

Document of
The World Bank

FOR OFFICIAL USE ONLY

CR 2255-SE

Report No. 9180-SE

STAFF APPRAISAL REPORT

REPUBLIC OF SENEGAL

HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT PROJECT

MARCH 12, 1991

Population and Human Resources
Operations Division
Sahelian Department
Africa Region

This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.

CURRENCY EQUIVALENTS

Currency Unit = CFA Franc (CFAF) / US\$1.0 = CFAF 260 (October 1990)

MEASURES

1 m = 1.09 yd.
1 m² = 10.16 sq. ft.
1 kilometer (km) = 0.62 mile

ABBREVIATIONS AND ACRONYMS

AFVP	Association française des Volontaires du Progrès
AGETIP	Agence d'exécution des Travaux d'Intérêt Public contre le sous-emploi
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASBEF	Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial
APH	Association pour la Promotion de l'Hôpital
CDEPS	Centre départemental d'Education populaire et sportive
CHO	Community Health Organization
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CONAPOP	National Population Commission
CPR	Contraceptive Prevalence Rate
CS	Comité de Santé
CSU	Component Support Unit
DAEB	Direction de l'Alphabétisation et de l'Education de Base
DGAE	Directorate of General Administration and Equipment
DHDP	District Health Development Plan
DHR	Division of Human Resources
DHS	Demographic and Health Survey
DMO	District Medical Officer
DMO2	Second District Medical Officer
DSA	Directorate of Social Affairs
ED	Essential Drugs
FLE	Family Life Education
FP	Family Planning
HEU	Health Education Unit
HP	Health Post
HPN	Health Post Nurse
HRD	Human Resources Division
IEC	Information, Education and Communication
IPM	Institut de Prévoyance des Maladies
IPPF	International Planned Parenthood Federation
MCH	Maternal and Child Health
MCWC	Ministry in charge of the Condition of Women and Children
MEFP	Ministry of Economy, Finance and Planning
MOHSA	Ministry of Health and Social Affairs
MOI	Ministry of the Interior
MYS	Ministry of Youth and Sports
NGO	Non-Governmental Organization
PAIP	Priority Action and Investment Program
PBEF	Projet Bien-Etre Familial
PCU	Project Coordination Unit
PEF	Projet Economique des Femmes
PHC	Primary Health Care
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PSFP	Projet Santé Familiale et Population (USAID)
RHDP	Regional Health Development Plan
RMO	Regional Medical Officer
RNI	Rate of Natural Increase
SANFAM	Santé de la Famille
SRO	Small Rural Operations
STD	Sexually Transmitted Disease
UNDP	United Nations Development Programme
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
USAID	U.S. Agency for International Development
VSPP	Volet Secteur Privé et Parapublic
WID	Women in Development
WHO	World Health Organization

FISCAL YEAR

for FY91-92: July 1, 1991 - December 31, 1992
starting FY93: January 1 - December 31

REPUBLIC OF SENEGALHUMAN RESOURCES DEVELOPMENT PROJECTPopulation and HealthTable of Contents

<u>CREDIT AND PROJECT SUMMARY</u>	i
<u>PART I: INTRODUCTION</u>	1
<u>PART II: THE POPULATION AND HEALTH SECTORS</u>	1
A. Population: A New Policy and Action Program Taking Shape	1
1. Sectoral Background	1
2. Issues in Family Planning Delivery	3
3. Government's Population and Family Planning Strategy	4
B. Health: A Sector in Need of Reform	6
1. Sectoral Background	6
2. Issues in Health Service Delivery	9
3. Government's Health Strategy	11
4. Financing the District Health System	14
C. The Bank Group's Role	16
<u>PART III: THE PROJECT</u>	18
A. Project Objectives and Description	18
B. Part I: Implementing the National Population Policy	19
1. Strengthening the National Family Planning Program	19
2. Promoting the Status of Women	22
3. Reaching Young Men and Women	24
4. Institutional Strengthening for Promoting the National Population Program	25
C. Part II: Implementing the National Health Policy	26
1. Developing the District Health System	26
2. Promoting Essential Drugs	30
3. Institutional Strengthening in the Health Sector	32
D. Project Costs and Financing Plan	33

This report is based on the findings of an appraisal mission which visited Senegal in June 1990, comprising Messrs./Mmes T.J. Ho (Economist/Mission Leader); R. Vours (Sr. Economist); P. Geli (Implementation Specialist/Consultant); J.P. Unger (Public Health Specialist/Consultant); J. Lecomte (Family Planning Specialist/Consultant); L. Camiré (AIDS Specialist/Consultant); B. Dumont (Functional Literacy Expert/Consultant); D. Dupety (Architect/Consultant); and A. Diawara (Operations Officer/IBRD Dakar). Mr. Aubrey Williams (EXTIE) and R. Castadot (EMTPN) were the peer reviewers/lead advisors for the operation. Mr. Florent Agueh and Ms. Katherine Marshall are the managing Division Chief and Department Director, respectively, on this matter.

This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.

(Table of Contents, continued)

<u>PART IV: PROJECT IMPLEMENTATION</u>	34
A. Status of Project Preparation and Readiness	34
B. Project Coordination and Management	35
C. Project Monitoring and Evaluation	37
D. Specialist Services	37
E. Procurement	37
F. Disbursements	39
G. Accounting, Auditing and Reporting	41
<u>PART V: PROJECT BENEFITS AND RISKS</u>	41
<u>PART VI: AGREEMENTS TO BE REACHED AND RECOMMENDATIONS</u>	42
<u>Annexes:</u>	
1 Basic Data Sheet and Comparative Indicators	45
2-1 Organization Chart of MOHSA	47
3-1 The National Family Planning Program	48
3-2 Promoting Women in Development	63
3-3 Reaching Young Men and Women	71
3-4 Proposed District Health Care System	77
3-5 Training Programs for District Health Personnel	85
3-6 Health District Development Plans	100
3-7 Personnel Redeployment and Recruitment for the District Health System	103
3-8 Financing Plan for the District Health System	114
3-9 Proposed Reform of the National Pharmacy	127
3-10 Proposed Revised Structure of Community Health Organizations	146
3-11 Monitoring Indicators for the National Population Policy	152
3-12 Program and Project Costs	160
3-13 Key Documents in the Project File	171
4-1 Specialist Services	173
4-2 Disbursement Profile	175
4-3 Supervision Plan	176

MAP: IBRD 22835

REPUBLIC OF SENEGAL

HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT PROJECT

Population and Health

CREDIT AND PROJECT SUMMARY

Borrower: Republic of Senegal

Beneficiary: Ministries of Health and Social Affairs; Economy, Finance and Planning; Interior; Youth and Sports Services; Women

Credit Amount: SDR 25.4 million (US\$35.0 million equivalent)

Terms: Standard, with 40 years maturity

Project

Description:

The objectives of the proposed project are to support Government's efforts to: (i) control fertility and reduce the rate of population growth, through the implementation of a National Population Program; and (ii) restructure the health sector to enable it to provide basic health services of improved quality and wider accessibility, through the implementation of its National Health Policy. To achieve these objectives, the project would finance investments for (a) population to: (i) strengthen the National Family Planning Program; (ii) promote the status of women; (iii) sensitize youth on family welfare issues; and (iv) strengthen institutional capacity to promote the national population program; and (b) health to: (i) develop the district health system, including the promotion of community health organizations; (ii) promote the use and availability of essential drugs; and (iii) strengthen institutional capacity in the health sector, with emphasis on manpower development, and budgeting and financial planning.

While the project is a specific investment operation, it will involve the adoption and implementation of key policy measures in both the population and health sectors including: (i) liberalization of regulations on contraceptive distribution and use; (ii) adoption of organizational norms for the district health system, ensuring sufficient budgetary allocations, personnel redeployment, and adoption of organizational and procedural guidelines for community health associations; and (iii) promotion of essential drugs.

Benefits and

Risks:

The population component would have broad benefits in terms of increased awareness of population issues and increased receptivity to family planning, especially among women in rural areas and youth in semi-urban areas. Family planning services would be extended to over 350 health posts in the country (from an insignificant number at present), and over 150 practitioners and pharmacists in the private sector would be able to offer services and information. Government's ability to coordinate, implement and evaluate population-related action programs would be strengthened. As a result of the above package of services, the contraceptive prevalence rate should rise from

the present level of 3.4% to around 14% by 1995, providing the momentum required for an increase to around 22% by the year 2000 -- assuming the necessary level of effort is maintained. Restructuring measures in the health sector would help reduce unit costs of basic health care, making possible a significant improvement in quality and coverage with relatively minor increases in resource allocations. The exact value of these cost savings is difficult to quantify. They would include savings on the cost of drugs (around 50-75% decrease in cost per episode), scale economies derived from integrating vertical programs into the standard service package for health posts and health centers, and savings on hospital costs of primary cases pre-screened at the post and center levels. Increased mobilization of private resources to cover the cost of health services would improve the long-term sustainability of gains in quality and coverage and increase accountability within the health service system. The health component would benefit most of the population through improved availability of drugs and quality of services which would increase utilization rates in about half of existing facilities by as much as three times current levels. In addition, over three million people in three regions in the project's zone of concentration would gain improved access to basic services through a 30% increase in the number of health posts in these regions. Although the project makes no direct investment at the hospital level, hospitals will be relieved of present excessive demand for basic care as a result of improved primary- and secondary-level services and hence be better able to provide specialized services.

The main risks are: (a) the complex nature of the project and consequent expected implementation difficulties; (b) the many different changes required in policy orientation of the Government at the macro level, and in the behavior of service providers at the field level, and the possibility that these changes may not occur at the desired pace; and (c) heavy dependence on local health committees for resource mobilization at the health post level, and the difficulty of ensuring their efficient operation. To minimize implementation risks, close attention has been given during preparation to defining implementation arrangements and inter-ministerial working relationships; the project will, however, require more than average supervision. Extensive policy discussions during preparation within the Government and between the Government and IDA (and including other donors) improve the chances of continued Government commitment to its newly adopted policies. To minimize risks stemming from the "human element" in service providers, close attention has been given to supervision and training aspects of all components. Special efforts to improve management of community health organizations (including revision of internal regulations, and training for health personnel on supporting their development) and information campaigns aiming to clarify the role of these organizations to the general public would improve their chances of success.

REPUBLIC OF SENEGAL

HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT PROJECT

Population and Health

SUMMARY AND PROJECT COST ESTIMATES

(US\$ million) ^{a/}

	<u>Estimated Costs</u>		<u>b/</u>
	<u>Local</u>	<u>Foreign</u>	<u>Total</u>
1. Strengthening the National Family Planning Program	0.6	2.6	3.2
2. Promoting the Status of Women	2.2	2.5	4.6
3. Reaching Young Men and Women	0.3	1.3	1.7
4. Institutional Strengthening for Promoting the National Population Program	0.1	0.2	0.3
5. Developing the District Health System	5.4	8.1	13.5
6. Promoting Essential Drugs	0.2	3.6	3.7
7. Institutional Strengthening in the Health Sector	0.1	0.3	0.4
8. Project Coordination and Management	0.5	2.6	3.1
9. Refinancing of PPF and SPPF	0.3	0.5	0.8
TOTAL BASE COSTS	9.7	21.6	31.3
Physical Contingencies	0.7	1.8	2.5
Price Contingencies	1.1	3.0	4.1
<u>TOTAL PROJECT COSTS</u>	<u>11.5</u>	<u>26.4</u>	<u>37.9</u>

Financing Plan:

	<u>US\$ million</u>
IDA	35.0
Government	<u>2.9</u>
TOTAL	37.9

^{a/} Totals may not add up due to rounding.

^{b/} Net of taxes and duties.

Estimated Disbursements:

	<u>US\$ million</u>			
FY	<u>92</u>	<u>93</u>	<u>94</u>	<u>95</u>
Annual	8.5	12.6	11.6	2.3
Cumulative	8.5	21.1	32.7	35.0

REPUBLIC OF SENEGAL

HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT PROJECT

Population and Health

I. INTRODUCTION

1.1 The Government of Senegal has requested IDA's assistance in financing a project to help achieve its goals for human resources development. Total project costs are estimated at US\$37.9 million. The Government would contribute about US\$2.9 million. The remaining US\$35.0 million would be financed by IDA. The Basic Data Sheet and comparative indicators are found in Annex 1.

1.2 The proposed project is the first of a series of operations to be developed under the umbrella of a comprehensive human resources development program which constitutes a key element of Senegal's medium-term social and economic development plan. The proposed project focuses on the population and health sectors; a second project, scheduled for FY92, will focus on the education and training sectors. Both projects aim to maximize quality of and access to basic social services through a clearer definition of sectoral priorities, strict adherence to these priorities in the allocation of resources, improved relevance in the content of services delivered, greater operational efficiency, and the mobilization of additional resources, public and private. These objectives would be attained through a combination of policy reform measures and investments to support the adopted reforms.

1.3 The proposed project would be IDA's second intervention in the development of health services in Senegal. The first project did not include any significant investment in the population sector, thus the present project is IDA's first intervention in that sector. Policy measures and investments included in the project have been developed through extensive dialogue with Senegalese authorities based on a Population Sector Memorandum (June 1987), and through discussions leading to the preparation of the National Population Policy (April 1988) under the third SAL and of the National Health Policy (June 1989) under the ongoing Rural Health Project (Cr. 1310-SEN). Donors involved in both the health and population sectors have participated actively in policy and program formulation. Experience in implementing policy and program activities under the ongoing project has also been applied.

II. THE POPULATION AND HEALTH SECTORS

A. Population: A New Policy and Action Program Taking Shape

1. Sectoral Background

2.1 The National Population Program. Senegal's population totalled 6.9 million according to the 1988 census, and is estimated to be growing at 3.2% p.a. (up from 2.4% prior to 1975). Prospects are bleak for a significant decrease in this rate by the year 2000, given continued reductions in the death rate (1.2% projected for 2000, compared with 1.9% at present), unless a reduction in fertility takes place. Increasingly concerned by these prospects and their impact on the country's future social and economic performance, Government adopted a comprehensive Population Policy Statement in April 1988, calling explicitly for reduced fertility and setting out a multi-sector strategy to attain this objective. While not setting specific demographic targets, the policy statement presents two scenarios for Senegal's

demographic transition: a low-growth scenario which calls for a contraceptive prevalence rate (CPR) of 29% to reach a rate of natural increase (RNI) of 2.87% in 2001, and a medium-growth scenario calling for a CPR of 15% for a RNI of 3.21% in the same year. The conclusion drawn is that a "significant" decline in fertility is necessary if development efforts are to remain unshackled by excessive population growth.

2.2 Since adoption of the national policy, Government has defined a US\$85 million Priority Action and Investment Program (PAIP) designed to give a major impetus to ongoing population and family planning activities. Among the key elements of the PAIP is the definition of a National Family Planning Program that sets quantitative objectives for the short and medium terms -- CPRs of 14% by 1995 and 22% by 2000¹ -- and defines a coherent framework for all family planning (FP) activities in the country. The magnitude of the effort required can be seen in perspective by noting that CPR was estimated at only 2.6% in 1986, compared with a rate of 1% in 1978. Not limited to family planning activities, however, the PAIP includes a cross-sectoral range of actions that would help transform the social and economic environment to favor more rapid fertility decline (including improved maternal and child health, promotion of women's status, increasing involvement of youth, improved employment opportunities, and population-related legislation). The multi-sectoral nature of the PAIP signifies an important evolution in official attitudes towards population-related actions, from a narrow concern for the effects of high fertility on the health of mothers and children, to wider concerns for family welfare and national development objectives. Adoption of the program and actions taken so far by the Government to initiate implementation of the policy (public information campaigns have been stepped up, family planning efforts intensified) make Senegal one of the more advanced Sahelian countries in terms of its outlook on population issues.

2.3 Family Planning (FP) Activities. First introduced in 1970 in a private clinic, modern contraceptive services have become increasingly available over the past two decades. In 1974, the Senegalese Family Planning Association (Association sénégalaise pour le bien-être familial - ASBEF), an affiliate of the International Planned Parenthood Federation (IPPF), was created, opening a FP clinic in Dakar. The first publicly-run FP center opened in Dakar in 1975. With the establishment in 1981 of the USAID-funded Family Health and Population Project (Projet Santé Familiale et Population - PSFP) covering six regions, FP services became available on a larger scale. That project is now in its second phase (through July 1992). More recently, the UNFPA-funded Family Welfare Project (Projet Bien-Etre Familial - PBEF) has undertaken expansion of services in the four remaining regions (1988-1992). The first officially-sponsored attempt to offer services outside the public sector was initiated in 1985 through the Private and Parapublic Sector Component (Volet Secteur Privé et Parapublic - VSPP) of the PSFP. This component, which aims to introduce FP services in clinics serving large private and parapublic enterprises, has covered 45 clinics to date, serving 4,158 contraceptors as of June 1990. A growing number of NGOs, including ASBEF and Pathfinder Fund, have become involved in various aspects of family planning service delivery and IEC. In July 1990, an NGO called Santé de la Famille (SANFAM) was organized to continue private sector activities initiated under the VSPP.

2.4 Because of the still widely respected pronatalist tradition and the general lack of knowledge about FP methods in Senegal, even among health professionals, activities to promote FP and to provide correct information regarding benefits and risks, as well as service availability, are essential to the FP program. Information, education and communication (IEC) activities to promote FP have to

¹ These figures represent CPRs for modern contraceptive methods, corresponding to the officially stated objectives of 22% in 1995 and 28% in 2000, which include modern methods as well as the "natural" method.

date focused on: (i) training of health personnel, social development agents, and volunteer auxiliaries, who together constitute the principal channels for face-to-face communication on FP; (ii) production of pedagogical materials for field personnel and promotional materials such as posters and tee-shirts; (iii) production and diffusion of radio and television spots and other written and audio-visual material for the mass media; and (iv) seminars on FP for local journalists. A highly visible and apparently successful mass media campaign was carried out from July 1988 to June 1989. Most of these activities have been carried out with support from the USAID-funded PSFP.

