-elles aux populations, surtout aux femmes qui sont les principales cibles, d'avoir une meilleure connaissance des problèmes de santé et des mesures préventives et de prise en charge pour les pallier. Ces activités permettent en outre aux populations de mieux s'impliquer non seulement dans le financement des activités de santé mais aussi dans la prise de décision et dans la planification des actions au sein des comités de santé. Les activités de maintenance financées dans le cadre du projet, la construction de structures de bonne qualité et l'acquisition d'équipements performants, contribueront à la pérennité et à la durabilité du patrimoine sanitaire. Les populations et les collectivités locales seront aussi impliquées dans l'entretien et la maintenance des bâtiments et dans la prise en charge des coûts de maintenance des équipements biomédicaux, contribuant à l'augmentation de la durée de vie du patrimoine.

6.2.2 Les activités de sensibilisation et d'IEC contribueront au changement de comportements des populations tendant à éliminer certaines barrières culturelles néfastes à la santé et à la promotion de ceux favorables à la lutte contre les problèmes de santé de la reproduction et à la lutte contre les IST/VIH/SIDA. L'impact des activités d'IEC contribuera ainsi au renforcement de la durabilité des acquis dans les domaines de la santé de la reproduction et de la lutte contre la maladie grâce à la responsabilisation des populations dans la prise en charge de leur santé. Les activités de formation des agents de santé à tous les niveaux du système permettront à ces derniers d'améliorer leurs prestations et d'assurer la formation d'autres agents. Par ailleurs l'amélioration de la qualité des services entraînera une augmentation de la demande de soins et une utilisation accrue des services de santé, avec un impact sur le niveau de santé des populations. Par ailleurs la gestion du projet sera assurée par la même équipe et partenaires techniques impliqués dans l'exécution du projet santé I et qui assureront la continuité des activités.

6.3 Risques critiques et mesures d'atténuation

6.3.1 L'exécution correcte des activités du projet dépend de l'atténuation des risques suivants. Le problème de la disponibilité de ressources humaines compétentes représente un risque majeur pour le projet qui, du point de vue de l'amélioration de la couverture sanitaire, ne finance que de nouvelles infrastructures sanitaires. Le Gouvernement s'est engagé à recruter un minimum de 250 agents par an (300 agents à partir de 2003) pour pallier le déficit en personnel, à accroître la capacité d'accueil de l'ENDSS et à former du personnel paramédical au niveau des Centres Régionaux de formation. Par ailleurs dans le cadre du programme PPTE, le Gouvernement bénéficie chaque année d'un montant 2 Milliards de FCFA dont 1,5 milliard destiné à la motivation financière du personnel de santé (pour les garder le plus longtemps possible et pour minimiser les risques de déperdition) et 0,5 milliard consacré à la contractualisation avec du personnel supplémentaire. Par ailleurs l'Etat avec l'appui de la Banque mondiale s'est engagé à recruter massivement au niveau des secteurs sociaux tels que ceux de l'Education et de la Santé. Aussi, avec ces séries de mesures, d'ici 2005 (année d'achèvement des structures de santé à financer par le projet), le risque lié à la non disponibilité de personnel, sera atténué.

6.3.2 L'Etat, par la loi 96.07 du 22 mars 1996 et le décret d'application n° 96.1135 du 27 décembre 1996, confère aux collectivités locales une compétence en matière de (i) gestion des

ressources humaines, matérielles et financières, (ii) construction, équipement, entretien et maintenance des infrastructures, (iii) mise en œuvre des mesures d'hygiène et de protection de l'environnement. Cependant les collectivités locales n'ont pas toujours les ressources nécessaires pour faire face à leurs nouvelles responsabilités et ne sont pas toujours impliquées dans la planification et dans l'exécution des activités de santé. Afin d'atténuer ce risque, la tendance actuelle est d'impliquer les collectivités dans la conception et le suivi des activités de projet. Par ailleurs en attendant que les collectivités aient suffisamment de moyens, le MSHP et les comités de santé, avec l'appui des partenaires, continueront à financer la construction, l'équipement et la maintenance des infrastructures sanitaires.

6.3.3 Les lenteurs dans le décaissement des fonds de contrepartie et la non alimentation des caisses d'avance au niveau décentralisé constituent un troisième risque pour l'exécution normale des activités du projet. Afin de pallier ces difficultés, la DAGE, responsable de la gestion financière des ressources du programme de santé, allégera ses procédures afin d'améliorer son taux de décaissement et accélérer le processus de mise à disposition des fonds au niveau des régions médicales et des districts sanitaires enclavés grâce à l'ouverture des caisses d'avance. A cet effet les autorités du MEF ont été suffisamment sensibilisées pour qu'il y ait un suivi rapproché des ressources mises à la disposition de la DAGE. En outre, des conditions de mise en vigueur du prêt ont été prévues afin de faciliter la disponibilité de la contrepartie au niveau du projet.

6.3.4 L'absence de politique de maintenance est un risque pour la pérennité des investissements financés dans le cadre du projet. Pour atténuer ces risques, des ateliers de réflexion sur la maintenance ont été financés par le projet et des expériences positives telles que celles annoncées au paragraphe 2.7.5 dont la capitalisation et les axes et orientations définis durant les séminaires permettront d'amorcer l'élaboration d'une politique de maintenance d'ici 2005, qui sera appuyé par les partenaires y compris la Banque. Par ailleurs les populations et les collectivités, selon leurs moyens et leur disponibilité, participeront à la maintenance du patrimoine sanitaire.

7. BENEFCES DU PROJET

7.1 Impact économique

Le projet contribuera à l'amélioration de l'état de santé d'environ 2,54 millions de personnes ainsi que leur productivité dans la mesure où d'une part, le nombre de jours d'absence au travail sera réduit et d'autre part, un certain nombre de décès seraient évités. Les zones du projet étant surtout des régions à majorité rurale où les principales activités économiques sont l'agriculture et l'élevage, le projet contribuera ainsi à l'accroissement des récoltes et du bétail et aura un effet positif sur l'économie nationale. Par ailleurs, le projet, en rapprochant les services de santé des populations, et en rendant les médicaments essentiels génériques plus accessibles, contribue de façon directe à l'accroissement des économies réalisées par les populations les plus vulnérables. De plus la disponibilité des services de santé de la reproduction (y compris les services de planning familial) contribuera au contrôle des naissances, à la réduction de la taille des familles et à la réduction des dépenses journalières en matière de nourriture, santé et éducation. En résumé, l'amélioration de la santé des femmes et des enfants contribue de façon non négligeable à l'amélioration du bien-être de la famille toute entière. Le renforcement des activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA qui est un problème de développement, permettra de sauver des vies et de contribuer au développement économique du pays.

7.2 Impact social y compris sur les femmes et réduction de la pauvreté

L'impact social sur la réduction de la pauvreté est important étant donné que le projet cible les populations des régions de Matam, Fatick, Tambacounda et Kaolack qui ont des incidences de pauvreté importantes. En effet ces populations vivent en majorité dans des zones rurales où l'incidence de pauvreté varie entre 72% à 88% et où les taux de mortalité maternelle peuvent aller jusqu'à 950 pour 100 000 naissances vivantes (contre un taux de 510 au niveau national). Un peu plus du quart de la population du Sénégal (2,54 millions) seront les bénéficiaires directs du projet. Environ 574 000 femmes en âge de procréer (26% de la population féminine en âge de procréer dans le pays) et 1,3 million de jeunes (1-17 ans), environ 26% de la population totale de jeunes au niveau national) seront les principales cibles du projet. En outre l'accessibilité des populations aux services de santé sera plus facile. Par ailleurs, en plus de la population de ces quatre régions, les autres zones du pays, bénéficieront des futures prestations et connaissances d'agents de santé qui seront formés grâce à l'octroi par le projet de bourses d'études et qui serviront dans différentes structures de santé au niveau national.

8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

8.1 Conclusions

Les objectifs du projet sont conformes à ceux du DSRP et du Plan National de Développement Sanitaire. Au niveau sectoriel, le projet contribuera d'ici 2008 à la réduction du taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile respectivement de 510 à 450 pour 100 000 naissances vivantes et de 113 pour 1000 à 72 pour mille. De façon spécifique, le projet vise l'amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité des services (y compris ceux en santé de la reproduction) et la lutte contre la maladie y compris les IST/VIH/SIDA. Le projet contribuera à l'amélioration de l'état de santé des populations sénégalaises en particulier et surtout celui de 1,3 million de jeunes et 540 000 femmes en âge de procréer en particulier dans les zones de Matam, Fatick, Tambacounda et Kaolack. Par ailleurs le projet améliorera l'accessibilité géographique des services de santé par les populations grâce à la construction et l'équipement de 14 PS, 2 CS, d'1 hôpital régional, d'1 Région médicale, d'1 banque régionale de sang, d'1 pharmacie régionale d'approvisionnement, d'1 centre régional de formation, de 3 centres d'écoute et d'1 CDAV. Le projet contribuera également : (i) au développement d'activités communautaires au sein des quatre régions cibles, en vue de l'amélioration de la santé des populations ; (ii) à l'amélioration du système de maintenance ; (iii) au renforcement des capacités du personnel communautaire (matrones, accoucheuses traditionnelles, comités de santé), et du personnel médical et paramédical au niveau des zones cibles et au niveau national.

8.2 Recommandations et conditions du Prêt et du Don

8.2.1 Il est recommandé d'accorder au Sénégal un prêt de 10 millions d'UC et un Don de 1,35 million d'UC qui seront subordonnés aux conditions générales de la Banque et aux conditions particulières ci-après et incluses dans l'Accord de prêt et dans le Protocole d'Accord :

A) Conditions préalables à l'entrée en vigueur de l'accord de prêt

8.2.2 L'entrée en vigueur du prêt est subordonnée à la réalisation par l'Emprunteur des conditions prévues à la section 5.01 des Conditions Générales.

B) Conditions préalables au premier décaissement

8.2.3 Le Fonds ne procédera au premier décaissement des ressources du prêt que si l'Emprunteur, outre l'entrée en vigueur de l'Accord de prêt, a réalisé à la satisfaction du Fonds les conditions suivantes :

- i) fournir au Fonds la preuve de la reconduction de la Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire (CAS/PNDS) et lui transmettre pour avis, les CV du Coordonnateur et du Comptable du projet (paragraphe 5.1.1) ;
- ii) fournir au Fonds la preuve de l'ouverture d'un compte dans une banque commerciale pour recevoir les ressources du FAD (paragraphe 5.5) ;
- iii) fournir au Fonds la preuve de l'instauration d'un visa du Coordonnateur de la CAS/PNDS pour tous les engagements de la contrepartie opérés par le régisseur et l'institution d'un rapprochement comptable mensuel de toutes les dépenses par rapport au plan de décaissement préalablement élaboré (paragraphe 5.5) ;
- iv) fournir au Fonds, la preuve de l'affectation de terrains adéquats pour la construction de structures nouvelles dans le cadre du projet (1 hôpital régional à Matam, 8 PS dans le département de Ranérou, 6 PS dans le département de Kédougou, 1 RM à Matam, 1 Centre régional de transfusion sanguine à Matam, 1 PRA, 1 CRF et 1 CDAV) (paragraphe 4.5.4 et 4.5.18) ;
- v) fournir au Fonds, la preuve de la création d'un comité de pilotage chargé de la coordination des activités du projet, composé de représentants des structures suivantes : la CAS/PNDS (02) qui en assure la présidence et la DAGE le Secrétariat (02), la Direction de la Santé (02) la Direction de la Prévention (02), la Direction chargée de la formation (01), le Ministère de l'Economie et des Finances (02) et les quatre (04) médecins chefs des régions de Matam, Tambacounda, Kaolack et Fatick (paragraphe 5.2.6) ;
- vi) fournir au Fonds copie des textes portant création des districts sanitaires de la région de Matam à savoir Matam, Ranérou et Kanel (paragraphe 4.5.2) ;
- vii) fournir au Fonds l'engagement de doter les nouvelles structures à construire, du personnel nécessaire à leur bon fonctionnement (paragraphe 4.5.4 et 4.5.18);
- viii) fournir au Fonds l'engagement de ne pas remplacer les responsables chargés de l'exécution du projet sans consultation préalable du FAD (paragraphe 5.1.1) ;

- ix) fournir au Fonds l'engagement d'élaborer une politique nationale de maintenance au plus tard fin décembre 2005 (paragraphe 2.7.5);

C) Autres conditions

8.2.4 L'Emprunteur devra en outre :

- i) fournir au FAD, au plus tard trois mois après la mise en vigueur de l'accord de prêt, les conventions et accords de partenariat conclus entre le MSHP et les structures suivantes retenues dans le cadre de l'exécution du projet : UNICEF, AGETIP, Faculté de médecine et de pharmacie, PNA et les ONG. Les projets de ces conventions et accords auront été préalablement soumis au Fonds (paragraphe 5.1.2) ;
- ii) fournir au Fonds au plus tard un (01) mois avant la fin des travaux de construction de chaque structure de santé, la liste nominative des affectations du personnel dans ladite structure (paragraphe 6.3.1);
- iii) fournir au Fonds une copie de la politique nationale de maintenance au plus tard fin décembre 2005 (paragraphe 2.7.5).