2. Issues in Family Planning Delivery

2.5 Knowledge, attitudes and practice. Important changes in attitudes towards family planning have been attained over the past years. The Demographic and Health Survey (DHS) of 1986 showed that 70% of women of childbearing age knew of at least one modern contraceptive method, compared with only 23% in 1978. Two other surveys, conducted in 1986 and 1987, showed a favorable attitude of men towards FP as a means to space births; however, there was almost unanimous opposition from men to FP as a means to limit the number of births. The second survey also showed interest in FP among both urban and rural populations. Without necessarily attributing causality, it is encouraging to note that these changes have occurred during a period marked by efforts to promote FP through face-to-face communication as well as through the mass media. However, contraceptive prevalence rates remain low (in 1986, 10.0% for all methods combined: 2.6% for modern methods) compared to the level of knowledge and the reported positive attitudes. Evidently, more intensive IEC efforts as well as more extensive provision of FP services must be undertaken if the ambitious targets of the national FP program are to be attained. In addition, the multi-sectoral approach of the PAIP, which goes beyond specific FP activities to create the social and economic environment that would favor wider acceptance, is becoming increasingly important.

2.6 FP Service Delivery. The number of centers/clinics offering FP services increased from 24 in 1984 to 90 in 1988; the number of FP acceptors served in these centers increased from 397 to 45,811 during the same period. These figures represent an impressive achievement and provide grounds for optimism with regard to the feasibility of FP program targets, provided expansion of service delivery continues and service quality is maintained. To date, service delivery in the public sector has focused on health and MCH centers, located mostly in urban areas. Training of health personnel has been largely limited to doctors and midwives in these centers, with only a small percentage of nurses trained. While urban-based services must be maintained, even strengthened, to meet growing demand, expansion must now turn towards serving rural communities, primarily through the network of rural health posts (typically served by one nurse), village-level "cases de santé" (served by a community health agent and a "matrone") and, eventually, through other existing networks of social service or development agents. At the same time, service delivery in urban areas could be strengthened through the establishment of new FP clinics in key urban centers through the continued expansion of services in private and semi-public enterprises (VSPP), and through the network of private health practitioners.

2.7 Institutional Issues. The recent government restructuring has combined responsibility (within MOHSA) for both FP delivery and FP-IEC, thus simplifying the institutional setup for program management. Inter-ministerial coordination remains important, however, because implementation of FP-IEC activities depends on a variety of communication channels: social development agents of the Ministries of Interior (for women's groups), of Youth (for youth groups), and of Agriculture (for farmers), and the Directorate of Social Affairs of MOHSA; the Ministry of Education (schools and

functional literacy programs); and mass media channels of the Ministry of Communication and Culture. It is essential that MOHSA, and in particular the Health Education Unit responsible for FP-IEC, take strong initiatives to develop and maintain working relationships with these ministries to maximize access to its different target populations.

3. Government's Population and Family Planning Strategy

2.8 Government's population and FP strategies are embodied in the PAIP and the National FP Program document. The key elements of these strategies include expanding FP-IEC and service delivery, promoting the status of women, involving youth in population and FP efforts, reducing legal and regulatory constraints to fertility decline, and strengthening sectoral leadership in population. These strategies are described briefly below. The proposed project would assist Government in carrying out key elements of this strategy. Official adoption of the FP Program document, as discussed and finalized at negotiations, is a condition of credit effectiveness.

2.9 Developing FP-IEC. The Government's FP-IEC strategy aims to continue past and ongoing efforts, with a particular focus on: (i) broadening and deepening research on fertility-related behavior; (ii) linking FP-IEC to activities of interest to target groups such as maternal and child health, functional literacy, and promotion of women, to facilitate its acceptability; (iii) standardizing operational methods and messages, and improving coordination among different projects; (iv) optimizing resource use; and (v) using a multimedia approach with mass media and face-to-face communication channels operating in tandem. The objective is to have 80% of the population informed correctly about the benefits of FP and about the existence and correct utilization of modern contraceptive methods by the year 2000. [In contrast to the 70% of women reported to "know of" a modern contraceptive method in 1986, this objective stresses the importance of correct information about contraceptives and their use.]

2.10 To implement this strategy, at least three important changes must occur. First, because the proposed program will require a significant infusion of resources, it is necessary to instill greater cost consciousness than is presently evident, thus the need for careful monitoring and evaluation of all aspects of the program including assessment of the cost-effectiveness of various approaches. Second, there is need to "professionalize" promotional efforts, perhaps learning from commercial marketing methods which, like FP-IEC, also aim to change "consumer" behavior. This translates operationally into more scientific "market" research, coordinated orchestration of messages sent through different communication channels, and other similar methods used in commercial marketing. Above all, a strong locus for leadership and professional expertise must be established. While the Health Education Unit in MOHSA has some of the necessary technical competence in communication and production, it needs further reinforcement in research and management skills if it is to take on this lead role for FP-IEC, in addition to growing demands for its other services.

2.11 The interpersonal communication program involving social development agents and their network of volunteer auxiliaries demands particular attention. Considerable effort is being invested in training these agents and auxiliaries in FP-IEC, and an ambitious expansion program is proposed. While the training program is well developed, there is little follow-up on implementation in the field and little knowledge as to the impact of their activities. Anecdotal evidence indicates, for example, that logistical constraints significantly curtail agents' mobility, hence their effectiveness. These operational aspects of the IEC "delivery system" must be reviewed with a view to improving efficiency and effectiveness.

2.12 Expanding Family Planning Services. Government proposes to speed up expansion of FP services within the public health system. The immediate priority is to expand FP to the health post level, of which there are over 600 at present. The objective of this strategy is to capitalize on the interactions between FP and maternal and child health (MCH) by completely integrating these services, in particular taking the opportunity to provide FP-IEC or offer FP services during other MCH contacts (prenatal visits, vaccination, nutritional surveillance and education, etc.). Hence, increased credibility of all MCH services at this level would be a necessary prerequisite for successful FP expansion. In the long run, the objective is to "de-medicalize" FP service delivery, making contraceptive advice and distribution available through as many channels as possible.

2.13 MOHSA is preparing to issue, by early 1991, a series of instructions clarifying regulations on the prescription and distribution of contraceptives. A new version of the decree defining MCH services would include FP as part of the basic MCH package and authorize health post nurses (HPNs) to distribute all types of contraceptives, except IUDs. Village health workers and "matrones" would distribute condoms and spermicides; in addition, "matrones" would be allowed, upon completion of appropriate training, to resupply pills after prior prescription. The proposed project will provide assistance for training programs to accompany this liberalization of contraceptive distribution.

2.14 Finally, MOHSA recognizes its lack of sufficient resources to reach its ambitious FP targets and the need to take a stronger position on encouraging FP service delivery through channels outside of public health facilities. Among key potential participants would be private medical and paramedical practitioners, pharmacists and staff of pharmaceutical "dépôts" (to whom people often go for advice on FP), non-health workers involved in the "social marketing" of contraceptives, and private FP organizations such as ASBEF and SANFAM. Thus its role will have to expand from strict service delivery to promotion and development of alternative FP channels. The proposed project will provide assistance for FP activities in the private sector.

2.15 Promoting the Status of Women. Recognizing that significant change in fertility rates would require radical change in women's behavior, particularly in taking decisions regarding their reproductive lives, the national population program calls for actions to improve women's status in society, specifically calling for: improving schooling and literacy rates for women and girls; promoting technical and professional training for women; organizing information campaigns for men and women on these and related issues; diffusing technologies to alleviate women's domestic and agricultural chores; and supporting women's groups, of which there exist over 3,600 at present. Some of these actions have been included in the Action Plan for Women adopted during the Decade for Women (1975-1985) and implemented with assistance from various donors and NGOs. These actions will receive additional support under the proposed PAIP.

2.16 Reaching Young Men and Women. The Population Policy Statement correctly identifies young men and women as key participants in the effort to change fertility behavior in the immediate and long run. It thus calls for efforts to help mobilize their energies to contribute to their self-improvement while participating more effectively in their country's development goals. The PAIP calls for strengthening programs identified in the Ten-Year Action Plan for Youth - literacy courses, vocational training, social and cultural facilities, youth associations - and combining these programs with information and education programs focused on family welfare, safe sexual practices, and responsible parenthood.

2.17 Reducing Legal and Regulatory Constraints. The Population Policy Statement calls for revising or fine-tuning legal and regulatory measures which could have an impact on couples' desired number of children and their access to family planning information and services. A study conducted by Government found that, in addition to inexplicit regulations directly governing FP and contraceptive use, existing fiscal laws and social security measures also worked in favor of larger families. Beyond these measures, the legal environment was found to be fairly liberal compared to other countries. However, implementation of existing legal statutes was found lacking, due to the public's ignorance about their rights and, for aspects concerning women, the "social-religious" interpretation made by officials responsible for applying them. Government proposes to: (i) take immediate action to clarify regulations on FP access (para. 2.13); (ii) further explore the socio-economic implications of revising specific fiscal and related measures; and (iii) initiate information campaigns targeted at those responsible for making and applying the laws (judges, politicians, etc.) as well as those most affected by them (women, youth, health personnel, etc.).

2.18 Strengthening Sectoral Leadership. "Population" is only beginning to take shape as a high priority "sector" within the Senegalese administration and has yet to develop a strong locus of leadership for policy promotion as well as for coordination of its multi-sectoral operational elements. The institutional structure responsible for population-related activities is well-defined: the National Population Commission (CONAPO), serving as advisory body to the Interministerial Council on all population matters; and the Division of Human Resources (DHR) in the Ministry of Economy, Finance and Plan (MEFP), serving as Secretariat to the CONAPO. This structure, which has successfully led the effort to develop and adopt a national population policy and to define the PAIP, must now shift efforts towards coordinating the implementation of a large, cross-sectoral action program involving around ten ministries and numerous NGOs and donor agencies. It must also lead the effort to gain legitimacy for population-related issues by increasing their visibility and raising consciousness at the highest levels of political leadership.

B. Health: A Sector in Need of Reform

1. Sectoral Background

2.19 Health Status. While significant improvements in mortality were experienced particularly in the '50s and '60s, mortality rates remain high in Senegal. The death rate is 16 per thousand, and life expectancy at birth is 48 years. These rates, while better than in the rest of the Sahel, are worse than in most other African countries or in other countries at a similar income level. Infant and child mortality predominate (86 and 113 per thousand, respectively, in 1986), with diarrhea, respiratory disease and malaria as the leading causes of death and illness. Among adults, maternal mortality is a leading cause of death for women of reproductive age. The high fertility rate is recognized as a major factor affecting maternal and child health. Ironically, high fertility rates are, in turn, a consequence of high infant and child mortality. Malnutrition is also a contributor to poor health. Senegal's serious nutritional problems are not problems of overall food supply but rather of seasonality, infectious disease, and maternal overwork. Cardiovascular disease, trauma and sexually transmitted diseases (STD) are also important health problems. The Government is conscious of the potential threat of the spread of the HIV infection and is taking active preventive measures to stem this threat through the implementation of a medium-term action plan on AIDS, with strong assistance from the international donor community.

2.20 The Health Service Sector. The public health system consists of administrative units and health facilities under the direction of the Ministry of Health and Social Affairs (MOHSA). Administrative units are defined according to politico-administrative government units at the central, regional and departmental levels (the latter are called "circonscriptions médicales"). Public health facilities are organized in pyramidal fashion: (i) at the bottom of the pyramid, the health post, which is the first level of contact with the formal health system, but which may supervise a number of community health units ("cases de santé" and "maternités rurales") staffed by community health agents (village health workers and "matrones"); (ii) the second level, the health center, which is the referral level for the health post and which may be linked with a maternal and child health (MCH) center; (iii) the regional hospital; and (iv) the National Hospital System (Centre Hospitalier Universitaire - CHU) consisting of three hospitals in Dakar. The "circonscription médicale", which consists of one to three health centers and all health posts in a given department, is considered to be the basic operational unit at the periphery. In 1988, there were 1,400 "cases de santé" (1 per 5,200 inhabitants), 659 health posts (1 per 11,500 inhabitants) and 47 health centers (1 per 142,300 inhabitants). Seven of the ten regions (excluding Dakar, Fatick and Kolda) have a regional hospital.

2.21 The private health care sector is active but mostly concentrated in the Dakar Region. There are 25 private clinics, 47 health posts, and 272 doctors/dentists and 32 nurses with private practices. The private, non-profit sector runs one hospital and 85 health posts. Finally, several government ministries offer health services to their particular constituencies; outstanding among these is the Hôpital Principal run by the Armed Forces Ministry and considered to be the best hospital in the country. Large private and public enterprises also offer on-site health services, which are funded through a social security-type system known as the Instituts de Prévoyance Maladies (IPM).

2.22 Drug Supplies. The pharmaceutical market is divided into a dynamic and growing private sector, and a stagnant and inefficient public sector. The private sector consists of two local manufacturers (SIPOA, which produces about one hundred products under generic form and in which government owns a minority interest; and PARKE DAVIS); three importers-wholesalers; and around 120 pharmacies (mostly in the Dakar area) and 140 commercial distribution points - "dépôts" - where drugs are sold along with other commercial products (in Dakar and larger towns). The public sector consists of the National Pharmacy (Pharmacie Nationale d'Approvisionnement - PNA), managed by MOHSA, which supplies public health facilities and community health organizations. SIPOA has been the main supplier vis-à-vis the public sector for all drugs it produces. Otherwise, the PNA supplies itself through the international market (primarily French sources) and receives donations from international aid agencies. Donated drugs also reach health facilities directly at all levels of the health pyramid. Finally, there is an active black market in drugs.

2.23 Prices in the private drug market are controlled, based on a fixed margin on purchase price. Smaller margins are allowed for a number of drugs on a "social list" in order to lower prices. However, these smaller margins reduce the private distributor's incentive to carry "social" drugs and have had the contrary effect of limiting availability. In addition, because the private market carries drugs mostly in non-generic form, drug prices can be several times higher than they would otherwise be for the least expensive generic equivalent.

2.24 Traditionally, all pharmaceutical needs of clients of public health facilities were met through the public distribution system. Because of budgetary limitations and the growing needs of a larger population, the public sector has failed to meet that need, and clients are turning to the private

commercial sector. As a consequence, the private pharmaceutical market has grown, with annual sales of about 15 billion CFAF; in contrast, the public sector budget for drugs is around 1 billion CFAF. To the public, this has meant significant increases in the cost of health care, growing inaccessibility of drugs, particularly in rural areas where there are few private commercial outlets, and declining confidence in public health services. Furthermore, prescription practices characterized by frequent overprescription and use of specialty rather than generic names contribute to increasing, unnecessarily, the cost of drugs to health sector clients. Finally, although the Government has a stated policy on promoting essential drugs and has had an official essential drugs list for several years, it has taken little concrete action to date to implement this policy.

2.25 Health Personnel. In 1988, there were 459 doctors in Senegal (1 per 17,000 population), 2,487 nurses (1 per 3,000 population), and 482 midwives (1 per 14,000). These numbers indicate a shortage of doctors - relative to standard norms of 1 per 10,000, and of midwives (norm: 1 per 5,000); however, nurses are present in satisfactory numbers (norm: 1 per 5,000). The majority of health personnel are employed in the public sector, particularly in MOHSA. A census of public health personnel counted, as of December 31, 1989, a total of 5,027 agents of whom 5% were in central and regional administration, 31% in hospitals (19% in national hospitals in Dakar), 42% in health centers and health posts, and 22% in other specialized services. These figures do not include community health agents and traditional midwives working in "cases de santé" who, in 1986, numbered 2,424. At the health post and health center levels, there is a deficit of doctors and administrative personnel, but a large excess of support personnel, both technical (nurse's aides, medical technicians, etc.) and non-technical (janitors, etc.). Paramedicals (nurses, midwives and "agents sanitaires") are also largely in excess at present, but this excess should be absorbed over the coming years if the number of health posts increases, as needed to keep up with population growth. (See Annex 3-7 for a discussion of personnel allocation issues.)

2.26 Forty-five percent of public health personnel are concentrated in Dakar, which has 22% of total population. A large number of those personnel, however, are found in the different national services and in the National Hospital. In fact, only 28% of health center and health post level personnel are located in Dakar, indicating that Dakar, while generously endowed, is in fact less privileged than may appear as far as basic care services are concerned.

2.27 Health Financing. The latest comprehensive analysis of health expenditures was done in 1981, when the Senegalese population spent about US\$18 equivalent per capita on health. This figure was in line with the average for lower middle-income countries like Senegal. Forty percent of health expenditures originated in the private sector; public sector sources included the central budget (33%), local budgets (9%) and foreign aid (18%). At the time, health expenditures constituted about 1.2% of GDP, and private spending, about 1.4% of total private consumption expenditure, of which about half went to drug purchases. Trends in funding sources for health have not been well documented since 1981, except for central budget allocations. After dropping to an all-time low of 3.8% in 1986-88 from a high of 9% in the early 1970s, MOHSA's share in the national budget has recovered in recent years, reflecting Government's concern to protect social expenditures during this period of economic adjustment. A total of 11.5 billion CFAF (4.7% of national budget) is committed in the revised FY90-91 budget. In spite of this recent increase and because of overall budgetary constraints and an increasing population, allocation per capita has decreased in real terms. In addition, data on actual expenditures show a growing gap between budget commitment and actual spending, this gap reaching 15% in 1986-87. The shortfall

has mostly affected non-wage expenditures which, as a result, would have received only half of the original commitment.

2.28 Not surprisingly, private spending on health increased rapidly during the 1980s. Drug imports net of public sector consumption doubled, and the two private hospitals in Dakar remained filled to capacity, their combined budgets reaching a level as great as the combined budgets of the national hospital complex and the seven regional hospitals. Health insurance exists but on a limited scale - a Social Security System for employees in the modern sector (IPM), and private insurance, mostly used by expatriates - and little is known of the amount actually spent in these programs. Civil servants, military personnel and students also have their own health facilities and subsidized access to hospitals.

2.29 Since the early eighties, Senegal has experimented with users' fees in basic health facilities. Attempting to duplicate a highly successful experiment in Pikine, a suburb of Dakar, a network of community health organizations - consisting of "Comités de santé" (CS) at the health post level, "Associations pour la promotion de la santé" (APS) at the health center level, and "Associations pour la promotion de l'hôpital" (APH) at the hospital level - was developed and codified under a ministerial order dated February 25, 1983. Amounts collected have been low, representing less than 5% of total private spending (over the past five years, fees collected averaged US\$1 million equivalent per year or about US\$0.15 per capita). There is every indication, however, that these contributions constitute the bulk of funding for drugs reaching health posts since only a small amount of publicly provided drugs seems to trickle down to these facilities at present. A disturbing factor is the apparent loss of momentum of these associations, as evidenced by the decrease in amounts of funds mobilized since 1985.

2. Issues in Health Service Delivery

2.30 Performance of the Public Health Sector. Between 1978 and 1986, the number of consultations registered in public health facilities decreased by 58.5%, the number of consultants by 35.8%, the number of hospital days by 67.3%, and the number of persons hospitalized by 22.5%. These figures are even more striking given that, during the same period, Senegal's population grew by almost 25%, and the number of health facilities actually increased. The decline in utilization resulted from a critical degradation in the quality of services at all levels of the health service system as a result of: (i) insufficient recurrent resource allocation to the sector; (ii) inefficient use of available resources; and (iii) a dysfunctional health service system.

2.31 Insufficient Allocation for Recurrent Expenditures. The limitations in budgetary allocations to the health sector (para. 2.27) have mainly affected availability of material inputs. Drug shortages are severe at all levels, but especially at the lowest levels of the pyramid. Other important inputs to health operations have been constrained: resources for the purchase of fuel and the maintenance of vehicles, essential inputs for supervision of field personnel, are practically non-existent except where project-related donor funds are available. Lack of supervision is a major cause of deteriorating service quality. Finally, maintenance of physical infrastructure is similarly neglected, fuelling the constant preoccupation to reconstruct facilities.

2.32 Inefficient Use of Sector Resources. There are striking inefficiencies in the use of the sector's principal resources: manpower, drugs, and financial resources. Certain types of health personnel are in short supply (doctors and administrative staff) while others are present in excess (paramedicals, technical specialists and support personnel). Deployment to rural health posts is particularly difficult;

in 1989, around 5% of the 618 health posts were "non-functional" for lack of personnel. The lack of clear norms on staffing needs and task definition for different levels of the health pyramid has resulted in unsystematic allocation of personnel, unequal distribution of work load, and a lack of accountability. While norms for district level personnel have recently been defined, there is urgent need to define norms for hospitals and other specialized structures. Insufficient equipment and drugs, as well as poor personnel management practices have led to low productivity and widespread demoralization. There are also fundamental problems in the basic training for medical and paramedical personnel which continues to be modern-sector hospital-oriented, not adjusting to changing priorities in the sector nor to the realities of conditions in the health service sector in the country.

2.33 Inefficiencies in the use of drugs stem from two basic problems: (i) non-cost-effective prescription practices, including incorrect prescription, over-prescription, and excessive reliance on expensive brand-name products where generics are available; and (ii) inefficient procurement, distribution and storage practices at the National Pharmacy and in most health facilities. The National Pharmacy is plagued with problems: chronic shortages of the most essential drugs, lack of qualified personnel (most pharmacists prefer to work in the profitable private sector), inflexible financial and procurement practices tied to the rigid public accounting and procurement systems, and overall weak management (see Annex 3-9). Personnel in health facilities are not trained in drug management, resulting in excessive losses due to wastage and theft. While the private pharmaceutical sector is highly profitable, profits are made largely on expensive brand-name and highly specialized drugs to the detriment of low-cost essential drugs which would better serve public health objectives.

2.34 Financial management of the extensive network of health facilities is constrained by the rigidities of the public budgeting and accounting system and by weaknesses in budget management and planning. While budgetary allocations are defined for the basic operating units in the system - hospitals and health departments ("circonscriptions médicales") - these units have little effective control over their resources. Control rests with administrative units at the central level and, to some extent, at the regions, which are largely unable to cope with the vast planning effort required. The annual budget exercise is a mechanical process by which current allocation is rarely submitted to re-assessment. Any cuts caused by shortages of funds are applied across-the-board with wages being protected. Budget sub-categories are added on a case-to-case basis, to meet specific emergency or ad hoc needs. The budget has thus become an heterogeneous list of items making the document ineffective to use as a tool for planning, execution and control.

2.35 The large potential for community participation in health financing is also constrained by poor management of CHO funds. In many cases, receipts from service fees collected by these associations are either used to hire support personnel in excessive numbers, channeled to uses not directly related to health service delivery, or hoarded for use as political war chests by local leaders; health personnel are often not associated in decisions on the use of funds. Even where funds are made available to purchase drugs, these associations are frequently obliged to buy high-cost (non-generic) drugs from private sources because of chronic shortages in the National Pharmacy system.

2.36 Finally, poor financial management is manifest in the lack of oversight of resources pouring into the sector from international donors and NGOs. There is no systematic effort to monitor external resources: information on the nature, size or geographic distribution of resource flows from individual projects/donors are not centrally maintained, much less information on the aggregate of all contributions. Priorities are defined by individual donors rather than government and, because system-

wide norms on resource use do not exist, government is in no position to propose alternatives. There is clearly much potential to channel external resources more productively.

2.37 Dysfunctional Health Pyramid. The health pyramid described in para. 2.20 above is not functioning as it should. While some problems can be attributed to inefficient resource allocation, they are also due to organizational flaws, the most prominent being: (i) absence of realistic and/or clearly defined norms governing the functions assigned to each level of the pyramid, staffing patterns, individual staff assignments, minimum resource needs, geographic coverage, etc.; (ii) undefined norms for administrative, managerial and supervisory roles linking successive levels of the system; (iii) insufficient distinction, de facto, between first line and referral levels, with most health centers unable to offer basic surgery, laboratory and radiology services needed for effective referral; (iv) unequal distribution of health posts, with a shortage in urban areas, resulting in excessive recourse to hospitals for even minor problems; and (v) excessive reliance on vertical programs. In responding to the call for emphasis on primary health care (PHC) services in the early 1980s, various special programs were established to promote different elements of the PHC package (vaccination, MCH care, diarrhea management, family planning, etc), largely with assistance from donors. These programs were mostly established with separate, highly centralized management, supervision, and logistical systems, resulting in gross inefficiencies in the use resources. There is need to integrate these services into the existing system, which itself should develop into an efficient health pyramid able to deliver the minimum PHC package through multi-purpose health posts in the first instance, and through efficient referral, supervision and support at the higher levels of the system.

3. Government's Health Strategy

2.38 The National Health Policy. Over the past two years, MOHSA has made an exceptional effort to reassess performance in the health sector and to plan reform in the health service system. After extensive discussions within MOHSA and consultation with donors active in the sector, Government issued in June 1989 a Declaration of National Health Policy defining principal strategic orientations for the sector. The new policy presents a 13-point strategy for reform of which the key elements are:

- (a) increased participation by the population through CHOs and through the private and NGO sectors;
- (b) rationalizing the use of drugs, as well as drug production, procurement and distribution;
- (c) promoting decentralization by strengthening the health district system, integrating vertical programs, and improving support capacity at the central and regional levels; and
- (d) improving management of human, material and financial resources.

The policy statement also calls for institutional reform including the reorganization of MOHSA, restructuring of the National Pharmacy, defining the legal status of community health organizations, revising texts governing use of municipal funds earmarked for health, obtaining financial autonomy for hospitals, greater budgetary autonomy for other health facilities, and restructuring of the system of schools and training facilities in public health.

2.39 Efforts to further develop elements of the above strategy are ongoing, and advances have been made in several key areas. These strategies are described briefly below and, where appropriate, presented in detail in annexes to this report. The proposed project would assist Government in carrying

out key elements of this strategy, with focus on the district health system, drug availability, community participation, and management and planning.

2.40 Developing the District Health System. Reform in the organization of basic health services through the development of health districts is the centerpiece of the sector reform program. The "district", which would consist of a health center (serving a population of 150,000 to 300,000) and all health posts within its zone of responsibility (around 15-30 health posts per district), would replace the "circonscription médicale" as the basic operational unit in the system. While the latter is defined strictly along politico-administrative lines, the district will also take demographic and geographic criteria into consideration. Services at the district level will be reorganized on the basis of the following principles: complete and equitable coverage of the entire population through the definition of "zones of responsibility" for each health post and health center; clear delineation of tasks of the health post and the health center and of staffing norms and resource needs; integration of vertical services into the appropriate level of health facility; organization of a district management team and definition of its functions; and organization of community participation through community health organizations. Forty-five districts have been identified to cover the entire country. The proposed district health service system is described in detail in Annex 3-4.

2.41 Comparison of new coverage norms with the existing network indicates a sufficient number of health centers but a lack of health posts to cover the present population. In addition, health posts are inequitably distributed, with an excess in some rural areas but with marked shortages in urban areas. Health center and health post personnel would need to be redeployed to conform with staffing norms (para. 2.44) and retrained on new technical and managerial skills required for the system. To implement the proposed reforms, each district will prepare a District Health Development Plan (DHDP) delineating zones of responsibility per health post, outlining an action plan for personnel reallocation and retraining and for establishing improved management and service delivery systems, and describing resource needs and funding sources. (The DHDP is described in detail in Annex 3-6.) To ensure the ultimate success of the district system, more efficient mechanisms to facilitate budget execution at the district level, and hence to strengthen the district's budgetary autonomy, will be sought.

2.42 Promoting Essential Drugs. To meet its objective of improving the cost and availability of drugs, MOHSA intends to operationalize its essential drugs (ED) program on a countrywide scale. To this end, it has revised the official ED list, giving closer attention to cost-effectiveness in drug selection and the use of generic names, and defined regulations for its application. These regulations include the strict application of the ED list by the PNA, by all regional hospitals and district-level facilities, and by community health organizations. A medium-term reform program for the sector will focus on: (a) ensuring sufficient and timely financial flows from two principal sources - user fee revenues and budgetary allocations - to support purchases of essential drugs for health system clients; (b) improving procurement, distribution and management of EDs in the public health system through (i) a reform of PNA, and (ii) improved drug management in public health facilities; (c) improving prescription practices; and (d) informing the general population on the existence of lower-cost options for drugs. Although the medium-term focus of the reform would be the public distribution system, the strategy for the longer run is to create a strong, open market for low-cost essential drugs involving both public and private sectors. The demand- and supply-generation objectives of the medium-term program are pre-conditions for eventually creating this market. In the long term, growing demand combined with other incentives should encourage private pharmacies to carry essential drugs under their least expensive forms. A long-term strategy for promoting essential drugs, including defining PNA's role in the pharmaceutical

market and identifying appropriate incentives for the private sector, will be the subject of a study to be undertaken under the proposed project.

2.43 Promoting Community Health Organizations (CHO). Recognizing that Government alone can no longer support the growing cost of health services, MOHSA intends to strengthen its partnership with CHOs and improve their ability to mobilize and manage community resources. The immediate priorities are to: (a) clarify the terms of the "contract" between Government and CHOs, stressing the type of participation expected from the community and the nature of assistance to be provided by Government (para. 2.49); (b) assist CHOs in setting a structure of user fees or seeking other funding sources (including local governments) to meet their financial commitments; (c) define rules on organization and internal procedures of CHOs to be applied nationwide to reduce misallocation and improve management of funds; and (d) train District Medical Officers and Health Post Nurses to support CHO development. A review of experience with CHOs over the past decade and of their current problems shows the need for the following organizational and procedural changes: (i) granting legal status to health committees which operate at the health post level; (ii) ensuring better representation in the designation of representatives to the CHO general assemblies and the selection of CHO board members, and periodic re-election of board members; (iii) giving first priority to operational expenditures of the health facility in the use of user fee receipts; and (iv) establishing a system of co-management of CHO funds raised through user fees, making the DMO or HPN a co-signer, together with a designated CHO representative, on CHO fund withdrawals. The proposed revised structure of health organizations and their organizing principles are detailed in Annex 3-10.

2.44 Manpower Planning. MOHSA recognizes that there is an urgent need to strengthen its personnel management policies and is taking corrective measures to this end. Immediate priority has been given to identifying reallocation and recruitment needs for basic health care. Upon completion of a census of all health personnel and comparison of current deployment patterns to current needs and projections for 1995 (to adjust for population growth), MOHSA has defined a redeployment and recruitment plan in two phases: an emergency plan for FY90-91, and a medium-term plan for FY91-92 to FY95-96 (see Annex 3-7 for details). The FY90-91 plan calls for reallocation of personnel to: (a) fill 60 of the 85 positions for doctors at the district level through redeployment, and make provision for recruitment of the remaining doctors in the FY91-92 budget; (b) satisfy paramedical requirements in 565 existing health posts to be retained under new coverage norms and 44 health centers; (c) endow all regional hospitals with at least one surgeon and one gynecologist; and (d) appoint or identify one administrative agent (could be a paramedic, in the absence of a trained administrator) for each district. This plan would involve the redeployment of 17 doctors and the recruitment of 25 new ones. Health personnel recruitment is protected, within certain limits, under the SAL IV civil service restructuring program, and the proposed recruitment would not exceed those limits.

2.45 The medium-term plan (1991-96) gives priority to the following actions: (a) assignment of a nurse, midwife or "agent sanitaire" to each new health post as expansion proceeds; (b) redeployment of support personnel at the health post level, possibly to be re-hired by local health committees through user fee revenues; (c) redeployment of personnel at existing centers and posts considered to be in excess under new coverage norms and of all excess personnel in centers to be retained; (d) recruitment of a third doctor in districts where the population exceeds 250,000 (about 13 districts by 1995) and of district administrative personnel; and (e) definition of staffing norms for hospitals and other specialized structures and subsequent reallocation, recruitment or dismissal of personnel following these norms. Personnel

allocation within and among districts will be a key element of district and regional development plans (para. 2.41).

4. Financing the District Health System

2.46 Cost of the District System. The proposed district health system, once in place, would cost around 6.1 billion CFAF annually to operate: 3.4 billion for salaries, 1.8 billion for drugs, and 0.9 billion for other costs. These estimates are based on a population size of 8.7 million, the projected population for 1995. They are also based on assumptions of improved levels of utilization and operational efficiency as well as reductions in drug prices to international market levels, conditions which are expected to be in place after implementation of district-level and drug sector reforms during the period 1991-95. (These assumptions and others on which the following discussions are based are detailed in Annex 3-8.) It is estimated that a total of 4.3 billion CFAF is currently available to fund the district system, from two principal sources: 4.0 billion from the national budget (or 35% of total MOHSA budget allocation for FY90-91), and 0.3 billion from user fees raised through community health organizations. Of this total, 3.3 billion CFAF would go to salaries, 0.6 billion to drugs, and 0.5 billion to other costs. Comparing current funding levels with projected needs for FY95-96 would thus indicate a need to increase the overall level of resources for the district system during the years 1991 to 1995 by 1.7 billion CFAF, almost all of it needed for non-salary payments. The funding gap could be as much as twice that amount, however, if no improvement in current drug prices and prescription practices are realized.

2.47 The proposed financing plan for the district system for 1995 is summarized in Table 1 below. It takes into consideration the limited prospects for budget expansion in the medium term, as well as the large potential for increasing user fees if the right conditions prevail. Hence, it relies heavily on an increase in revenues from user fees, from 0.3 to 1.6 billion CFAF over the five-year period. Government contribution to non-salary costs would increase from 0.9 billion to 1.4 billion CFAF. The sections that follow describe how the proposed resource mobilization and reallocation will be accomplished, for both user fees and budgetary contributions.

Table 1: Resource Mobilization Requirements FY95-96 (in billion CFAF)

	<u>FY90-91</u>	<u>FY95-96</u>	<u>Annual Rate of Increase (%)</u>
Total Cost	4.33	6.06	7.0
Salaries	3.29	3.36	0.4
Drugs	0.57	1.85	26.6
Other costs	0.47	0.85	12.6
Gov't budget	4.03	4.43	1.9
Salaries	3.14	3.00	-0.9
Drugs	0.42	0.67	9.8
Other costs	0.47	0.76	10.1
User fees	0.30	1.63	40.3
Salaries	0.15	0.36	19.1
Drugs	0.15	1.18	51.1
Other costs	(-)	0.09	(-)

2.48 User Fees. At the health post (HP) level, user fees are expected to cover 100% of the cost of drugs and of salaries for support personnel (45% of total cost, 76% of costs excluding the nurse's salary), with Government budget allocations covering the nurse's salary and other operating costs. This would amount to 1-3 million CFAF per year per HP, for utilization rates of 2,500-7,500 episodes per year, and would correspond to an average client contribution of around 400 CFAF per episode. This rate is higher than current rates of 250-350 CFAF but lies within what is considered to be affordable in Senegal. Given the higher unit cost of services at the health center (HC) level, the share of client contributions would be significantly less at this level, covering only 5% of total cost (12% of costs excluding salaries). These contributions would be derived from fees to be charged for hospitalization (1000 CFAF per stay) and from laboratory fees (250 CFAF per exam).

2.49 Under the proposed financing plan, client (or community) contributions are essential to the functioning of the HP, and the organization of a local health committee to mobilize and manage the required resources is a sine qua non for HP survival. In addition, sufficient resources must be mobilized, whether from direct user fees or from other sources (local governments, etc.). If current practice of relying on user fees continues, rates would need to increase to around 400 CFAF per episode. Finally, revenues earned from user fees must be used appropriately, that is: (a) channelled back into HP operations (and not hoarded or used for other "projects"), and (b) allocated appropriately between drugs (at least 70% of revenues), salaries (around 25%), and other recurrent items (around 5%). These elements will have to be included in the rules on CHO procedures to be adopted by the Government.