8.2.5 Le Don sera subordonné aux conditions suivantes :

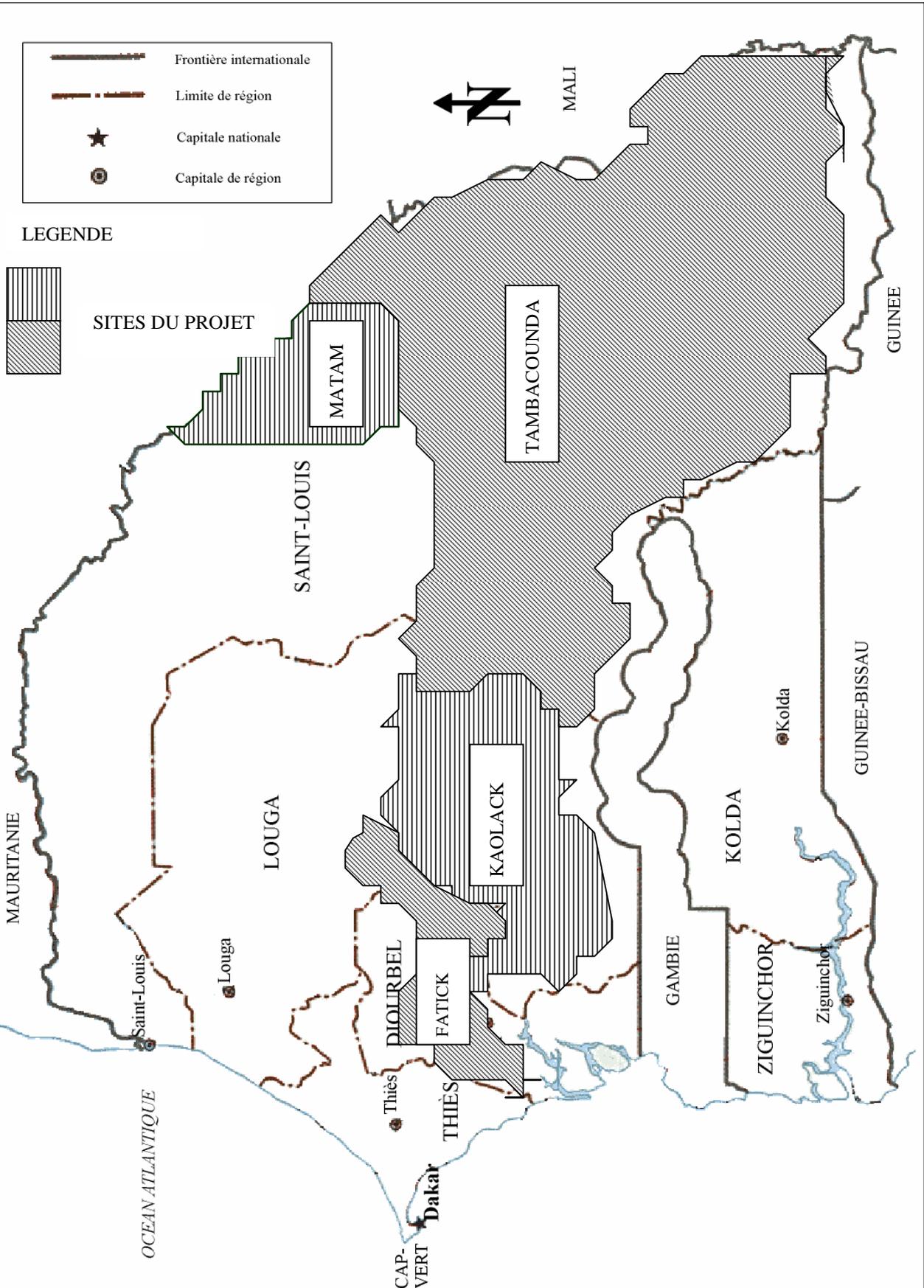
A) Conditions préalables à l'entrée en vigueur du Don

- i) le don devra entrer en vigueur dès la signature du Protocole d'Accord entre l'Emprunteur et le Fonds.

B) Conditions préalables au premier décaissement

- i) Le Fonds ne procédera au premier décaissement des ressources du don que si le Protocole d'Accord est mis en vigueur et l'Emprunteur a réalisé les conditions préalables au premier décaissement du Prêt, à la satisfaction du Fonds.

SENEGAL
 PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DANS LES REGIONS DE MATAM,
 KAOLACK, FATICK ET TAMBACOUNDA (PROJET SANTE II)
 CARTE ADMINISTRATIVE



Cette carte a été établie par le personnel du Groupe de la BAD exclusivement à l'usage des lecteurs du rapport auquel elle est jointe. Les dénominations utilisées et les frontières figurant sur cette carte n'impliquent de la part du Groupe de la BAD et de ses membres aucun jugement concernant le statut légal d'un territoire ni aucune approbation ou acceptation de ses frontières.

SENEGAL

PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DANS LES REGIONS DE
MATAM, KAOLACK, FATICK ET TAMBACOUNDA (PROJET SANTE II)Interventions des principaux bailleurs de fonds ANNEXE2

Bailleurs de fonds	Période	Envergure, domaine d'intervention et lieu	Montant en milliard de FCFA
BAD	98-2003	Santé de la Reproduction-Extension couverture dans les régions de Kaolack, Fatick et Tambacounda	8,2
Belgique	98-2002	Appui aux structures sanitaires de la région de Diourbel	2,2
BID	98-2002	Extension de la couverture de la région de Kolda	3,7
Canada	96-2000	Activités IST/SIDA et renforcement de la couverture de la ville de Rufisque et dans les régions de Kolda, Diourbel et Kaolack	1,2
FAC	95-2000	Appui institutionnel-Activités de lutte contre le SIDA-Formation dans les régions de Kolda, Dakar, Ziguinchor, Diourbel	4,8
Union Européenne	96-2004	Développement sanitaire de la région de St Louis et lutte contre les IST/SIDA	9,8
FNUAP	98-2000	Santé de la reproduction-Formation-Renforcement des centres de santé de référence dans les régions de Dakar, Diourbel et Fatick	1,7
Fonds Hollandais	98-2002	Appui institutionnel pour la mise en œuvre du PDIS dans les régions de Dakar, St Louis, Diourbel et Thiès	1,7
Fonds Nordique	97-2001	Equipement-Formation-Maintenance dans les régions de Dakar, Diourbel, Kolda, St Louis et Thiès	5,8
IDA	97-2002	Génie civil-Système d'information et de gestion-Formation	44,0
Italie	97-2002	Construction d'un CS-Appui aux ONG-Assistance technique à Kolda	1,7
Japon	96-2003	Appui à ENDSS et à l'hôpital de Thiès	13,6
KFW/GTZ	96-2002	Appui à l'hôpital de Diourbel-Assistance technique-PF	5,0
Luxembourg	97-2001	Hygiène-Equipement PS-Lutte contre la maladie dans la région de St Louis	1,3
OMS	98-2002	Appui des services centraux et dans les régions de Dakar, Diourbel, St Louis, Thiès, Kolda, Ziguinchor, Tambacounda, Kaolack, Louga, et Fatick dans les domaines de lutte contre la maladie, IST/SIDA, hygiène, nutrition	2,7
PNUD	2000	Volet VIH/SIDA du projet de réduction de la pauvreté	0,3
Taiwan	96-2000	Réhabilitation et reconstruction de PS du district de Ziguinchor-Formation EPS-Médicaments-Supervision dans les régions de Ziguinchor, Diourbel, St Louis, Thiès-Appui institutionnel DERF-Hôpital de Ziguinchor	2,6
UNICEF	96-2001	Soins de santé primaires-Nutrition-Eau Hygiène-Enfants en situation particulièrement difficile dans les régions de Dakar, Diourbel, St Louis, Thiès, Kolda, Ziguinchor, Tamba, Kaolack, Louga, Fatick, DS	6,4
LHL	98-2007	Réhabilitation centre de santé de Sédhiou-Lutte contre la tuberculose-Construction et Equipement de santé de Linguère dans les régions de Kolda, Dakar, Diourbel, St Louis, Thiès, Ziguinchor, Tamba, Kaolack, Louga, Fatick, DS	2,5
USAID	92-2006	Santé de la reproduction-Santé maternelle- Suivi de l'enfance-MST-Décentralisation dans les régions de Dakar, Diourbel, St Louis, Thiès, Kolda, Ziguinchor, Tamba, Kaolack, Louga, Fatick, SNEPS, DS, DERF	38,6
Plan International	99-2001	Suivi de l'enfant-Santé de la reproduction dans les régions de Dakar, Louga, St Louis, Thiès	3,3
DAHW		Lutte contre la lèpre dans les régions de Dakar, Diourbel, Fatick, Louga, St Louis, Tamba, Ziguinchor, Kolda, DS	0,6
ONUSIDA	2000-01	Lutte contre le SIDA/pauvreté dans Fatick et Kaolack	0,2
BILVAX		Lutte contre la bilharziose dans les régions de St Louis, Matam	0,1
R. Arabie Saoudite	2001-02	Construction et Equipement(Hôpital de Golf) DES	5,3
Espagne	99-2001	Construction et Equipement(Hôpital de Pikine) Rénovation et Equipement CHU/FANN DES	13,9
TOTAL			181,2

SENEGAL
PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DANS LES REGIONS DE
MATAM, KAOLACK, FATICK ET TAMBACOUNDA (PROJET SANTE II)

Dispositions environnementales

SENEGAL : PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DANS
LES REGIONS DE MATAM, TAMBACOUNDA, FATICK ET KAOLACK

NOTE DE GESTION ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE

Brève description du projet

L'objectif sectoriel du projet est de « contribuer à l'amélioration de la situation sanitaire de la population en général et en particulier, à celle de la mère et de l'enfant ». Les objectifs spécifiques sont les suivants : (i) contribuer à l'amélioration de la couverture sanitaire et ; (ii) contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues surtout aux problèmes de santé de la reproduction, aux maladies infantiles courantes, au paludisme et aux IST/VIH/SIDA. Pour atteindre les objectifs susvisés, le projet sera exécuté à travers trois composantes : (i) Renforcement de la couverture sanitaire ; (ii) Amélioration de la qualité des services de santé de la reproduction et lutte contre la maladie ; (iii) Gestion du projet. La mise en œuvre du projet concernera les régions de Matam et Tambacounda dans sa première composante; les régions de Matam, Tambacounda, Kaolack et Fatick dans sa deuxième composante y compris la lutte contre les IST/VIH/SIDA; les niveaux national, régional et local dans sa troisième composante. Le projet aura une durée d'exécution de cinq (5) ans à compter de janvier 2004. Les domaines d'intervention du projet concerneront: le district sanitaire; le deuxième niveau de référence; le système d'administration et de gestion de la santé. Les composantes sont : i) renforcement de la couverture sanitaire; ii) la lutte contre la maladie ; iii) la gestion du projet.

Principaux impacts environnementaux et sociaux

Les activités de mise en œuvre de ce projet, comportent des impacts environnementaux associés aux travaux de réhabilitation et de construction. Les mesures d'hygiène et d'assainissement au niveau des communautés et mis en relief par les ONG dans l'exécution des activités d'IEC, comportent tous les aspects préventifs liés à la lutte contre la maladie notamment, l'hygiène, la propreté de l'environnement, la lutte contre le paludisme et la maladies diarrhéiques, l'élimination des déchets ménagers solides, etc. Ces mesures préventives ont pour objectif de lutter contre les maladies liées à la mauvaise hygiène et la santé environnementale et de combattre facilement les maladies infantiles, et le paludisme. Les communautés seront étroitement associées à la mise en œuvre de ces actions.

Les activités de construction/réhabilitation des formations sanitaires prévues dans le cadre du projet pourront engendrer des impacts négatifs directs en ce qui concerne la localisation de ces infrastructures et leur fonctionnement. Les structures à construire sont les suivantes : (i) la construction de huit (8) postes de santé, d'un (01) centre de santé de référence à Ranérou et d'un centre de santé secondaire à Kanel. Dans la Région de Tambacounda, le projet entreprendra au premier niveau d'intervention la construction de six (6) postes de santé dans le département de Kédougou. Le second niveau d'intervention comporte la construction d'un (01) hôpital régional à Matam.