2.50 Although the share of client contributions would be smaller at the HC level, active participation of the district-level association (Association pour la Santé) is also required. In addition to allowing participation by the client community in routine HC management, the association's involvement would make it legally possible to retain receipts at the HC level without turning them over to the Treasury, as would otherwise be required if fees were collected directly by the health facility.

2.51 Budget allocations. The proposed total increase of 0.5 billion CFAF in budget allocations for non-salary costs over the five-year period would represent an annual increase of around 1% per year of total MOHSA budget allocations. If MOHSA's share of national budget allocation were allowed to increase from its current level of 4.7% to around 7% by 1995 (the WHO-recommended level is 10%), and assuming that the national budget remains at least constant (in real terms), the 0.5 billion would represent no more than 10% of the total increase in MOHSA's budget and is hence clearly affordable. The projected increase in MOHSA's budget would be in line with Government's stated policy of protecting social sector expenditures during the current period of budget restructuring, and is being proposed under the ongoing Public Expenditure Review.

2.52 The resource mobilization effort required of Government during the period under discussion involves not only increased budgetary allocations for the district, however, but also measures to ensure that the full amounts allocated are actually made available at the district level. This would involve an effort to facilitate actual transfers from Treasury through MOHSA, to the district level, thus strengthening the spending autonomy which presently exists at the DMO level. One priority measure would be to present MOHSA's budget on a functional basis, distinguishing allocation for non-salary items (separating essential drugs) for each of the 45 new health districts.

C. The Bank Group's Role

2.53 The Bank Group's involvement in the population and health sectors in Senegal includes the Rural Health Project (Cr.1310-SEN), signed on February 2, 1983, and assistance for the development of the National Population Policy and the elaboration of the PAIP through SPPF funding. The adoption of the population policy and the subsequent definition of an action program have gone a long way in legitimizing the "population issue" in Senegal. The present project proposes to capitalize on that momentum to accelerate the desired decline in fertility levels and hence, in population growth.

2.54 The ongoing Rural Health Project (scheduled completion is December 31, 1991) is the Bank's first intervention in the health sector. Its objective is to provide technical, logistical and management support for primary health care in rural areas in Senegal. It consists of five components: (a) strengthening basic health services through the construction/rehabilitation of 9 health centers; (b) upgrading training of health personnel; (c) improving the supply and utilization of basic drugs; (d) developing health education services; and (e) strengthening planning and management capacity in the MOH.

2.55 The project has had mixed success in attaining its objectives. Activities under the first component contributed to completing coverage nationwide with respect to health centers. As a result, infrastructure needs at that level are well met. However, the accompanying improvements in service quality that were expected through the training and "drugs" components have been less satisfactory, due principally to two problems: first, implementation of these activities was long-delayed and sporadic, causing significant differences between the project's targeted outputs and what has actually been accomplished; second, specific training activities were selected in an ad hoc manner, rather than being part of an integrated program with a well-defined strategy. Progress has nevertheless been made in the development of a pharmaceutical sector strategy, including improvement in the official list of essential drugs, preparation of practical recommendations for the reform of the National Pharmacy and recommendations for improvements in the cost recovery system. These reforms will be implemented under the present project.

2.56 Support to the Health Education Unit (HEU) in the MOH has helped to create a stronger, more professional unit. This unit has, for example, been at the forefront of the highly-visible AIDS prevention program. With its new responsibilities for FP-IEC, the HEU has assumed still another difficult task. It is also expected to take the lead in developing and implementing public information campaigns on essential drugs and on community health organizations. To help it better structure its wide-ranging activities, the HEU is receiving technical assistance from USAID to prepare a general strategy on health education. It will also receive material and technical assistance under the present project.

2.57 Finally, support for planning and management activities at the central level have also had mixed results. An overly ambitious program to develop health planning (including the preparation of a computerized macro-model for health sector planning which has had no practical application to date, and the development of an elaborate methodology for the preparation of regional health plans) has been a learning experience at best, the result of inappropriate technical assistance. Computerization of health personnel data has been attempted with unclear results to date.

2.58 Rationale for IDA Involvement. IDA's involvement in the human resources sectors has grown over the last few years, particularly with the increasing focus on human resources as a key asset in development in the Sahel and on improved basic services (education and health) as essential to the anti-poverty effort. In population, IDA's position as Government's lead partner in the macroeconomic dialogue has provided the opportunity to maintain needed focus on the population question and its relevance to the country's total development effort. This dialogue reached a watershed point with the declaration of the national population policy under the third SAL. Satisfactory implementation of this policy will require continued support, in collaboration with concerned donors, to help Government define and mobilize the means to implement the Population Action Program. In health, preparation activities of the present project have provided a vehicle to advance reflection within MOHSA and dialogue between MOHSA and the donor community on much needed reform. Both the donor community and concerned government agencies are looking to the Bank to maintain this position of leadership and ensure that the momentum of reform continues and that sufficient resources are mobilized within and outside the country.

2.59 Donor Assistance and Coordination. Many donors are involved in the population and health sectors. UNFPA and USAID have been particularly active in the population sector. Recent advances in that sector would not have been possible without these two agencies' continued presence over the last decade in both areas of policy development and family planning operations. IPPF's affiliate in Senegal, ASBEF, has been active particularly in Dakar, although it has kept a relatively low profile. Besides their activities in support of publicly-provided family planning services, USAID has contributed to private sector initiatives, UNFPA to youth-oriented activities, and both donors to Women in Development (WID) efforts. UNDP and UNIFEM are also traditionally involved in the WID sector. In health, donor participation has until recently been scattered and, for the most part, geographically- or program-focused. A large number of donors are involved, including bilaterals (Belgium, France, Germany, Italy and USAID), multilaterals (UNICEF, UNFPA, WHO, the European Community, the Islamic Bank, the Arab Fund, and IDA), and NGOs (AFVP and World Vision). Much needed coordination in both population and health sectors has developed gradually over the last two years with UNFPA and Belgium serving, respectively, as lead agencies. Preparation of the present project has in large part served as the stimulus for such coordination, with donor groups participating extensively in discussions on policy and program elements of the project. This coordination has also facilitated dialogue between Government and the donor community.

III. THE PROJECT

A. Project Objectives and Description

3.1 The project will support Government efforts to: (i) control fertility and reduce the rate of population growth, through implementation of its National Population Program, following strategies described in paras. 2.8-2.18; and (ii) restructure the health sector to enable it to provide basic health services of improved quality and wider accessibility, through implementation of its National Health Policy, following strategies described in paras. 2.38-2.45. While the project would be an investment operation, it will involve the adoption and implementation of key policy measures in population and health including: (i) liberalization of regulations on contraceptive distribution and use; (ii) measures in support of the district health system, including adoption of organizational norms for the district, ensuring sufficient budgetary allocations, personnel redeployment, and adoption of organizational and procedural guidelines for community health organizations; and (iii) measures to restructure the health sector towards the promotion of essential drugs.

3.2 As appraised, the Government's five-year Human Resources Development Program would include investments organized in two parts: population and health.

3.3 For population, the program would:

- (i) strengthen the National Family Planning Program through (a) expansion of FP services in the public health system, (b) extension of FP services through private sector channels; and (c) promotion of FP through information, education and communication (Base cost: US\$4.8 million);
- (ii) promote the status of women through (a) functional literacy training; (b) extension of the network of "cases-foyer" (centers for local women's group activities); (c) provision of labor-saving equipment for household work; and (d) institutional strengthening of the Women's Ministry (Base cost: US\$7.1 million);
- (iii) sensitize youth on family welfare issues through Family Life Education programs (Base cost: US\$2.0 million); and
- (iv) strengthen institutional capacity to promote the national population program through (a) population research and information dissemination; and (b) strengthening capacity for monitoring and evaluation (Base cost: US\$0.6 million).

3.4 For health, the program would:

- (i) develop the district health system through (a) development of training programs for health district personnel; (b) development of financial management systems for districts; (c) promotion of community health organizations and (d) assistance for implementation of district development plans in the regions of Dakar, Thiès and Diourbel (Base cost: US\$17.6 million);

- (ii) promote the use and availability of essential drugs through (a) reform of the National Pharmacy; (b) supply of an initial stock of drugs for health districts; (c) information campaigns for prescribers and the public; and (d) development of a long-term strategy for the pharmaceutical sector (Base cost: US\$4.8 million); and
- (iii) strengthen institutional capacity in the health sector, with focus on managing manpower development, and budgeting and financial planning (Base cost: US\$0.5 million).

B. Part I: Implementing the National Population Policy

1. Strengthening the National Family Planning (FP) Program

3.5 This component will support implementation of the National Family Planning Program. In complement to activities under other ongoing projects, particularly two major ones funded by USAID and UNFPA, it aims to increase contraceptive prevalence rate in Senegal to 14% by 1995 and expand the delivery infrastructure to allow continued increase in FP acceptance beyond 1995 (to 22% by 2000). It has three sub-components:

- (a) Expanding FP services through the public health system
- (b) Extending FP services through private sector channels
- (c) Promoting FP through information, education and communication (IEC)

Activities of this component are described in detail in Annex 3-1.

3.6 Expanding FP Services through the Public Health System. The USAID- and UNFPA-funded projects have so far given priority to establishing FP services at the health center (MCH center) level and building capacity at the national level to plan and manage a national program. This program would extend the accessibility of services to the health post (HP) level, thus representing a major effort to expand FP coverage by taking them one level further down in the health service pyramid. In keeping with Government's strategy for FP delivery, a fully-integrated MCH-FP package will be offered at the HP level. Around 720 HPs in both urban and rural areas will offer the MCH-FP package by the end of the program period. To accomplish this objective, program activities will include:

- a) Training in FP for 720 health post nurses (HPN)
- b) Provision of contraceptives to meet 25% of national needs
- c) Support for MCH and nutrition activities at the HP level
- d) Improving MCH/FP instruction in Schools of Public Health

3.7 Training of HPNs in FP will focus on: (i) contraceptive techniques for all methods except IUDs, for which clients would be referred to the health center; (ii) FP counselling; (iii) promotion of FP during other MCH service contacts (pre-natal visits, vaccination, nutritional surveillance and education, curative services, etc.); and (iv) follow-up of FP acceptors. In keeping with Government's strategy to develop a unified approach to FP activities, the program would assist in the development of a standard set of training modules to be used throughout the country, pulling together materials currently being used in ongoing projects. The standardized modules would be discussed and finalized at a national seminar (to be held in PY1) at which representatives of different projects and donor agencies, as well as MOHSA staff, would participate. Training of HPNs would begin in PY2 (see Annex 3-5).

3.8 Contraceptives will be provided to supplement supplies expected through ongoing UNFPA- and USAID-funded projects, which would meet around 75% of national needs. A standard list of contraceptives (types of pills, injectibles, etc.) has been drawn up by MOHSA and agreed on by UNFPA and USAID. This list has been integrated into the official list of essential drugs. Project-supplied contraceptives will be selected from this list.

3.9 An important pre-condition for the rapid expansion of FP is the liberalization of regulations on the distribution and use of contraceptives. To this end, MOHSA has recently issued instructions to (i) lift laboratory exam requirements for prescription of hormonal contraceptives, and (ii) authorize distribution of contraceptives in pharmaceutical "dépôts". In addition, as conditions of effectiveness it will adopt a new version of the decree defining MCH services that would include FP as part of the basic MCH package, and authorize HPNs to distribute all types of contraceptives except IUDs.

3.10 Successful promotion of FP activities at the HP would depend on the credibility of MCH services being offered in these facilities and their ability to attract potential clients for FP. For this reason, the program would also strengthen MCH services at the HP level, with particular emphasis on pre-natal consultation, well-baby care (including growth monitoring and vaccination), and nutritional rehabilitation. Program activities would include: (a) training for HPNs on MCH service delivery, maintaining family records for proper monitoring of clients, and time-management skills to better organize their tasks; (b) provision of material and equipment for MCH-FP services; (c) development of operational approaches for nutritional surveillance and education, including the following experimental activities: social marketing of growth charts, introduction of nutritional activities into women's groups' programs and in activities of social structures (social centers, etc.), and strengthening nutritional activities of village health workers; and (d) preparation of a national nutrition strategy and program taking into account results of these experiments.

3.11 Finally, the need for high-cost on-the-job training programs will be eliminated in the long run by improving MCH-FP instruction in Schools of Public Health. To accomplish this objective, the program will provide assistance for the development of revised curricula, production of teaching materials and training of instructors in the National Schools of Public Health.

3.12 For this sub-component, program assistance would include: (i) specialist services for the preparation of revised curricula (1 month international); (ii) 2 seminars (on the MCH-FP training module and on the basic training curriculum); (iii) re-equipment for MCH-FP services of HPs in 26 districts outside the zone of concentration of the district services component; (iv) contraceptives to meet 25% of national needs in the public sector; (v) the cost of nutrition experiments; and (vi) training of instructors in the Schools of Public Health. Costs of development of training modules and direct costs of HPN training would be financed under the district services component (para. 3.37).

3.13 Extending FP Services Through Private Sector Channels. This sub-component will extend FP services through private sector channels including:

- a) Strengthening and extending FP services in private and parapublic enterprises, in private clinics and through commercial pharmaceutical outlets; and
- b) Institutional and operational support for the IPPF-affiliated Association Sénégalaise pour le Bien-etre Familial (ASBEF).

3.14 Activities in part (a) build on achievements of the "Private and parapublic sector" component (VSPP) of the USAID-funded project (PSFP). They will be implemented by the newly-formed NGO SANFAM (para. 2.3) or by other NGOs with similar objectives. Thirty-four new clinics in public and private enterprises will be added to the program, and 65 others already in the program will benefit from follow-up support. One hundred twenty pharmacists, each accompanied by two assistants and 200 pharmaceutical "depot" agents, will be trained in FP-IEC.

3.15 Assistance to ASBEF will include: (a) the creation of a FP clinic in Kolda (this would be its fifth clinic outside Dakar); (b) support for IEC activities; and (c) direct institutional support. For its IEC activities targeted specifically at youth groups, ASBEF will also have access to funds under the "youth" component of this project.

3.16 For this sub-component, program assistance would include: (i) training in FP of private sector doctors, nurses, pharmacists and their assistants, ASBEF staff and volunteers; (ii) contraceptives (except for contraceptives for the commercial pharmaceutical sector which will be supplied by USAID); (iii) equipment for MCH/FP services (private enterprises) and FP-IEC (ASBEF); (iv) partial support for operating costs of SANFAM, ASBEF or other participating NGOs. Participation of NGOs not heretofore identified will be subject to prior IDA approval.

3.17 Promoting FP through Information, Education and Communication (IEC). This sub-component will:

- a) Develop and implement improved operational approaches for face-to-face communication through:
 - i) an initial evaluation of ongoing field operations in PY1;
 - ii) development of improved operational approaches on the basis of evaluation results
 - iii) extension of coverage of face-to-face communication activities through social development agents of MOI and MOHSA and volunteer auxiliaries
- b) Develop and implement FP-IEC programs through the mass media
- c) Strengthen institutional capacity at the national level through:
 - i) institutional support for the Health Education Unit (HEU) of MOHSA
 - ii) a program of "market research" on contraceptive acceptance and use.

3.18 The evaluation of ongoing field operations will focus on agents of the MOI ("maîtresses" and "monitrices") and of the Directorate of Social Affairs (DSA) of MOHSA ("agents sociaux", "assistants sociaux", etc) who have benefitted from training in FP-IEC under ongoing USAID- and UNFPA-funded projects. The objective is to assess both impact and efficiency of these activities, with a view to recommending possible changes in approach. In particular, focus will be given to the integration of FP-IEC activities with other responsibilities of these agents. A key feature of the evaluation will be to assess the extent to which the "training and visit" approach used for agricultural extension agents could be applied to improve the operational efficiency of the "social extension" system. To this end, the evaluation team will include a T&V specialist (see terms-of-reference in [Annex 3-1](#)). Results of the initial evaluation will be used to reassess ongoing activities, revise training programs and message contents and, if appropriate, reorganize field services. Training and equipment of social development agents under this sub-component will thus start in PY2, after completion of the initial evaluation.

3.19 At the national level, special attention will be given to finding ways to apply commercial marketing techniques to FP promotion and to building capacity within the HEU in this respect. To this end, the HEU would receive assistance to set up a twinning arrangement with a firm or institution with the relevant experience in marketing (e.g., a commercial marketing team) that would help plan strategies and transfer know-how. The program would also include support to carry out market research studies.

3.20 Program assistance would include: (i) specialist services on evaluation of face-to-face communication, "training and visit" systems, marketing and design (30 months local, 16 months international); (ii) training for HEU staff and MOI and DSA field personnel; (iii) a fellowship on social psychology; (iv) operating costs of the initial evaluation; (v) incremental recurrent costs for HEU; (vi) production costs of radio and TV programs, press releases and promotional materials; (vii) equipment for HEU and MOI and DSA field personnel; and (viii) market-research studies. Fifty "monitrices" and "maîtresses" participating in the WID component as well as 750 volunteer auxiliaries belonging to beneficiary women's groups will have priority in receiving training, equipment and logistical support.

2. Promoting the Status of Women

3.21 This component will support the network of women's groups and their associations (i.e., unions of women's groups), key vehicles for improving women's status. It has four sub-components:

- a) Functional literacy training for 6,300 women - members of management committees of women's groups and women's associations
- b) Extension of the network of "cases-foyer" (centers for local women's group activities) in 45 "arrondissements"
- c) Provision of labor-saving equipment for household work
- d) Institutional strengthening of the Ministry of Women

The first three sub-components will be managed and implemented by the Ministry of Interior (MOI), working through its network of monitors ("monitrices") in the local Centers for Rural Development. Program activities will cover five regions chosen for the large number of active women's groups: Fatik, Kaolack, Louga, St. Louis et Ziguinchor. Ten monitors per region will be assigned to participate on a full-time basis in program activities. Seventy-five groups and nine associations per region will receive program assistance. Activities of this component are described in detail in Annex 3-2.