Programme d'optimisation et d'atténuation des impacts

Les impacts éventuellement négatifs seront toutefois limités et pourront être atténués par l'application de mesures appropriées. En effet, les travaux seront réalisés conformément aux normes requises en la matière et en fonction des caractéristiques physiques des sites. Des dispositions seront ainsi prises pour éviter les problèmes d'érosion, de ravinement et de stagnation des eaux de pluie ou d'inondation. Les sites de construction seront végétalisés, de même que l'évacuation des eaux résiduaires et de ruissellement sera convenablement assurée. Les

SENEGAL
PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DANS LES REGIONS DE
MATAM, KAOLACK, FATICK ET TAMBACOUNDA (PROJET SANTE II)

NOTE DE GESTION ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE

déchets biomédicaux seront traités dans des incinérateurs construits dans l'enceinte des structures de santé par le projet ou le Fonds nordique. En plus, l'amélioration des VRD et des systèmes d'évacuation adéquats permettra l'élimination des déchets liquides et toxiques. Toutefois, il sera demandé aux architectes et techniciens de génie civil, par le biais de l'AGETIP, de veiller à ce que

l'érection des bâtiments soient conforme aux exigences liées aux sites, du fait de la nature et de l'utilisation desdits bâtiments, la proximité avec les habitations privées, ainsi que les aménagements extérieurs afin de lutter contre l'érosion (plantation d'arbres ou de pelouse). Enfin, le volet formation des agents de santé communautaires, des associations et groupements, des comités de santé par les ONG devrait aussi comporter un aspect pratique concernant l'éducation pour la conservation des arbres et de l'environnement.

PROGRAMME DE CONTROLE ET SUIVI ENVIRONNEMENTAL

Le projet financera les études nécessaires au génie civil, ainsi que la supervision des travaux de construction des différentes structures de santé. La coordination et la gestion des études et des travaux de construction/réhabilitation seront assurées par AGETIP. Les dossiers d'appel d'offres concernant les constructions contiendront des directives exigeant que les entreprises attributaires des marchés de construction/réhabilitation des infrastructures procèdent au préalable à une évaluation environnementale dont les résultats seront pris en compte dans la conception finale et la réalisation desdits ouvrages. Les mesures environnementales envisagées par les soumissionnaires feront partie des critères d'appréciation des offres de travaux. Le principe de contrôle périodique aussi bien des infrastructures sanitaires que des produits usés et du matériel médical selon les règles architecturales et sanitaires feront l'objet d'un cahier de charges avec une liste exhaustive d'éléments qui seront régulièrement évalués.

RENFORCEMENT DES CAPACITES ET APPUI INSTITUTIONNEL

En plus du suivi de l'application des mesures visant l'atténuation correcte des impacts les plus significatifs du projet, la conception du projet intègre également des mesures destinées au renforcement des capacités institutionnelles. Ainsi, le projet offrira, à travers un certain nombre d'activités, l'occasion d'améliorer d'élever le niveau de connaissance des problèmes environnementaux soulevés par la réalisation des infrastructures socio-sanitaires.

CONSULTATION DU PUBLIC

Il importe d'associer étroitement les populations à la conception des sous-projets d'infrastructures les concernant, au moins à travers des séances formelles d'information du public avant le début des travaux. Les séances auront lieu sur chacun des localités-sites en présence des autorités locales administratives et traditionnelles, et seront ouvertes à toutes les populations désireuses d'être informées, ainsi que les ONG intervenant dans les régions ciblées par le projet. Les mesures environnementales y seront également exposées et discutées avec les bénéficiaires. Leurs avis seront recueillis et portés dans un compte-rendu de réunion.

ESTIMATION DES COÛTS

Un fonds destiné à financer des consultations ponctuelles y compris les activités de suivi environnemental est prévu dans l'estimation des coûts du projet.

CALENDRIER D'EXECUTION ET RAPPORTS

Les différents rapports périodiques sur l'état d'avancement du projet feront également le point sur l'état d'exécution du suivi environnemental.

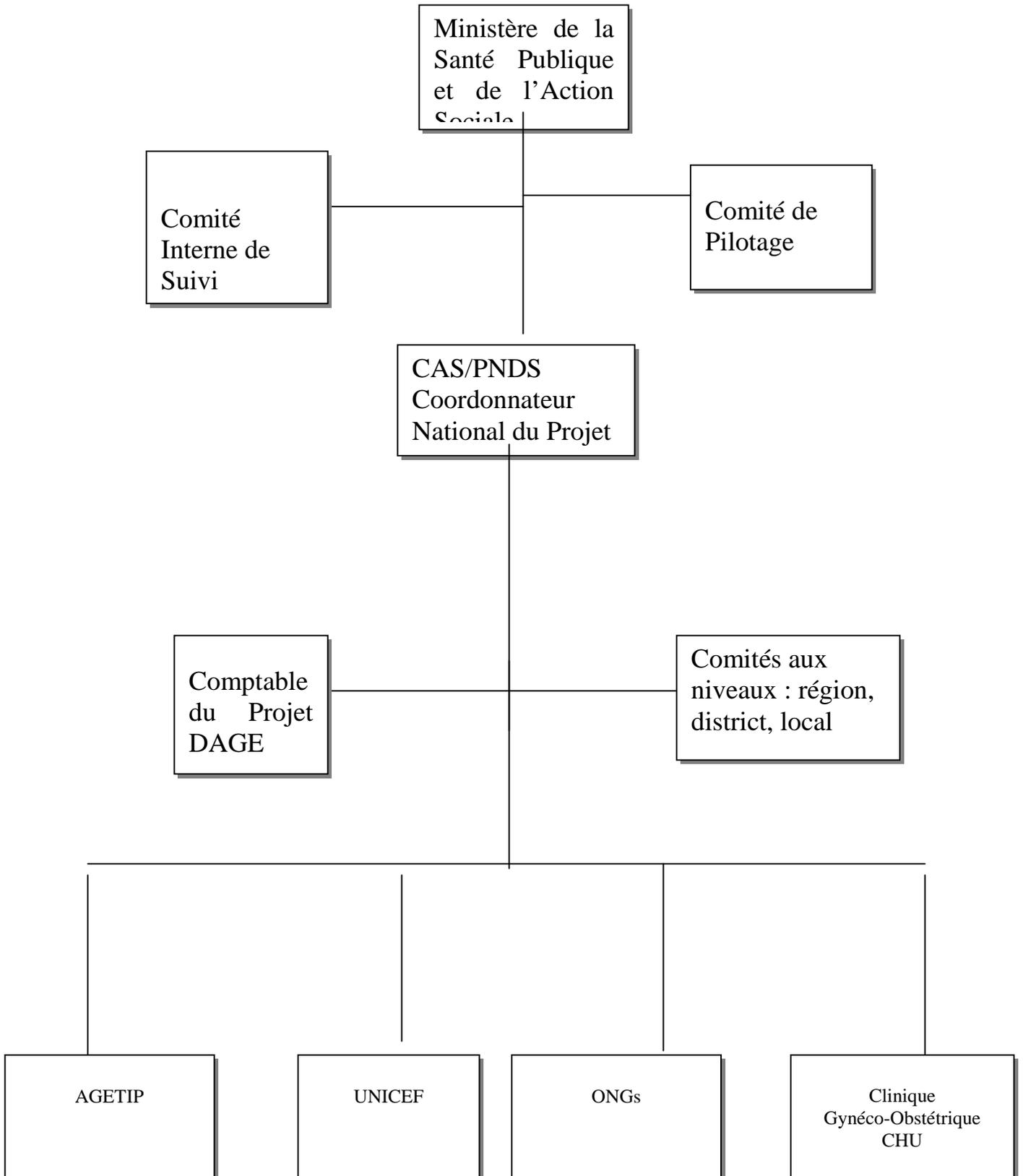
SENEGAL
PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE
DANS LES REGIONS DE MATAM, KAOLACK, FATICK ET TAMBACOUNDA
(PROJET SANTE II)