3.22 Functional Literacy for Women. This sub-component will organize functional literacy courses for over 6,000 members of management committees of women's groups that would benefit from the "cases-foyer" and the labor-saving equipment installed through the program. Reading materials will be oriented towards subjects of interest to women: management of labor-saving equipment or of income-generating activities, health (including nutrition) and family planning. Women will also learn to prepare simple project proposals for income-generating activities to help them seek financial assistance from ongoing projects such as the UNDP-funded "Projet économique des femmes" (PEF) and the IDA-funded Small Rural Operations (SRO) Project. Pedagogical materials developed under the PEF and other similar projects will serve as basic training documents, with a minimum of revision or development. Literacy classes will be led by village literacy agents who will be trained and supervised by the program monitors. These monitors will in turn be trained by literacy experts of the Directorate of Literacy and Basic Education of the Ministry of Education or of the PEF. Program assistance would include: (i) training

of monitors and of village literacy agents; (ii) development and production of literacy materials; and (iii) operating costs for functional literacy classes.

3.23 Extension of the network of "cases-foyer". This sub-component will extend the network of "cases-foyer" in 45 "arrondissements" to serve as a locale for women's group activities (including FP-IEC) and to be managed by the local women's association. It builds on a successful pilot experience with seven cases-foyer organized under the USAID-funded project (PSFP) and the PEF project. One problem identified under the pilot experience was the poor maintenance of the physical infrastructure. To address this problem, beneficiary women's associations will be encouraged to organize income-generating activities from which a part of revenues could be used to cover maintenance costs of the case-foyer; if necessary, they would apply for funds available through the SRO Project (of which up to US\$1.4 million equivalent has been reserved for women's groups) for the start-up of such projects. Literacy training for members of management committees for the cases-foyer (para. 3.22) will provide the necessary assistance in project preparation. Program assistance would include construction and equipment of 45 cases-foyer.

3.24 Labor-saving Equipment for Household Work. This sub-component will provide food processing equipment and manual water pumps to 375 women's groups. Provision of food processing equipment would be combined with a group-savings scheme that would familiarize women with the practice of savings and of making monthly payments, and thus prepare them for eventual contact with the formal credit system. It builds on successful experience in the PEF and other NGO-supported projects having similar objectives, as well as similar experiences in neighboring countries.

3.25 Upon receipt of the food processing equipment, each women's group would sign a contract agreeing to "repay" 50% of the cost of the equipment. Monthly payments would be deposited into a bank account held in the group's name which would be monitored (but not controlled) by the Component Support Unit (CSU) in the MOI (para. 4.8), in collaboration with a banking institution. Upon completion of repayment, the group would be allowed to withdraw the total amount paid for use in other income earning or social welfare projects. Beneficiary groups would have to meet certain qualifying criteria to demonstrate their readiness to operate and maintain the equipment, including organizing a management committee to oversee equipment use, and setting up maintenance and cost recovery arrangements. Groups receiving manual water pumps would not be required to "repay" any part of investment cost; they would, however, be subject to the same qualifying criteria, including presenting a plan for maintenance of the equipment. Support structures to facilitate installation and maintenance of equipment (including training programs for maintenance personnel, identification of sources of spare parts, etc) have been put in place under the PEF and similar NGO-funded projects. Project monitors will guide beneficiary groups in seeking assistance from technical experts of these projects to fulfill qualifying criteria. Functional literacy training to be provided for members of the management committee (para. 3.22 above) will include subjects on equipment management and maintenance. Details on the management and terms of the savings scheme and on qualifying criteria are given in Annex 3-2.

3.26 For this sub-component, program assistance would include: (i) the cost of equipment for up to 375 women's groups; (ii) training for community millers and repair mechanics; and (iii) an initial stock of spare parts. To avoid problems experienced in withdrawal of funds from the collaborating banking institution under the PEF, Government gave assurances during negotiations that, by December 31, 1991, an agreement will be signed between the CSU of the MOI and a banking institution under terms acceptable to IDA.

3.27 **Institutional Strengthening of the Women's Ministry.** The Ministry in Charge of Women and Children (MCWC) is presently preparing a long-term WID strategy with assistance from IDA (under proposed SPPF financing and Bank sector work) and other donors. To contribute to that exercise as well as to assist in the continued development of practical operational approaches to promote WID, MCWC will monitor and evaluate the effectiveness and impact of activities carried out under this project as well as the overall success of all programs aimed at improving women's status and their access to improved economic opportunities. In addition, it will review curriculum content of basic training programs for monitors in order to adapt them to the new roles played by these agents under the proposed WID strategy. Finally, it will participate actively in the mid-term review of the proposed project, focusing on the sustainability of the approaches used to promote and support women and their associations. To generate greater awareness about women's roles and problems, the MCWC will also carry out informational and promotional activities through the mass media and through a series of seminars. Assistance to MCWC for strategic planning, monitoring and evaluation activities as well as for its informational activities would be provided under the program. It would include: (i) specialist services for monitoring and evaluation and for information-awareness campaigns (11.5 months international); (ii) training for MCWC staff; (iii) seminars at the national and regional levels; (iv) production and dissemination of mass media materials; (v) incremental recurrent cost support; and (vi) office equipment and furniture for MCWC.

3. Reaching Young Men and Women

3.28 This component will support FP-IEC activities for youth through:

- a) IEC programs on Family Life Education (FLE) and related topics of interest to youth including family planning, population issues, family welfare, STD, AIDS, etc.; and
- b) rehabilitation of youth centers (centers for youth association activities).

It complements assistance of the proposed UNFPA-funded FLE Project which covers both IEC and community-oriented activities of youth associations. For IEC activities, the Ministry of Youth and Sports (MYS) will call on the services of the Health Education Unit of MOHSA which will develop youth-oriented programs and will provide the services of trainers, training material, and IEC materials targeted to youth. MYS will be responsible for seeking ways to best integrate FP-IEC activities with other youth association activities. Rehabilitation of youth centers will take place in the context of a broader program to train youth in artisanal skills (carpentry, masonry, etc.) organized under the UNFPA-funded project. Under that project, these skills would be applied as well to other community-oriented activities such as sanitation, reforestation, etc. Program activities will cover the peri-urban areas in the regions of Dakar, Thiès, Kaolack, and St. Louis.

3.29 Program assistance would include: (i) rehabilitation and equipment of 12 departmental youth centers (Centres départementaux d'Education populaire et sportive - CDEPS) and 26 training centers ("Foyers de jeunes"); (ii) specialist services on FLE and related topics; (iii) training of MYS agents on FLE; (iv) vehicles for 4 regional offices; and (v) production of mass media materials. Activities of this component are described in detail in Annex 3-3.

4. Institutional Strengthening for Promoting the National Population Program

3.30 This component will strengthen institutional capacity to create and maintain a policy environment conducive to the attainment of the objectives of the national population program. It has two sub-components:

- a) Population-related research and dissemination of information on population-related issues to national and local leaders;
- b) Monitoring and evaluation of implementation of the Population Action and Investment Program (PAIP).

These activities will be led by the Division of Human Resources in the Ministry of Economy, Finance and Planning in its capacity as lead agency for the population program and secretariat to the National Population Council (CONAPOP). Program assistance complements ongoing assistance from UNFPA to the Population Unit in this Division and the Communication Unit (UNICOM) in the Ministry of Communication and Culture.

3.31 Population Research and Information Dissemination. This sub-component will provide assistance for continued research on key determinants of population growth in Senegal (women's economic and social roles, girls' education, infant mortality, urbanization, and legal and regulatory constraints), channel information on research results to appropriate sector planners and policy-makers, and assist these leaders in adjusting sectoral or regional plans to be more responsive to population objectives. Research on legal and regulatory constraints will focus on priority topics identified through an earlier study including: the legal age at marriage, laws on matrimonial status (choice between polygamy and monogamy), family allowances and other family-support measures, and the application of laws affecting women's status in society. Dissemination seminars on legal constraints would address those responsible for making or applying laws (judges, politicians, religious leaders, law enforcement authorities) as well as groups most affected by these issues (women, youth, social workers, health personnel). An Advisory Committee on Population Research consisting of academics and operational personnel will be created to review research proposals from individual researchers or research institutions, preferably Senegalese or from the Sahel region. Proposals should identify policy-makers or sector planners who will use research results and include a program for their dissemination (seminars, workshops, etc.) and application. To ensure coherence and avoid duplication, it is recommended that the Advisory Committee on Research screen all population research activities managed by the Human Resources Division (HRD), regardless of source of funding. The HRD will seek agreement from other major donors in this respect and will invite them to participate in the selection of committee members. Annual research and dissemination programs will be discussed with IDA during the annual project implementation reviews (para. 4.11).

3.32 Program assistance would include: (i) specialist services to carry out research studies (50 months local); (ii) 10 dissemination seminars; and (iii) translation and printing of research results.

3.33 Monitoring and evaluation of the National Population Program. The Human Resources Division (HRD) will develop and maintain a system to monitor progress in the implementation of the national population program. In collaboration with lead agencies for each of the eleven components of the PAIP, it has prepared a list of key measurable indicators, principal sources of data and the agencies responsible for collecting them (see Annex 3-11). By project start-up, HRD will have developed and

installed (under PPF financing) a central monitoring system including the supporting data-collection/updating systems organized in collaboration with concerned agencies. This matrix of key indicators will be presented to IDA for review each year during the annual project implementation review. To evaluate the overall impact of the population program over time, a second Demographic and Health Survey will be conducted in late 1991 and a third one in 1996. (The first DHS was conducted in 1986.) This survey would provide information on fertility, contraceptive prevalence, knowledge and attitudes on family planning, and infant and child mortality. Special evaluation studies on specific elements of the population program will also be carried out during the period between the two household surveys.

3.34 To support these activities, program assistance would include: (i) specialist services for developing the monitoring system (2 months local, 2 months international); (ii) equipment and recurrent costs for computerization; and (iii) costs of special evaluation studies and partial costs for two DHS surveys (the DHS Project and USAID would fund the remaining costs, at least for 1991).

C. Part II: Implementing the National Health Policy

1. Developing the District Health System

3.35 This component would assist Government to put in place the new district health system that will serve as the basic operational unit for health care delivery (para. 2.40-2.41 above and Annex 3-4). This would involve the application of new norms of coverage, staffing, and resource allocation and the establishment of new managerial systems in the 45 health districts in the country. To achieve this objective, this component would include four sub-components:

- a) development of training programs for health district personnel
- b) development of a financial management system for districts
- c) promotion of community health organizations
- d) assistance for implementation of District Health Development Plans (DHDP) in 19 districts in the regions of Dakar, Thiès and Diourbel

The first three sub-components would cover all 45 districts in the country. The last one, which largely involves construction and equipment activities, would cover all districts in the three selected regions.

3.36 To set the stage for implementation of the above project activities, Government has issued instructions (a) defining the structure and norms of coverage, function, staffing, management and supervision of the district system, and (b) delineating the 45 health districts in the country. In addition, to ensure appropriate allocation of personnel resources to the district system, the completion of implementation of the redeployment and recruitment measures defined in the emergency plan for FY90-91 (para. 2.44) is a condition of credit effectiveness; and Government gave assurances during negotiations that it would, through 1996, implement the redeployment and recruitment measures defined in the medium-term plan for FY91-96 (para. 2.45).

3.37 Development of Training Programs for District Health Personnel. This sub-component will support the development of a package of training programs for District Medical Officers (DMO) and Health Post Nurses (HPN) to prepare them for their new responsibilities, both managerial and technical, and assist them in preparing a district plan to guide the implementation of reforms in their district. The second district doctor (DMO2), who will share supervision and training responsibilities with the DMO,

will participate in the relevant training program. He will also receive training in emergency surgery. Regional Medical Officers (RMO), who are responsible for overseeing health district development within their regions, will participate in all programs addressed to DMOs. Programs to be developed include:

For DMOs:

- a) Preparation of a District Health Development Plan (DHDP) and set-up of district operations
- b) Management of drugs, community health organizations, and financial management of health districts and health posts

For DMOs and DMO2s:

- c) Management of district operations, and supervision and training of HPNs

For DMO2s:

- d) Emergency surgery; each DMO2 will be accompanied by one health center nurse who will be trained in anesthesia techniques

For HPNs:

- e) Management of a health post, including the minimum package of services and administrative activities

Approaches, objectives, organization and implementation calendars for each of the above programs are detailed in Annex 3-5. Given the large number of HPNs in the country (over 600 at present, over 900 in principle by 1995) and the importance of practical aspects of their training, nurses' training will be carried out in two phases: an initial two-week seminar followed by a series of supervision-training visits by the doctor over a six-month period. The supervision visit is thus an essential element of the proposed training program. Around 720 HPNs will be trained during the five-year program implementation period.

3.38 Training in emergency surgery will be jointly organized with the Belgian and French TA programs, which are providing surgeons at three facilities to be used as training centers: the health center at Guediaweye, regional hospitals in St. Louis and Ziguinchor. A total of 24 DMO2s and 24 nurse-anesthetists will be trained during the program period. Priority will be given to DMO2s and nurses in the program's zone of concentration and in the nine health centers that were constructed or rehabilitated under the IDA-funded Rural Health Project.

3.39 In addition to the above training activities, two districts will be set up as Training Zones where "best practice" in district management and service delivery will be established in a "real-world" environment. Except for an initial intensive investment in technical assistance and training, and regular supervision visits from technical assistance teams, the two districts will function on budgets and allocations of human and other resources no different from other districts. The Training Zones would serve as a place for practical training of DMOs where they would return for refresher training after an initial period of managing operations in their own districts. Thirty DMOs will be trained here during the program period, with priority given to DMOs in the three regions of concentration (para. 3.45). The practical training course will also serve in the long run as an orientation course for new doctors taking up posts as DMOs for the first time. Two districts have been selected (one urban - Nabil Choucair (Dakar) - and one rural - Tambacounda) as training zones.

3.40 Program assistance would include: (i) specialist services (65 months local, 7 months international) to set up and supervise the Training Zone; (ii) development of training materials and operational guidelines; (iii) participation by DMOs, DMO2s, and HPNs in training seminars; (iv) 20

vehicles for supervision and on-the-job training; (v) minor rehabilitation and equipment of health centers in the Training Zones; (vi) recurrent costs of training and research activities in Training Zones; and (vii) annual meetings of all DMOs at the national level. Operating costs directly related to service delivery in the Training Zones will be financed through the districts' normal operating budgets.

3.41 Developing a Financial Management System for Districts. This sub-component aims to develop budgeting and financial management procedures for health districts in preparation for establishing financial autonomy by 1992. Activities will include: (a) development of mechanisms to facilitate actual expenditures by districts of their budget allocations, including a review of procedures for preparation and execution of district budgets; (b) a review of criteria applied in allocating budgets to different health facilities; and (c) establishment of a standardized, simplified accounting system at the district level. During negotiations, Government gave assurances that it would present MOHSA's budget in a format that would clearly delineate drug and material allocations for the 45 districts in the country throughout the project period. Finally, to ensure sufficient budget allocations to health in general and to the health district system in particular, Government gave assurances that: (a) the percentage share of the government's recurrent budget allocations to MOHSA for the health sector would increase to 5.25% during FY 91-92, to 5.75% during FY93, to 6.25% during FY94, to 6.75% during FY95, and to 7.25% during FY96; (b) total drug and material allocations to the 42 districts would be at least 1.5 billion CFAF in FY91-92, 1.1 billion CFAF in FY93 and, subsequently through FY96, this amount would increase by at least 10% every year in real terms²; and (c) it will furnish to IDA, by October 30 of each year, (i) the draft recurrent budget for health for the upcoming fiscal year, and (ii) the draft investment budget for the health sector for the coming three years.

3.42 Program assistance would include: (i) specialist services on budgetary and accounting procedures for the public sector (1 month local, 4 months international); and (ii) training of 45 district administrators on the accounting system.

3.43 Promoting Community Health Organizations. CHOs will play an essential role in mobilizing local resources for district operations, particularly at the health post level. Public health personnel, local officials, and the general public need to be made fully aware of this fact and to understand the terms of the partnership between Government and the community. Training for DMOs and HPNs on district operations (para. 3.37) will include orientation on the role of CHOs and skills on how to support CHO development. To further promote CHO development, this sub-component will provide support for:

- a) public information campaigns on CHOs and how they should function
- b) dissemination of guidelines for members and officers of health committees and associations
- c) a study on the effectiveness of the cost recovery system in PY3.

To strengthen the regulatory framework within which CHOs would function, in particular to reduce misallocation and improve management of funds, Government will issue regulations governing the

² Senegal's Fiscal Year will change from July 1-June 30, to January 1-December 30, starting in 1992. Its 1991-92 budget thus represents an 18-month budget.

organization and management of CHOs, defining procedures for the transformation of existing CHOs to conform with new regulations, and requiring that only CHOs in conformity with new regulations will be permitted to operate in public health facilities. These regulations were discussed and finalized during negotiations; their adoption is a condition of credit effectiveness.

3.44 Under this sub-component, program assistance would include: (i) specialist services for development of information campaigns and guidelines, and evaluation of cost recovery efforts (4 months local, 4.5 months international); (ii) seminars for local leaders (mayors, "préfets"); (iii) production of radio and television spots and posters in 6 local languages; and (iv) printing of guidelines. This component is discussed in detail in Annex 3-10.

3.45 Assistance for Implementing District Development Plans in Three Regions. This sub-component will provide assistance to 19 health districts in the regions of Dakar, Thiès, and Diourbel to implement their district health development plans (DHDP). Assistance will include:

- a) Establishment of the network of district health facilities through (i) construction, equipment of 90 new HPs; (ii) transformation of 12 MCH centers into HPs; (iii) re-equipment of around 190 existing and transformed HPs; (iv) rehabilitation, re-equipment of 5 existing HCs and 7 district pharmacies
- b) Logistical support for supervision and management systems at the district level
- c) Strengthening management and support capacity at the regional level

Districts will also receive an initial stock of essential drugs under the essential drugs component (para. 3.54). Each participating district must have adopted a district development plan, with IDA approval, to qualify for assistance. All facilities receiving assistance (including new construction) must be included in the approved district coverage plan. In addition, no civil works on HPs will be started unless a local health committee has been organized in accordance with new regulations (para. 3.43). For the supervision of construction of new HPs, MOHSA will employ consultants, although MOHSA may want to use AGETIP (Agence d'exécution des travaux d'intérêt public contre le sous-emploi) as executing agency since all the new HPs will be in urban areas.

3.46 Each district will receive equipment and furniture worth up to 5 million CFAF to partially re-equip and refurnish existing and transformed HPs. The DMO will determine priority needs for HPs in the district selected from a standard equipment and furniture list for HPs and will present a request to the Component Support Unit (CSU) in MOHSA, which will procure the equipment for all districts.

3.47 At the regional level, the Regional Medical Officer (RMO) will oversee the district level reform program and provide the needed technical and administrative support for its implementation. He will be particularly involved in the preparation and monitoring of DHDPs and in planning and implementing personnel redeployment between districts. RMOs in the three regions of concentration will receive the necessary training and logistical support to carry out their leadership responsibilities.

3.48 Program assistance would include: (i) construction/rehabilitation and equipment of HPs, HCs and district pharmacies; (ii) information system registers and instruction manuals for HPs, HCs and district management teams; (iii) fellowships for master's degrees in public health with an emphasis on the management of health district operations for two of the three RMOs, and study tours for all 3 RMOs

to observe successful projects in other countries; (iv) minor rehabilitation of 3 regional health offices, and provision of material and equipment; and (v) establishment of regional document centers.

2. Promoting Essential Drugs

3.49 This component will support MOHSA's strategy to promote wider use and availability of essential drugs and to significantly reduce their cost, focusing on strengthening demand and supply elements in the public distribution system, as called for in its medium-term plan for the pharmaceutical sector (para. 2.42). It includes four sub-components:

- a) reform of the National Pharmacy
- b) supply of an initial stock of drugs for health districts
- c) information campaigns for prescribers and the public
- d) development of a long-term strategy for the pharmaceutical sector

Certain activities to be undertaken under the district services component, including training of health personnel on the use and management of drugs (para. 3.37), measures to ensure sufficient budgetary allocations for drugs at the district level (para. 3.41), and support for CHO resource mobilization efforts (para. 3.43), also constitute key elements of the essential drugs program.

3.50 Reform of the National Pharmacy. This sub-component will support actions necessary to enable the National Pharmacy (PNA) to perform its function as the principal supplier of low-cost essential drugs to the public health system. It will include:

- a) adoption of restructuring measures to grant PNA the financial flexibility to fulfill its commercial functions while retaining its status as a government entity
- b) support for the establishment of improved managerial, financial, procurement and distribution systems.

3.51 As part of its restructuring program, PNA has been granted a three-year exemption from standard Government procurement procedures which are slow and unsuited to the nature of the pharmaceutical market. In addition, to ensure prompt release of budget allocations for drug expenditures, funds from budget drug allocations will be channelled on a regular basis into a commercial bank account to be held at the level of PNA. To access these funds, each district would submit to PNA every four months a list of drug purchases worth up to one-third of its annual budgetary allocation. PNA will cede the equivalent amount in drugs, in addition to any other drugs to be purchased on a cash basis using district revenues from CHO contributions or other sources. PNA will monitor drug transfers and budget allocation expenditures separately for each district, as it will for each of its other clients. An initial deposit of 350 million CFAF will be made into the commercial bank account to be held by PNA as a condition of credit effectiveness. During negotiations, Government gave assurances that it will replenish this account every three months.

3.52 PNA will undertake major organizational reforms to improve its internal efficiency including: staff reinforcement and clearer task definition, restriction of its product range to items in the official list of essential drugs; improved managerial, financial and procurement systems (including maximum use of ICB procedures and placing multi-year drug orders); and adjustment of its pricing policy to cover internal operating costs (to be set initially at a margin of 5% over acquisition cost). The

proposed internal reorganization of PNA is described in detail in Annex 3-9. During negotiations, Government gave assurances that PNA stocks will be maintained in conformity with the official list of essential drugs throughout the project period (starting in PY2) and revise the list of essential drugs only after prior agreement with IDA.

3.53 Program assistance would include: (i) specialist services on PNA organization and management (11 months international); (ii) training on drug management and distribution for PNA personnel (210 days local, 10 months external); (iii) minor civil works, equipment and furniture; (iv) salaries of 2 pharmacists and a "contrôleur de gestion" on a declining basis (100% in PY1-3, 50% in PY4-6); and (v) other recurrent costs for PY1-3.

3.54 Provision of an Initial Stock of Drugs for Health Districts. To stimulate district operations and to revive cost recovery efforts, this sub-component would "prime the pump" of the drug supply system by providing an initial stock of drugs at the PNA, the HC and the HP levels. Program assistance would include: (i) 200 million CFAF worth of drugs for PNA to complement its existing stock (400 million CFAF value) and thus complete an initial revolving stock of 4 months' drug needs for district level facilities; (ii) 4 months' supply of drugs for all district HCs; and (iii) 4 months' supply of drugs for 16 HPs in every district in the country (a total of 720 HPs). Supplies to PNA and to all HCs will be provided in PY1. Supplies for each HP will be provided upon completion of the HPN's training under the district services component and would thus be phased in over PY2-6. Because the level of referrals to the HC is expected to be at less than full capacity at the start of the program, drug needs are estimated for this purpose at 70% of capacity.

3.55 To ensure that the initial stock will be renewed through efficient management and cost recovery, each district must fulfill the following criteria to qualify for assistance under this sub-component: (a) adoption of district health plans consistent with nationally adopted norms; (b) completion of training in drug management for the DMO; (c) organization of the district pharmacy according to guidelines, and (d) setting of fees for the health center and agreement to apply them immediately upon receipt of project-supplied drugs. Each HP receiving assistance must fulfill the following criteria: (a) completion by the HPN of the initial two-week seminar on HP management; (b) (re)organization of the local health committee according to new regulations; and (c) setting of fees for the health post and agreement to apply them immediately upon receipt of project supplied drugs. All facilities receiving assistance must be included in the approved district coverage plan of the DHDP. The DMO will certify to the fulfillment of the above criteria for the district as a whole and for each HP receiving assistance. The CSU will verify ex post, through random checks, the validity of these certifications. During negotiations, Government gave assurances that it will allocate the initial stocks of drugs provided under the project only to those Health Centers and Health Posts that meet the above-mentioned eligibility criteria.

3.56 Information Campaigns on Essential Drugs. This sub-component will support the promotion of essential drugs through a public information campaign aimed at the general public, members and officers of community health organizations, and public and private health practitioners and pharmacists. Two types of activities are planned, in addition to the training programs for district health personnel to be carried out under the district services component: (a) information campaigns for the general public; and (b) dissemination of essential drugs lists (including price information) and prescription guidelines to health personnel in the public and private sectors. The project would finance: (i) services of a specialist in social marketing (1.5 months international); (ii) production of television and radio spots

and of posters in six local languages; (iii) reprinting of the essential drugs list and prescription guidelines for distribution to private health practitioners and pharmacists, NGOs and medical insurance plans of large enterprises (IPM).

3.57 Development of a Long-term Strategy for the Pharmaceutical Sector. This sub-component would provide assistance for the development of a long-term pharmaceutical sector strategy whose objective would be the development of a strong, open market for low-cost essential drugs involving both public and private sectors (para. 2.42). Two special studies will be carried out under management of the CSU in PY3 as inputs to the preparation of the strategy: (a) analysis of the long-term financial viability of PNA; and (b) alternative market structures for the supply of essential drugs, with focus on the role of PNA and of the private sector. These studies will take into consideration experience during the first two years of project implementation, particularly as concerns operational efficiency of PNA and any improvements in the cost and availability of essential drugs. Among other things, the option of transforming PNA into an autonomous public entity will be considered in the light of study findings. Representatives of the commercial drug sector as well as concerned NGOs will participate to the extent possible in preparation of the strategy. Program assistance would include: (i) 8.5 months of specialist services (internationally recruited) to carry out the two studies and prepare the strategy; and (ii) a national seminar to discuss the proposed strategy.

3. Institutional Strengthening in the Health Sector

3.58 This component continues support initiated under the Rural Health Project (Cr. 1310-SE) for institutional development at the national level. It focuses on: (a) manpower planning and development; (b) budgeting and financial planning; (c) physical asset management; and (d) institutional support for the Directorate of General Administration and Equipment (DGAE) in MOHSA.

3.59 For manpower development, MOHSA would: (a) carry out studies to define staffing norms for regional hospitals and specialized structures of the ministry (Public Hygiene, specialized health centers, etc); (b) continue development and maintenance of a computerized personnel information system to monitor progress in redeployment and recruitment; and (c) prepare a program for the restructuring of the education and training system in the health sector. The restructuring program could be financed under the proposed second Human Resources Development Project on education and training (FY92S). During negotiations, Government gave assurances that it will complete the studies on staffing norms for regional hospitals and specialized studies of MOHSA, and discuss the findings of the studies and recommendations with IDA by June 1993.

3.60 For management and planning, MOHSA would: (a) in complement to work to be carried out for the district level (para. 3.41), review existing procedures for budget preparation and execution for the ministry as a whole, and recommend measures for improvement; (b) develop and introduce mechanisms to monitor the flow of financial resources from the budget, community health organizations, local governments and donors and their use; (c) complete the inventory of existing assets (infrastructure and equipment), assess their condition, and introduce an asset management system (including methods for programming new purchases and maintenance and for maintaining up to date records of facilities); and (d) review the functions and activities of the four divisions of DGAE, recommend an appropriate organization and suitable management systems, and assist in the implementation of recommendations.

3.61 Program assistance would include: (a) specialist services to carry out six studies (31 months local, 13 months international); (b) seminars and workshops on various management systems; (c) local training of staff on computer utilization (10 months); and (d) 1 vehicle, office equipment, and their operating and maintenance costs for DGAE.

D. Project Costs and Financing Plan

3.62 The total program costs over the five-years of implementation is estimated at US\$52.8 million equivalent (net of taxes and duties). No decision has been made on the financing plan for the complete program but a number of bilateral and multilateral donors have expressed interest in cofinancing. They include France, Belgium, Canada, UNICEF, UNFPA. Program costs net of taxes are shown in Annex 3-12, pages 1 to 5.

3.63 Given the urgent need to renew efforts in the population and health sectors and to capitalize on the current momentum of reform, and because anticipated cofinancing may not be completely available for several more months, the available funds (IDA, US\$35.0 million; Government, US\$2.9 million) would be used to support a project consisting of all activities planned for the first three years of the five-year program. In the event that cofinancing is obtained for certain components or activities in the project, it would be possible to reallocate IDA funds thus freed to other activities in the program, which has already been appraised in its entirety by IDA.

3.64 The reduced project would cover the same range of activities described in the preceding section, with the following changes in physical targets:

<u>Component/Activity</u>	<u>Physical Targets</u>	
	<u>Program</u>	<u>Project</u>
Strengthening the FP Program		
- HPNs trained in FP service delivery	720	360
- new FP clinics in the private sector	34	21
- private clinics receiving follow-up	65	30
- social agents trained in FP/IEC	766	384
Promoting the status of women		
- women trained in functional literacy	6,300	2,000
- "case-foyers" constructed	45	30
- women's groups receiving equipment	375	225
Institutional strengthening for population activities		
- Demographic and Health Surveys	2	1
Developing the district health system		
- HPNs trained in HP services management	720	360
- DMO2s trained in emergency surgery	24	12
- DMOs trained in practical training zones	30	10
- new HPs constructed	90	60
- MCH centers transformed into HPs	12	4
Promoting essential drugs		
- HPs receiving an initial stock of drugs	720	360

3.65 The total cost of the project, net of taxes, is estimated at US\$37.9 million equivalent with a foreign exchange component of US\$26.4 million (70%). Base cost estimates are US\$31.3 million at February 1991 prices. Costs exclude direct taxes and import duties which, although not waived, would be paid by government. Physical and price contingencies are estimated at US\$6.6 million (17.4% of total cost) with physical contingencies representing 8% of base cost. Price contingencies assume: (a) a domestic inflation rate of 5% during the life of the project; and (b) foreign inflation rates of 9.0% for PY1, 1.1% for PY2, .4% for PY3 and 1.6% for PY4. The project would be financed by IDA (US\$35 million or 93% of total cost), and budgetary allocations from the government (US\$2.9 million or 7% of total cost). More detailed project cost estimates and terms of financing are given in Annex 3-12, pages 6 to 11.

3.66 Recurrent cost implications. Program investments would generate net incremental operating costs estimated at about US\$8.0 million over the five-year implementation period, of which US\$4.2 million would be absorbed by Government, with the balance to be absorbed by health system users. Expressed as a percentage of the FY90-91 health budget, incremental Government cost would be 0.7% in PY1 and 2.3% in each subsequent project year. Salaries of 25 district doctors account for 25% of these costs, drugs 57% and other costs 18%. A large part of contraceptive costs are included under the "drugs" category above, except for those to be distributed through the private sector which would be financed through donors' contributions or direct purchase by users. Non-health components of the program are not expected to generate significant recurrent costs. Restructuring measures taken under the program would generate significant cost savings which are, however, difficult to quantify. These would include savings on the cost of drugs (average cost per episode would decrease by 50-75%), scale economies derived from integrating vertical programs into the standard service package for health posts and health centers, and savings on hospital costs of primary cases pre-screened at the post and center levels.

IV. PROJECT IMPLEMENTATION

A. Status of Project Preparation and Readiness

4.1 Following adoption of the National Population Policy in April 1988, project preparation started under coordination of the former Directorate of Human Resources in the Ministry of Planning (currently the Division of Human Resources in the Ministry of Economy, Finance and Planning). The population component was prepared by staff from the former Ministries of Planning and of Social Development and from the Ministries of Youth and of Health, and the health component by staff of the Ministry of Health. Preparation was complicated by one major and two minor Government reorganizations that occurred over the last eighteen months, all of which affected key ministries involved in project preparation and/or implementation. Notwithstanding the resulting transitional problems, preparation has continued on track owing primarily to Government's strong commitment to promoting human resources development.

4.2 During preparation, much attention was given to building consensus on newly-adopted policy orientations, both within Government and within the donor community, and on developing common approaches to operationalizing these new policies. Measures touching on specific elements of the larger policy package (contraceptive use and distribution, essential drugs, decentralization, norms for the district health system, etc.), are in advanced stages of preparation. Implementation plans have also

been clearly defined. Draft terms of reference for the preparation of the training activities scheduled for PY1 as well as for the initial evaluation of ongoing FP-IEC activities also scheduled for PY1, have been prepared by Government. Furniture and equipment lists have been finalized. Preparation of training programs and of construction standards for "cases-foyer" and for health posts have been initiated under PPF funding and under the ongoing Rural Health Project. Under the PPF (No. P572-0-SE), an amount of US\$600,000 was approved by IDA on June 12, 1989. Senegal benefitted also of an SPPF of US\$180,000, approved on November 25, 1987, for the preparation of the national population policy.

B. Project Coordination and Management

4.3 Because of the complexity of the project, comprising seven components involving six different ministries, high-level coordination will be provided by an Interministerial Committee. The Interministerial Committee is chaired by the Minister of Economy, Finance and Planning, and includes the Ministers of Interior, Health, Education, Women's condition, and Youth and Sports. The Committee will provide overall guidance and supervision for project implementation. It will be responsible for policy decisions, especially of an interministerial nature, and for the resolution of any major implementation problems that may arise. The Committee will approve annual work programs and budgets for each component, review progress reports and evaluate results, and initiate any corrective actions that may be necessary, including modifications to policies, programs and budgets already approved.

4.4 While implementation responsibility for project components rests with the respective ministries, a Project Coordinating Unit (PCU) in the MEFP will be responsible for overall project coordination and administrative and financial matters, as well as monitoring and evaluation. Specifically, the PCU will:

- serve as a secretariat to the Interministerial Committee;
- consolidate annual work programs and budgets prepared by the ministries responsible for project components;
- procure goods and services (preparing bidding documents based on executing ministries' requests, calling for bids, organizing bid evaluation, etc.) for its own needs and for the women, youth and population sector institutional strengthening components;
- handle disbursements (preparing the documentation necessary for withdrawal applications) and manage the Special Account established for the requirements of the PCU and the women, youth and population sector institutional strengthening components;
- maintain the project accounts and make arrangements for Audit;
- consolidate progress reports for all project components for submission to the Interministerial Committee and to donors;
- supervise and coordinate monitoring and evaluation activities for all project components; and
- liaise with donors on all project matters.

4.5 The PCU will be headed by a Project Manager with a good knowledge of administrative procedures and experience in management and will also include a deputy project manager, preferably an economist/planner, responsible inter alia for monitoring and evaluation, an accountant, an administrative and financial assistant, and support staff. The PCU will employ short-term experts, particularly to assist in project monitoring and evaluation.

4.6 Since the bulk of the project will be implemented by various divisions in the Ministry of Health (MOHSA), the Ministry will maintain a Component Support Unit (CSU) for Health that will be autonomous and will provide logistical support to the executing divisions and handle procurement and disbursement (including a separate Special Account) for all the requirements of the Ministry. The CSU for Health will consist of:

- a Director, with experience in management and in public health;
- a Deputy Director, preferably a health planner/economist;
- a civil engineer; and
- three accountants, and support staff.

4.7 For the various MOHSA components and sub-components, management and implementation responsibilities will be as follows:

- the National Family Planning Program component will be implemented by the MCH-FP division of MOHSA and NGOs for the sub-component aimed at expanding FP and MCH services and by the Health Education Unit of MOHSA in collaboration with the MCH-FP division and the Social Affairs Directorate of MOHSA, the MOI and the Ministry of Culture and Communication (MOCC) for the IEC sub-component;
- the District Health Services component will be implemented by the Directorate of Public Health in collaboration with the Directorate of General Administration and Equipment and the HEU of MOHSA, Dakar University or other sources of training expertise, and the Ministry of Interior;
- the essential drugs component will be implemented by the Ministry of Economy, Finance and Plan (MEFP), the National Pharmacy, and the CSU, the Directorate of Public Health and the Health Education Unit of MOHSA;
- the Component for institutional strengthening in the health sector will be implemented by the Directorate of General Administration and Equipment and the Training and Research Bureau of MOHSA in collaboration with the Directorate of Public Health.