LISTE DES BIENS ET SERVICES

Sources de financement		FAD			FAT	Gouv	Total			%	
		DEV	ML	Total	Devises	ML	DEV	ML	Total		
Catégories de dépense											
A	Biens	CB	2,47	0,61	3,09	0,00	0,08	2,47	0,69	3,17	24%
		Imp	0,10	0,02	0,12	0,00	0,00	0,10	0,03	0,13	
		H. prix	0,22	0,03	0,25	0,00	0,00	0,22	0,03	0,25	
		CT	2,79	0,67	3,46	0,00	0,09	2,79	0,75	3,55	
B	Travaux	CB	2,27	0,00	2,27	0,00	2,67	2,27	2,67	4,94	37%
		Imp	0,09	0,00	0,09	0,00	0,11	0,09	0,11	0,20	
		H. prix	0,13	0,00	0,13	0,00	0,15	0,13	0,15	0,28	
		CT	2,49	0,00	2,49	0,00	2,93	2,49	2,93	5,42	
C	Services	CB	2,03	1,01	3,03	1,18	0,00	3,20	1,01	4,21	32%
		Imp	0,08	0,04	0,12	0,05	0,00	0,13	0,04	0,17	
		H. prix	0,18	0,10	0,28	0,12	0,00	0,31	0,10	0,41	
		CT	2,29	1,15	3,44	1,35	0,00	3,64	1,15	4,78	
D	Fonctionnement	CB	0,25	0,29	0,54	0,00	0,43	0,25	0,72	0,97	7%
		Imp	0,01	0,01	0,02	0,00	0,02	0,01	0,03	0,04	
		H. prix	0,02	0,03	0,05	0,00	0,04	0,02	0,07	0,09	
		CT	0,28	0,34	0,61	0,00	0,48	0,28	0,82	1,10	
Total		CB	7,02	1,92	8,93	1,18	3,18	8,19	5,09	13,28	100%
		Imp	0,28	0,08	0,36	0,05	0,13	0,33	0,20	0,53	
		H. prix	0,56	0,16	0,71	0,12	0,20	0,68	0,35	1,03	
		CT	7,85	2,15	10,00	1,35	3,50	9,20	5,65	14,85	

SENEGAL
PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE
DANS LES REGIONS DE MATAM, KAOLACK, FATICK ET TAMBACOUNDA
(PROJET SANTE II)

ORGANIGRAMME DE LA STRUCTURE DE MISE EN OEUVRE DU PROJET



SENEGAL

**PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DANS LES
REGIONS DE MATAM, KAOLACK, FATICK ET TAMBACOUNDA (PROJET SANTE II)**

TABLE DE MATIERE DU DOCUMENT D'EXECUTION

Avant propos

Liste des abbréviations

- I. INTRODUCTION
- II. OBJECTIFS, DESCRIPTION, CADRE INSTITUTIONNEL ET PARTENAIRES DU PROJET
 - 2.1 Objectifs du projet
 - 2.2 Description des composantes du projet
 - 2.3 Organe d'exécution du projet
 - 2.4 Zones du projet
 - 2.5 Partenaires du projet
- III. PROCEDURES D'ACQUISITIONS DES BIENS, SERVICES ET TRAVAUX
- IV. PROCEDURES COMPTABLES, FINANCIERES ET DE CONTROLE DU PROJET
- V. PROCEDURES DE SUIVI ET D'EVALUATION DU
- VI. ANNEXES TECHNIQUES
 - Annexe 1 : Programmes architecturaux des PS, CS
 - Annexe 2 : Détails des calculs de coûts de l'hôpital
 - Annexe 3 : Coûts récurrents du projet
 - Annexe 4 : Coûts détaillés du projet
 - Annexe 5 : TDR du personnel cadre
 - Annexe 6 : TDR des partenaires techniques
 - Annexe 7 : TDR des études ex-ante et ex-post
 - Annexe 8 : TDR de trois études sur le VIH/SIDA
 - Annexe 9 : Tableau détaillé des formations
 - Annexe 10 : Liste des sites du projet
 - Annexe 11 : Liste des véhicules à acquérir dans le cadre du projet

PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DANS LES REGIONS DE MATAM, KAOLACK, FATICK ET TAMBACOUNDA (PROJET SANTE II)