4.8 The component for promoting the Status of Women will be managed and implemented by the Ministry of Interior (MOI) in collaboration with the Ministry in charge of the condition of women and children (MCWC). At the central level, a CSU for Women in the Executive Secretariat of the Centers for Rural Development of the MOI will be responsible for overall component coordination. The CSU for Women will consist of a Director, a Deputy Director, three specialists in functional literacy, FP-IEC and community development, an administrative assistant, an accountant and support staff. The component will be implemented in the field by staff of the Centers for Rural Development in collaboration with the Health Education Unit of MOHSA and the Directorate of Literacy and Basic Education of MOE. The MCWC, which will also have a Component Support Unit (CSU) responsible for monitoring and evaluation, will be closely associated with the component implementation.

4.9 The component for reaching young men and women will be managed and implemented by the Ministry for Youth and Sports (MYS)/Directorate of Youth and Socio-educational activities, in collaboration with the MOHSA/Health Education Unit. The CSU for Youth, to be established in MYS for the UNFPA-funded project, with the participation of the International Labor Organization (ILO), will also be responsible for overall coordination of this component.

4.10 The staffing of the Project Coordination Unit (PCU) and of the Component Support Units (CSUs) in MOHSA, MOI, MCWC and MYS with personnel whose qualifications and experience are satisfactory to IDA would be a condition of effectiveness. During negotiations, Government gave assurances that the PCU positions and those of the CSUs in MOHSA, MOI, MCWC, and MYS will be filled at all times with personnel whose qualifications and experience are satisfactory to IDA.

C. Project Monitoring and Evaluation

4.11 Monitoring and Evaluation will be carried out during the life of the project by the implementing ministries and agencies as well as by the CSUs and the PCU. Each implementing unit would monitor its own activities and submit semi-annual progress reports to the component's CSU, who would in turn report to the PCU. The PCU would therefore have an overall view of problems and issues in project implementation and would be in a position to recommend to the Interministerial Committee any corrective actions that may be required. Joint IDA/Government reviews of project implementation would be carried out on an annual basis. Such reviews are designed to examine the progress of implementation to date, discuss the results of the previous year's work program and agree on the following year's work program and budget. Donors supporting the project would be invited to participate in the annual reviews. During negotiations, Government gave assurances that, by October 31 of each year, it would organize a review meeting to be attended by staff of the PCU and CSUs and representatives of IDA in order to review (i) the draft annual work program and budget for project activities to be undertaken during the next fiscal year, (ii) the draft recurrent budget for health for the next fiscal year (para. 3.41), and (iii) a draft investment budget for the health sector for the coming three years (para. 3.41). The final versions of the project annual work program and budget, and investment budget for health would reflect the comments made by IDA.

4.12 After three full years of implementation, the Government, IDA and cofinanciers would undertake a more comprehensive and detailed evaluation of the progress of project implementation, including assessments of whether the strategies being followed are producing expected results and whether those strategies need to be modified in light of changing circumstances. During negotiations, Government gave assurances that it will undertake, by June 30, 1994 at the very latest, a comprehensive evaluation of the project.

D. Specialist Services

4.13 The program includes a total of 389 person-months of specialist services (of which 67% to be locally recruited). Program costs also include about CFAF 480 million (about US\$1.84 million equivalent) for technical fees comprising architectural services and engineering services for studies and supervision of construction. Details on specialist services are given in Annex 4-1.

E. Procurement

4.14 The following table shows the procurement arrangements for the project by category of expenditure:

Procurement Method by Category of Expenditure
(US\$ million)

<u>No.</u>	<u>Category of expenditures</u>	<u>Amounts and Methods of Procurement</u> (US\$ million including contingencies)				
		<u>ICB</u>	<u>LCB</u>	<u>Other</u>	<u>N/A</u>	<u>Total</u>
1.	Civil Works	10.3 (8.8)	2.7 (2.3)	- -	- -	13.0 (11.1)
2.	Vehicles, equipment and materials	6.0 (6.0)	2.2 (2.2)	- -	- -	8.2 (8.2)
3.	Furniture	- -	0.9 (0.9)	- -	- -	0.9 (0.9)
4.	Drugs	2.8 (2.8)	- -	0.5 (0.5)	- -	3.3 (3.3)
5.	Specialist Services	- -	- -	5.1 (5.1)	- -	5.1 (5.1)
6.	Training	- -	- -	2.6 (2.6)	- -	2.6 (2.6)
7.	Operating Costs	- -	- -	4.0 (3.0)	- -	4.0 (3.0)
8.	Refinancing of PPF and SPPF	- -	- -	- -	0.8 (0.8)	0.8 (0.8)
	TOTAL COSTS	19.1	5.8	12.2	0.8	37.9
	Total Financed by IDA	17.6	5.4	11.2	0.8	35.0

NOTE: Figures in parentheses are the respective amounts financed by the IDA credit.

4.15 Contracts for goods, including vehicles, equipment, materials and drugs totalling US\$8.8 million equivalent, representing about 70% of the total value of contracts for goods financed by IDA, would be procured through international competitive bidding (ICB) in accordance with the Bank's Guidelines for Procurement Under IBRD Loans and IDA Credits (May 1985) and would be grouped, to the extent practicable, into bid packages of at least US\$100,000 each. Where ICB procedures are used, a preferential margin of 15%, or the applicable customs duty, whichever is less, over the c.i.f. prices of competing goods would be given to domestic manufacturers in accordance with IDA's guidelines. To help ensure the quality of drugs purchased under the project, which will be specified in the bidding documents under the international non-propriety name, prequalification of manufacturers/suppliers would be required; details on prequalification and other aspects of the drug procurement procedures are given in Appendix B of Annex 3-9. Civil works estimated to cost more than US\$1,000,000 equivalent each, totalling US\$10.3 million equivalent, and representing 79% of the total value of civil works contracts financed by IDA, would also be suitable for procurement through ICB.

4.16 The remaining 30% of the total value of goods and the remaining 21% of the total value of civil works financed by IDA would be suitable for procurement other than ICB. The exceptions to ICB procurement would be for (a) contracts for goods (other than drugs) estimated to cost less than US\$100,000 equivalent each, which in the aggregate would not exceed US\$3.1 million, and (b) small-size civil works contracts for rehabilitation/improvement, which, in the aggregate, not exceed US\$2.7 million. These items, which are not expected to attract foreign bidders because of their small size, would be awarded on the basis of competitive bidding advertised locally (LCB) in accordance with procedures acceptable to IDA which would include: advertising in local papers, public bid opening, clarity of evaluation criteria, and award to the lowest evaluated bidder; foreign bidders would not be precluded from participating. Another exception to ICB would be for contracts for drugs required in health emergencies duly declared by competent authorities estimated to cost less than US\$60,000 each, which, in the aggregate, could not exceed US\$0.5 million; those contracts could be awarded on the basis of comparison of price quotations, solicited from a list of at least three local or international suppliers eligible under the guidelines, in accordance with procedures acceptable to the Association.

4.17 Incremental operating costs (including spare parts, office supplies, repairs and consumables) which cannot be grouped into bid packages of at least \$30,000 equivalent would be procured on the basis of price quotations from at least three suppliers, provided that the aggregate amount of such procurement does not exceed US\$2.4 million equivalent.

4.18 For contracts estimated at more than US\$100,000 equivalent each, the bidding documents and proposed contract awards would be reviewed by IDA prior to decision on the final awards. It is estimated that this review would cover about 85% of the total value of the amount contracted for goods and works financed by IDA. For goods and civil works contracts estimated at less than US\$100,000 each, representing about 15% of the value of these contracts, all procurement decisions would be subject to IDA's selective post-award review.

4.19 Consultants and training financed by IDA, totalling US\$7.7 million, would be contracted in accordance with the Bank's Guidelines for the Use of Consultants by World Bank Borrowers and by the World Bank as Executing Agency (August 1981).

4.20 During negotiations Government gave assurances that it will apply the procurement procedures and arrangements outlined above.

F. Disbursements

4.21 Since the project corresponds to the first three years of the program, disbursements have been estimated using a four-year period.

4.22 The IDA credit would be disbursed on the basis of categories shown below.

Allocation and Disbursement of the IDA Credit

Category of Expenditures and Part of Project	Proposed IDA Allocations (US\$ Million)	% of Expenditures Financed by IDA
Civil Works:		
Parts E and F1	7.9	85%
Parts B2 and C	1.5	85%
Vehicles, Equipment, and Materials:		
Parts A, E, F and G	4.4	100%
Parts B, C and D	2.6	100%
Furniture:		
Parts A, E and F	0.7	100%
Part B	0.1	100%
Drugs: Parts A and F2	2.8	100%
Specialist Services:		
Parts A, E, F and G	2.7	100%
Parts B, C and D	1.7	100%
Training:		
Parts A, E, F and G	0.9	100%
Parts B, C and D	1.3	100%
Incremental Operating Costs:		
Parts A, E, F and G	1.6	75%
Parts B5, C and D	1.0	75%
Refinancing of PPF and SPPF	0.8	100%
Unallocated	5.0	
TOTAL	35.0	

4.23 Disbursement of the IDA credit will be fully documented except for expenditures valued at less than US\$20,000 equivalent, which would be against Statements of Expenditures (SOEs). The documentation for withdrawals under SOEs would be retained at the PCU for review by IDA staff during supervision missions and for regular semi-annual audits.

4.24 To facilitate disbursement, Government would open two special accounts in a commercial bank to cover IDA's share of eligible expenditures: special account A, to be managed by the PCU and Special Account B, to be managed by the CSU for Health in the MOHSA. The authorized allocations

of those Special Accounts would be CFAF 75 million for special account A and CFAF 175 million for account B. IDA would make initial deposits of those amounts from the proposed credit immediately upon credit effectiveness. IDA would replenish the special accounts upon receipt of satisfactory proof of incurred eligible expenditures. Replenishment requests should be accompanied by up-to-date bank statements and reconciliations of the special accounts. All applications for direct payments, reimbursements or requests for special commitments should be for contracts above the equivalent of US\$20,000.

4.25 Government would deposit its counterpart contribution into two separate project accounts ("Caisses d'Avance") that it would open and maintain for financing its share of project costs (about CFAF 25 million for the PCU account and CFAF 50 million for the CSU for Health account).

G. Accounting, Auditing and Reporting

4.26 While each implementing agency would keep its own accounts for project-related activities, overall responsibility for the project's financial management will rest with the PCU which would maintain the consolidated project accounts. The PCU would submit to IDA: (a) semi-annual progress reports on project implementation; (b) annual financial statements on project expenditures; (c) annual work programs and budgets (as approved by the Interministerial Committee) for the following year; and (d) a project completion report within nine months of the credit closing date. Project accounts, including the two special accounts, would be audited annually by independent auditors acceptable to IDA; all disbursements under SOEs would be audited semiannually. The audit reports would be submitted to IDA within six months of the end of the fiscal year.

V. PROJECT BENEFITS AND RISKS

5.1 Benefits. The population component would have broad benefits in terms of increased awareness of population issues and increased receptivity to family planning, especially among women in rural areas and youth in semi-urban areas. By the end of the project period, family planning services would be extended to over 350 health posts in the country (from an insignificant number at present), and over 150 practitioners and pharmacists in the private sector would be able to offer services and information. Government's ability to coordinate, implement and evaluate population-related action programs would be strengthened. As a result of the above package of services, the contraceptive prevalence rate should rise from its current estimated level of 3.4% to around 14% by 1995, and the momentum would have been set for an increase to around 22% by 2000, assuming the necessary level of effort is maintained. Restructuring measures in the health sector would help reduce unit costs of basic health care, making possible a large improvement in quality and coverage with relatively minor increases in resource use. The exact value of these cost savings is difficult to quantify. They would include savings on the cost of drugs (around 50-75% decrease in cost per episode), scale economies derived from integrating vertical programs into the standard service package for health posts and health centers, and savings on hospital costs of primary cases pre-screened at the post and center levels. Increased mobilization of private resources to cover the cost of health services would improve the long-term sustainability of gains in quality and coverage and increase accountability within the health service system. The health component would benefit most of the population through improved availability of drugs and quality of services, which would increase utilization rates in around half of existing facilities by as much as three times current levels. In addition, over 3 million people in three regions in the project's zone of

concentration would gain improved access to basic services through a 30% increase in the number of health posts in these regions. Although the project makes no direct investment at the hospital level, hospitals will be relieved of present excessive demand for basic care as a result of improved primary- and secondary-level services and hence be better able to provide specialized services.

5.2 Risks. The main risks are: (a) the complex nature of the project and consequent potential implementation difficulties; (b) the many different changes required in policy orientation of Government at the macro-level, and in the behavior of service providers (district health officers, health post nurses, "monitrices") at the field level, and the possibility that these changes may not occur at the desired pace; and (c) heavy dependence on local health committees for resource mobilization at the health post level, and the difficulty of ensuring their efficient operation. To minimize implementation risks, close attention has been given during preparation to working out implementation arrangements and inter-ministerial working relationships; the project will, however, require more than average supervision. Extensive policy discussions during preparation within Government and between Government and IDA (and including other donors) improve the chances of continued Government commitment to its newly adopted policies. To minimize risks stemming from the difficulties in realizing essential changes in the behavior and attitudes of personnel responsible for carrying out project activities, close attention has been given to supervision and training aspects of all components. Special efforts to improve CHO organization and management (including revision of their internal regulations and training for DMOs and HPNs on supporting the development of CHOs) and information campaigns to clarify the role of CHOs to the general public would improve their chances of success.

VI. AGREEMENTS TO BE REACHED AND RECOMMENDATIONS

6.1 Prior to negotiations, the Government:

- (a) adopted the list of essential drugs and issued regulations on its application, including obligatory use by the National Pharmacy, in regional hospitals, health centers and posts, and by Community Health Organizations (para. 2.42);
- (b) lifted laboratory exam requirements for prescription of hormonal contraceptives (para. 3.9);
- (c) provided IDA with the final versions of instructions to: (i) authorize distribution of contraceptives in pharmaceutical "depots" (para. 3.9); (ii) define the structure and norms of coverage, function, staffing, management and supervision of the district system and delineate the 45 health districts in the country (para. 3.36); and
- (d) adopted the program of reform of PNA and authorized special procurement procedures for PNA (para. 3.51).

6.2 During negotiations, Government and IDA agreed on the list of key measurable indicators to monitor progress in implementation of the national population program, principal sources of data and the agencies responsible for collecting them (para. 3.33).

- 6.3** During negotiations, Government gave assurances that it will:
- (a)** ensure that by December 31, 1991, an agreement be signed between the CSU of the MOI and a banking institution under terms acceptable to IDA (para. 3.26);
 - (b)** through 1996, implement the redeployment and recruitment measures defined in the medium-term plan for FY91-96 (para. 3.36);
 - (c)** increase the percentage share of the government recurrent budget allocated to MOHSA for the health sector to 5.25% during FY91-92, to 5.75% during FY93, to 6.25% during FY94, to 6.75% during FY95, and to 7.25% during FY96 (para. 3.41);
 - (d)** starting with the budget law of FY91-92, revise the presentational form of MOHSA's budget to clearly delineate drug and material allocations for the 45 districts in the country (para. 3.41);
 - (e)** ensure that total drugs and material allocations to the 45 districts be at least 1.5 billion CFAF in FY91-92, 1.1 billion CFAF in FY93, and that, subsequently through FY96, this amount increases by at least 10% every year in real terms (para. 3.41);
 - (f)** ensure that (i) PNA shall submit its requests for replenishment of the commercial bank account held for the purpose of receiving annual budgetary allocations for drugs every three months, and (ii) the account shall be replenished within one month of submission of such request (para. 3.51);
 - (g)** maintain PNA stocks in conformity with the official list of essential drugs and revise the list of essential drugs only after prior agreement with IDA (para. 3.52);
 - (h)** allocate the initial stocks of drugs provided under the project only to those Health Centers (HCs) and Health Posts (HPs) that meet the agreed upon eligibility criteria (para. 3.55);
 - (i)** by June 30, 1993, complete the studies on staffing norms for regional hospitals and specialized structures of MOHSA (Public hygiene, specialized health centers, etc.), and discuss study findings and recommendations with IDA (para. 3.59);
 - (j)** fill positions of the PCU and of the CSUs in MOHSA, MOI, MCWC, and MYS at all times with personnel whose qualifications and experience are satisfactory to IDA (para. 4.10);
 - (k)** by October 30 of each year, beginning in 1992, organize a review meeting to be attended by Staff of the PCU and CSUs and representatives of IDA in order to review (i) the draft annual work program and budget for project activities to be undertaken during the next final year, (ii) the draft recurrent budget for health for the next fiscal year, and (iii) a draft investment budget for the health sector for the coming three years. The final versions of the project annual work program and budget for the project and the investment budget for health would reflect the comments made by IDA (para. 4.11);

- (l) by June 30, 1994, undertake a comprehensive evaluation of the project (para. 4.12); and
- (m) during project implementation, apply the procurement procedures and arrangements agreed upon during negotiations (para. 4.20).

6.4 **Conditions of credit effectiveness** would be that Government would:

- (a) adopt the National FP Program Document, and the decree including FP as part of the basic MCH package and authorizing HPNs to distribute all types of contraceptives except IUDs (para. 3.9) as discussed and agreed on at negotiations;
- (b) complete implementation of the redeployment and recruitment measures defined in the emergency plan for 1990-91 (para. 3.36);
- (c) issue regulations governing the organization and management of CHOs, detailing procedures for the transformation of existing CHOs to conform with new regulation and requiring that only CHOs in conformity with new regulations be permitted to operate in public health facilities (para. 3.43);
- (d) make an initial deposit of CFAF 350 million in a commercial bank account to be held by PNA (para. 3.51); and
- (e) staff the Project Coordination Unit (PCU) and the Component Support Units (CSUs) in MOHSA, MOI, MCWC and MYS with personnel whose qualifications and experience are satisfactory to IDA (para. 4.10).