Résumé des opérations de la Banque en cours du 15 mars 2003

	Projet	Date d'approbation	Date de Signature	Date de Mise en vigueur	Date de clôture	Date du dernier décaissement effectué	Montant approuvé (en milliers d'UC)	Montant annulé (en milliers d'UC)	Montant décaissé (en milliers d'UC)	Montant restant à décaisser (en milliers d'UC)	Ratio de décaissement (en %)
A	AGRICULTURE										
1	PROJET DE MODERNISATION ET D'INTENSIFICATION AGRI.	05/06/1997	05/22/1997	10/23/1998	06/29/2003	12/20/2002	10,000,000.00	0.00	9,244,474.45	755,525.55	92.44
2	ETUDE D'EXECUTION DE TROIS BARRAGES COLLINAIRES	04/30/1998	05/27/1998	12/05/2001	12/31/2002	01/28/2003	1,090,000.00	0.00	306,249.62	783,750.38	28.10
3	PROJET D'ELEVAGE II	05/17/2000	07/14/2000	02/01/2002	12/31/2007	11/19/2002	10,000,000.00	0.00	272,915.53	9,727,084.47	2.73
4	APPUI AU DEVELOPPEMENT RURAL DU BASSIN DE L'ANAMBE	04/25/2001	10/26/2001	07/11/2002	12/31/2008	11/07/2002	7,180,000.00	0.00	104,085.49	7,075,914.51	1.45
5	PROJET D'INFRASTRUCTURES RURALES	04/03/2002	05/06/2002		12/31/2006		11,852,000.00	0.00	0.00	11,852,000.00	0.00
	<i>Total Agriculture</i>						40,122,000.00	0.00	9,927,725.09	30,194,274.91	24.74
B	TRANSPORT										
1	ROUTE DIAM NADJO-MBOUR	07/12/2001	10/26/2001	12/29/2002	12/31/2005	12/01/2003	15,000,000.00	0.00	2,258,532.23	12,741,467.77	15.06
	<i>Total Transport</i>						15,000,000.00	0.00	2,258,532.23	12,741,467.77	15.06
C	EQUIPEMENTS COLLECTIFS										
1	PROJET D'ASSAINISSEMENT DE DAKAR	07/12/2001	10/26/2001	12/29/2002	12/31/2006		11,930,000.00	0.00	0.00	11,930,000.00	0.00
2	S E C A L (PROGRAM.D'AJUST.SECTOR. POUR L'ENERGIE)	10/28/1998	12/11/1998	12/29/1998	12/31/2001	12/29/1998	10,000,000.00	0.00	6,000,000.00	4,000,000.00	60.00
	<i>Total Equipements Collectifs</i>						21,930,000.00	0.00	6,000,000.00	15,930,000.00	27.36
D	SOCIAL										
1	EDUCATION II	12/17/1996	01/31/1997	12/16/1997	12/31/2002	01/10/2003	12,000,000.00	0.00	6,669,107.56	5,330,892.44	55.58
2	PROJET SANTE I	12/10/1997	05/27/1998	03/09/2000	12/31/2003	03/07/2003	10,000,000.00	0.00	2,357,006.48	7,642,993.52	23.57
3	LUTTE CONTRE LA PAUVRETE	06/30/1999	08/19/1999	04/06/2001	12/31/2004	11/07/2002	10,000,000.00	0.00	1,244,234.88	8,755,765.12	12.44
4	LUTTE CONTRE LA PAUVRETE	06/30/1999	08/19/1999	08/19/2001	12/31/2004	11/07/2002	1,750,000.00	0.00	361,906.04	1,388,093.96	20.68
5	APPUI AU DEV. EDUC. DE BSE & ENS. MOYEN/SECONDAIRE	09/13/1999	10/07/1999	03/03/2001	12/31/2004	02/07/2003	11,500,000.00	0.00	1,784,070.10	9,715,929.90	15.51
6	APPUI AU DEV. EDUC. DE BSE & ENS. MOYEN/SECONDAIRE	09/13/1999	10/07/1999	03/03/2001	12/31/2004	10/04/2002	1,500,000.00	0.00	233,361.86	1,266,638.14	15.56
	<i>Total Social</i>						46,750,000.00	0.00	12,649,686.92	34,100,313.08	27.06
E	MULTI SECTEUR										
1	PROGRAMME DE REFORME TARIFAIRE ET DE PROMOTION DE	12/08/2000	12/21/2000	01/11/2001	12/31/2002	12/24/2002	20,000,000.00	0.00	19,995,197.84	4,802.16	99.98
2	APPUI A LA DIRECTION DE LA PREVISION ET DE LA STATISTIQUE.	12/12/2002	07/02/2003				1,550,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	<i>Total Multi Secteur</i>						21,550,000.00	0.00	19,995,197.84	4,802.16	92.79
	TOTAL						145,352,000.00	0.00	50,831,142.08	92,970,857.92	34.97

Annexe

CONFIDENTIEL

FONDS AFRICAIN DE DEVELOPPEMENT

ADF/BD/WP/2003/43/Add.1

17 juin 2003

Préparé par :OCSD

Original : Français

Date probable de présentation au Conseil :
18 juin 2003

POUR EXAMEN

MEMORANDUM

AU : CONSEIL D'ADMINISTRATION

DE : Cheikh I. FALL
Secrétaire général

OBJET : SENEGAL : PROPOSITION VISANT L'OCTROI D'UN PRET FAD DE 10 MILLIONS D'UC ET UN DON DE 1,35 MILLION D'UC POUR LE FINANCEMENT DU PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DANS LES REGIONS DE MATAM, TAMBACOUNDA, FATICK ET KAOLACK (SANTE II)

ADDENDUM*

Veillez trouver ci-joint **un addendum** au rapport d'évaluation cité en objet.

P.J. :

Cc. : Le Président

* Pour toute question concernant ce document, veuillez contacter :

Mme Z. EL BAKRI	Directeur	OCSD	Poste 2045
M. E. PORGO	Chef de division p.i	OCSD.2	Poste 2563
Mme B. BA	Expert en Santé	OCSD.2	Poste 2306

**SENEGAL : PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT
SANITAIRE DANS LES REGIONS DE MATAM, TAMBACOUNDA, KAOLACK ET
FATICK (SANTE II)**

ADDENDUM RELATIF A L'UTILISATION DES RESSOURCES DU DON

1. Le présent addendum vise d'une part à préciser la nature des activités financées sur les ressources du Don dans le cadre du Projet d'Appui au plan national de développement sanitaire dans les régions de Matam, Tambacounda, Kaolack et Fatick (Santé II) au Sénégal et d'autre part, à donner un résumé des principaux indicateurs de performance concernant la réalisation des activités financées sur les ressources du Don d'un montant de 1,35 million d'UC.

NATURE DES ACTIVITES FINANCEES

2. Comme l'indiquent les paragraphes 4.8.2 et 4.5.17 du rapport et conformément à la politique du FAD IX, les ressources du don serviront à financer les activités d'Information, Education, Communication (IEC) de lutte contre la maladie et surtout les IST/VIH/SIDA. Ces activités d'IEC ont été retenues pour être financées sur les ressources du don parce que plus appropriées pour un tel financement. Il s'agit des activités « soft » contrairement aux activités d'infrastructures qui sont quant à elles financées sur les ressources du prêt. En outre l'utilisation des ressources du don contribuera au renforcement du partenariat avec la société civile. En effet quatre ONG (une par région) seront recrutées pour exécuter les activités communautaires décrites au niveau des composantes 1 (renforcement de la couverture sanitaire) et 2 (amélioration de la qualité des services de santé de la reproduction et lutte contre la maladie). De façon spécifique, les activités à financer sur les ressources du don contribueront à :

- a) l'accroissement de la demande de services grâce aux actions suivantes : information, éducation et communication/IEC (sensibilisation et mobilisation des populations autour des problèmes prioritaires de santé , sensibilisation des populations, notamment les femmes en grossesse, à utiliser les services des centres de dépistage anonyme et volontaire du VIH/SIDA ; activités de plaidoyer (Sensibilisation des leaders communautaires, religieux et des collectivités locales aux activités du projet en vue d'obtenir leur soutien et leur participation , sensibilisation des communautés et des collectivités en vue d'une appropriation de la maintenance des investissements, etc.) ;
- b) l'accroissement de l'offre de services de santé préventive grâce : (i) aux actions promotionnelles telles que les formations des communautés en méthodes participatives, des pairs éducateurs sur les méthodes et moyens de prévention contre les IST/VIH/SIDA, des accoucheuses, des groupements de femmes, etc. ; (ii) au renforcement de l'organisation en suscitant des initiatives au sein des organisations communautaires contribuant à améliorer l'état de santé, à accéder aux services de santé et assurer la maintenance des infrastructures en matière de santé.

INDICATEURS DE PERFORMANCE

3 Les activités financées sur le prêt et celles financées sur le Don visent les mêmes objectifs. Aussi lors de l'évaluation du projet, les indicateurs de performance du projet n'ont pas été scindées selon la source de financement. En effet étant donné que les ressources du don et celles du prêts sont combinées pour financer le même projet, l'impact attendu par rapport à la réduction de la prévalence du VIH/SIDA et de la mortalité maternelle ne peut pas être attribué de façon isolée aux seules ressources du don ou à celles du prêt. Cependant, étant donné que les activités d'IEC de lutte contre le VIH/SIDA (jugées efficaces pour la réduction de la prévalence du VIH/SIDA) seront complètement financées sur les ressources du don, il est attendu que le don ait un impact plus important sur les indicateurs relatifs à la réduction de la prévalence du VIH/SIDA. Le cadre logique du projet est joint en annexe.

**PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL
DANS LES REGIONS DE MATAM, TAMBACOUNDA , KAOLACK ET FATICK
MATRICE DU PROJET**

HIERARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	Moyens de Vérification	Hypothèses et Risques importants
<p>1. Objectif Sectoriel</p> <p>1. Améliorer l'état de santé de la population en général et celui de la mère et de l'enfant en particulier</p>	<p>1.1.1 : Taux de mortalité générale réduit de 18 p. 1000 en 2003 à 16 p. 1000 en 2008</p> <p>1.1.2 : Taux de mortalité maternelle réduit de 510 p. 100 000 en 2003 à 450 p. 100 000 en 2008</p> <p>1.1.3 : Taux de mortalité infanto-juvénile réduit de 113 p. 1000 en 2003 à 72 p. 1000 en 2008</p>	<p>1.1.1 :Données du RGPH,</p> <p>1.1.2 : Données du DSRP</p> <p>1.1.3 :Données EDS</p> <p>1.1.4 : Données SGIS</p>	
<p>2. Objectifs du projet</p> <p>i) Contribuer à l'amélioration de la couverture sanitaire</p> <p>ii) Contribuer et à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux problèmes de santé de la reproduction, aux principales maladies infantiles, au paludisme et aux IST/VIH/SIDA</p>	<p>De 2003 à 2008 :</p> <p>2.1.1 : Augmentation de la couverture sanitaire en PS à Matam d'1 PS pour 6147 hbts à 1 PS pour 5507 hbts (soit une augmentation de 17%)</p> <p>2.1.2 : Budget de maintenance prévu par au moins 50% des collectivités locales</p> <p>2.1.3 La maintenance pratiqué par au moins 50% des centres de santé et postes de santé.</p> <p>2.2.1 : Le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié augmenté de 37% à 60% (moyenne nationale)</p> <p>2.2.2 : la prise en charge en SOU assurée par 100% des centres de santé de référence conformément aux normes et procédures</p> <p>2.2.3 : Le pourcentage de décès dû au paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans réduit de 9 % en 2002 à 5 % , dans le cadre du PCIME</p> <p>2.2.4 : Le taux de prévalence chez les adultes (15-49 ans) réduit de 1,4% à moins de 1%</p> <p>2.2.5 : Au moins 80% des comités de santé sont fonctionnels avec tous les membres formés et comportent au moins 1/3 de femmes</p>	<p>2.1.1 : Rapports de supervision, données du SNIS, revue à mi-parcours</p> <p>2.1.2 : Budgets des collectivités et rapports des centres et postes de santé</p> <p>2.2.1 : rapports des structures de santé, du programme SR, enquêtes ponctuelles, données du SIGS</p> <p>2.2.2 : rapports des structures de santé, enquêtes ponctuelles, du programme SR, données du SIGS</p> <p>2.2.3 : Rapports des structures de santé et du programme PCIME</p> <p>2.2.4 : Enquêtes, rapports du programme de lutte contre les IST/VIH/SIDA</p> <p>2.2.5 :Rapports des ONG et des postes de santé</p>	<p>2.1.1.1 : disponibilité budget au niveau des collectivités</p> <p>2.1.1.2 : Disponibilité des dotations budgétaires de l'Etat</p> <p>2.1.1.3 : Politique de développement des ressources humaines</p> <p>2.1.1.4 : Politique de maintenance élaboré</p> <p>2.2.1.1 Idem</p> <p>2.2.1.2 Idem</p> <p>2.2.1.3 Idem</p> <p>2.2.1.4 Idem</p> <p>2.2.1.5 Idem</p>