6.5 **Recommendation**. Subject to the above terms and conditions, the proposed project would be suitable for an IDA credit of US\$35.0 million equivalent on standard IDA terms.

REPUBLIC OF SENEGAL
HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT PROJECT

Population and Health

Basic Data Sheet and Comparative Indicators

Per Capita Income	US\$650
Total Population	6.9m
Land Area	197,000 km ²
Population Density	35/km ²
Population Growth Rate	3.2%
Crude Birth Rate	45.5
Total Fertility Rate	6.5
Contraceptive Prevalence ('86) *:	
All Methods	10%
of which modern	2.6%
Women of Childbearing Age knowing of at least 1 contraceptive method ('86) *	70%
Number of Health Centers/Clinics offering Family Planning Services ('88)	90
Crude Death Rate	16
Infant Mortality Rate	86
Child Mortality Rate ('86)	113
Life Expectancy	48
Number of facilities: Case de santé	1,400
Health Post	618
Health Center	47
Regional Hospital (10 regions)	7
National Hospital	3
Number of personnel: Physicians	459
Nurses	2,487
Midwives	482
Health Facilities:	
- Population per: Case de santé	5,200
Health Post	11,500
Health Center	142,300

* 1986 Demographic and Health Survey.

Health Personnel:		
- Population per:	Physician	17,000 <u>1/</u>
	Nurse	3,000 <u>2/</u>
	Midwife	14,000 <u>2/</u>
Total Health Personnel <u>3/</u>		5,028
of which:	Central and Regional Administration	5%
	Hospitals	31%
	Health Centers/Posts	42%
	Other Specialized Services	22%
Percentage of national budget allocated to Health Sector (FY90-91)		4.6% <u>4/</u>

=====

Comparative Indicators

	<u>Nigeria</u>	<u>Cameroon</u>	<u>Ghana</u>	<u>Côte d'Ivoire</u>	<u>Burkina Faso</u>	<u>Kenya</u>	<u>Mali</u>	<u>Senegal</u>
Total Population (million) ('88)	110	11.2	14.0	11.2	8.5	22.4	8.0	6.9
Urban Population (%) ('88)	34	47	33	45	9	22	19	38
Crude Birth Rate ('88)	47	45	45	50	47	47	50	45
Crude Death Rate ('88)	15	13	13	14	18	11	19	16
Average Annual Population Growth Rate (1980-88 in %) <u>1/</u>	3.4	3.2	3.5	4.2	2.6	4.2	2.3	3.2
Total Fertility Rate ('88)	6.6	6.5	6.3	7.3	6.5	7.6	7.0	6.5
Infant Mortality Rate ('88)	103	92	88	95	137	70	168	86 <u>2/</u>
Life Expectancy ('88)	51	56	54	53	47	59	47	48
Population Per: Physician ('84)	7,990	-	14,890	-	57,220	9,970	25,390	17,000 ('88) <u>3/</u>
Nurse ('84)	1,020	-	640	-	1,680	950	1,350	3,000 ('88) <u>3/</u>
Illiteracy Rate ('85 in %)	58	44	47	57	87	41	83	72
Per Capita Income (US\$)	290	1,010	400	770	210	370	230	650
Health Sector Allocation as % of Government budget ('88)	0.8	-	9.0	-	5.2	6.1	2.6	4.6 (FY90-91) <u>3/</u>

Source: WDR 1990.

1/ Source: World Bank Atlas 1989.

2/ Source: 1986 DHS.

3/ Source: Government of Senegal.

(b:senandat.1/annexes1)

1/ Recommended norm 1/10,000.

2/ Recommended norm 1/5,000.

3/ 45% of total health personnel are located in Dakar, with only 22% of total population.

4/ WHO recommended allocation is 10%.

ORGANIGRAMME DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE L'ACTION SOCIALE - 30 OCTOBRE 1990

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE L'ACTION SOCIALE
M. Assane DIOP

CABINET
M. Bandougou SILLA

INSPECTIONS
- Administrative: M. DIA
- Technique:

CONSEILLERS TECHNIQUES

- 1 - Coopération: M. Nday FAYE
- 2 - Formation Recherche: Dr. Fodé DIOUF
- 3 - Affaires Juridiques: M. Malick CISSE
- 4 - Hôpitaux: M. Ibrahim FAYE
- 5 - Universités: Pr. Doudou BA
M. Mamadou DIALLO
- 7 - Epidémiologie: Dr. Georges FOURNIER
- 8 - Plan Familial: Cdt. Aboubakar THIAM

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION
GENERALE ET DE L'EQUIPEMENT
M. Alphonse MBAYE

Conseillers Techniques
- Gestion: M. Hervé MAIGROT
- Maintenance: M. Jobi BLOU

Affaires Juridiques

Finances

Personnel
- M. Nadjor FALL

Infrastructure et Matériels

DIRECTION
DE L'ACTION SOCIALE
M. Messour SECK

Propylaxie Sociale
- M. Mbaye SENE

Secours

Centres d'Education
non Conventionnés
- M. Amadou NDOYE

Handicapés
- Mme NDIAYE Aminata GUEYE

DIRECTION
DE LA SANTE PUBLIQUE
Cdt. Lamina SARR

S.N. d'Hygiène Publique
- Cdt. Cheikh FALL

S.N. des Grandes Endémies
- Dr. Abou Bahr GAYE

S.N. de l'Education pour la Santé
- M. Bilal FALL

Protection Maternelle et Infant
- Dr. Assane NAKOULIMA

Alimentation et Nutrition
- Dr. Amadou Maktar MBAYE

Soins de Santé Primaires
- Cpt. Isamba DIALLO

Médecine Privée
Police Sanitaire aux Frontières

Statistiques

Bureau Contrôle et Visas: Pr. Issa LO

Centre National
de Transfusion Sanguine: Pr. Lamina DIAKHATE

Centre National
d'App. Orthopédique: Pr. Pierre VERSCHOORE

Pharmacie Nationale
d'Approvisionnement: M. Mamadou TOURE

Projet Santé Rurale/RN: M. Ibrahim KEITA
Projet Santé Rurale/USAID: M. Ibrahim KEITA

BUREAUX

Plan et Etudes: Mme Binta BA DIAGNE
Formation et Recherche: Dr. Fodé DIOUF
Presse et Documentation: M. Khalifa NBENGUE

Projet Santé Familiale
Mme Marième DIOP
Projet Bien-Etre Familial

REPUBLIQUE DU SENEGAL

PROJET DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Population et Santé

Renforcement du Programme National de Planification Familiale

1. La composante SMI/PF a pour but de contribuer à la réalisation des objectifs spécifiques définis dans le Programme National de Planification Familiale (PF) et d'aider au renforcement global du système de santé. Conformément aux options définies et retenues lors des discussions avec les responsables nationaux, elle s'attachera, en complémentarité avec l'action des autres bailleurs de fonds - notamment l'USAID et le FNUAP à:

- (a) soutenir et développer les activités visant à étendre l'accessibilité des prestations intégrées de SMI/PF au niveau des postes de santé et améliorer la qualité des prestations de service par le renforcement de la supervision formative des postes de santé par le Médecin chef de district. Les deux domaines d'activités principalement visés sont:
 - l'intégration des services cliniques de PF dans l'ensemble des activités de SMI conduites dans les centres de santé et les postes de santé.
 - le renforcement des services SMI appuyant sur le suivi de la grossesse et des conditions d'accouchement, la consultation des nourrissons sains, et le renforcement de la surveillance et de la réhabilitation nutritionnelle.
- (b) développer l'extension des services de PF dans le secteur privé.
- (c) promouvoir l'acceptabilité des services de PF par le renforcement et l'amélioration des activités d'IEC en matière de communication interpersonnelle faisant appel à différentes catégories d'agents de terrain (personnel de santé et agents sociaux) et par une action multimédia de sensibilisation et d'information.

1. **Etendre l'accessibilité des services PF au niveau des postes de santé et améliorer la qualité de ces prestations**

2. Cette sous-composante a pour but de soutenir et développer les activités visant à étendre l'accessibilité des prestations de PF et à améliorer leur qualité particulièrement au niveau des postes de santé. Il s'agit d'atteindre 14% de couverture contraceptive nationale d'ici 1995 et d'installer l'infrastructure nécessaire à la prestation des services PF qui permettrait l'augmentation continue du taux d'acceptabilité au-delà de 1995 (à 22% d'ici 2000). Dans les cinq ans à venir, 305.000 femmes pratiqueront une méthode d'espacement des naissances et parmi elles 186.100 utiliseront une méthode moderne de contraception.

Formation en PF des infirmiers chefs de poste

3. La composante SMI/PF apportera un soutien pour la formation des infirmiers chefs de poste (ICP) en matière de PF. Il s'agit de rationaliser, d'harmoniser et de standardiser la méthodologie de formation, et de standardiser, de produire et de diffuser des manuels d'instructions et des supports de collecte d'information à leur intention. La formation s'adressera essentiellement aux sujets suivants: (i) les techniques de contraception pour toutes les méthodes, à l'exception des DIU pour lesquels les clientes seront renvoyées aux centres de santé; (ii) le "counseling" en PF; (iii) la promotion des activités de PF au cours des consultations SMI (consultations pré-natales, vaccinations, services curatifs, etc.); et (iv) le suivi des acceptrices. Au cours des années écoulées, nombreux est le personnel de santé qui a bénéficié de formation en matière de SSP et SMI/PF, tant localement qu'à l'étranger, par le canal des projets Santé Familiale, Bien-Etre Familial ainsi que par celui du projet "Thies". La durée, le contenu et la méthodologie de ces formations a été variable portant tantôt sur l'amélioration de l'ensemble du processus de gestion des SSP (projet Thies), tantôt sur le renforcement des connaissances en matière de PF (projet SFP), tantôt sur une formation en cours d'emploi visant l'ensemble des activités concourant à l'amélioration de l'état de santé du couple mère-enfant (projet BEF). De même, des instruments de support des activités (fiches d'instructions, supports de collecte des données, protocole de supervision etc.), différents dans leur forme et leur contenu selon le projet qui leur a donné naissance, ont été mis au point par le biais de ces projets et sont actuellement utilisés dans les différentes régions du pays.

4. Avec la mise en oeuvre d'un Programme National de Planification Familiale, dont, rappelons-le, le volet "prestations cliniques" prévoit l'intégration des services de PF au sein des activités de SMI, il s'agit maintenant de rationaliser, d'harmoniser et de standardiser la méthodologie de formation du personnel en cours d'emploi en matière de SMI/PF; de standardiser, produire, diffuser et utiliser des modules de stratégie d'intervention en matière de SMI/PF à l'intention des médecins chefs des districts ainsi que des manuels d'instructions et des supports de collecte d'information pour les infirmiers chefs de postes.

5. Les modalités retenues pour la formation des ICP sont conformes et s'insèrent dans le cadre général de la stratégie de formation mise au point par le programme à l'intention du personnel des districts de santé. Il est prévu un stage initial théorie/pratique de 15 jours au CS, par groupe de deux, et la poursuite de la formation, essentiellement assurée par des visites de supervision formative du médecin chef de district (voir Annexe 3-5).

Approvisionnement en contraceptifs

6. Une étude réalisée en mai 1990 par le Dr. Boutsen de l'agence d'exécution du projet Bien-Etre Familial (ULB) a estimé l'ensemble des besoins en contraceptifs (secteur public et privé confondus) pour les cinq années à venir. Cette étude fait appel au modèle de Bongaarts et Potter et se base sur un indice synthétique de fécondité de 5,7 enfants/femmes en l'an 2000. La prévalence contraceptive parmi les FMAR, toutes méthodes, est estimée à 22,2 en 1995 et à 28,0 en l'an 2.000; celle des méthodes moderne à 13,6 en 1995 et 21,8 en 2.000. En complémentarité avec l'USAID et le FNUAP, la composante SMI/PF contribuera à l'approvisionnement en contraceptifs du secteur public par le canal de la PNA. La participation du programme DRH en ce domaine sera de 25% des besoins nationaux du secteur public.

Support aux activités SMI et nutritionnelles au niveau des Postes de santé

7. Le succès de la promotion des activités PF au niveau des postes de santé dépend de la crédibilité des services SMI actuellement fournis par ces structures et leur capacité d'attirer des clientes potentielles en PF. Pour cette raison, le programme renforcerait les services SMI à ce niveau et s'adresserait particulièrement aux consultations pré-natales, le soin des nourrissons sains (y compris le suivi de la croissance et la vaccination), et la réhabilitation nutritionnelle. Les activités du programme comprendraient: (a) la formation des infirmiers chefs de poste en prestation des services SMI, la maintenance des fiches de famille pour le suivi des clientes, et les activités de gestion de temps pour une meilleure organisation des tâches; (b) la provision des équipements et du matériel SMI/PF; (c) le développement des approches opérationnelles pour la surveillance et l'éducation nutritionnelles, y compris les activités suivantes à titre d'essai: le marketing social des fiches de croissance, l'introduction des activités nutritionnelles aux activités des groupements féminins ainsi que des structures sociales (centres sociaux, etc.) et le renforcement des activités en nutrition des agents de santé communautaires; et (d) la formulation d'une stratégie nationale ainsi qu'un programme pour les activités nutritionnelles tenant compte des résultats des différentes expériences.

8. Outre la PF, le contenu de la formation en SMI s'adressera essentiellement aux sujets suivants: consultation prénatale; surveillance et pratique de l'accouchement; PEV; nutrition; lutte contre la diarrhée; consultation de nourrissons; et MST. Chacun de ces sujets fera l'objet d'un module de stratégie destiné au médecin chef de district ainsi que d'une fiche d'instruction technique destinée aux infirmiers chefs de poste. Ces modules d'instruction serviront également de cadre de référence pour la supervision des structures sanitaires effectuée par les médecins chefs de districts. De la même façon que pour la formation en PF, la formation SMI s'insérerait dans le cadre général de la stratégie de formation à l'intention du personnel des districts de santé de la composante "districts sanitaires".

9. A l'exclusion de ceux des trois régions de Dakar, Thies et Diourbel - qui seront équipés au titre du volet "districts sanitaires" - les postes de santé des autres régions du pays seront équipés de petit matériel médical et de bureau nécessaire aux activités de SMI/PF. Les quantités et la nature exacte des équipements à fournir ne pourra être établie qu'après inventaire détaillé des équipements - et de leur état - existant dans les postes de santé et sera également fonction des apports de l'USAID et du FNUAP en ce domaine. Chaque district des sept régions sera doté en équipement et mobilier d'une valeur maximum de 5 million FCFA pour rééquiper et remeubler les PS existants et transformés. Le MCD déterminera les besoins prioritaires des PS de son district sur la base d'une liste d'équipement et mobilier standards; celui-ci soumettra sa demande à l'Unité de Coordination du Projet au sein du MSPAS qui sera chargé de l'acquisition de l'équipement pour tous les districts.

Amélioration de l'enseignement en PF des écoles de Santé Publique

10. La généralisation de l'intégration des activités de planification familiale dans les activités de SMI implique que les futurs infirmiers, infirmières et sages-femmes soient formés dans ce domaine au cours de leurs études. Une révision des curricula de formation de base en ce sens s'avère donc nécessaire.

11. Une Commission ad hoc (task force) composée d'une douzaine de personnes, membres du corps enseignant et utilisateurs du personnel de santé, sera chargée de revoir et d'actualiser les programmes d'enseignement des infirmier(e)s et sages-femmes d'Etat. A partir des tâches et responsabilités confiées sur le terrain à ces agents, la commission élaborera un module d'enseignement en matière de SMI/PF basé sur des objectifs d'apprentissage (savoir, savoir être, savoir faire) et

présentant la méthodologie d'enseignement à appliquer (cours théorique, démonstration, travaux pratiques, stages etc.). Elle élaborera également des documents de référence destinés aux élèves.

12. La commission se réunira une première fois en séance plénière pendant une semaine afin de définir sa méthode de travail, préciser les résultats attendus, et répartir les tâches techniques de révision, actualisation, rédaction parmi ses membres. En groupes de travail plus restreint ces derniers procéderont pendant un mois à l'élaboration de leur partie respective. Lors d'une deuxième réunion plénière, la Commission examinera les résultats de ce premier travail et y apportera les modifications jugées nécessaires avant la publication des nouveaux modules d'enseignement et des documents de référence destinés aux élèves.

13. Le programme apportera un soutien à l'actualisation de la formation de base des infirmier(e)s et sages-femmes d'Etat pour:

- (i) la révision des curricula de formation:
 - assistance technique;
 - frais de fonctionnement et support administratif de la Commission chargée de la révision des curricula;
 - organisation de séminaires ateliers de la Commission.
- (ii) la production de documents et de matériel didactique:
 - modules d'enseignement et instructions destinés aux enseignants;
 - documents de référence destinés aux élèves;
 - supports didactiques audiovisuels.
- (iii) l'organisation de sessions de recyclage du personnel enseignant à l'utilisation des nouveaux modules de formation.

2. Développement de l'extension des services de SMI/PF dans le secteur privé

Extension des services PF dans le secteur privé moderne

14. Financé dans le cadre du projet "Santé Familiale", le Volet Secteur Privé et Parapublic (VSPP) de ce projet prendra fin en juin 1991, date de clôture de l'actuel projet "Santé Familiale". Le VSPP s'est attaché à développer des activités de planification familiale dans divers secteurs privés tels que:

- (i) le développement des services cliniques de PF dans les entreprises commerciales, industrielles et cliniques privées: en décembre 1988, le VSPP comptait 15 cliniques totalisant 1.400 utilisatrices, en juin 1990 ces chiffres étaient de 45 cliniques et 4.158 utilisatrices;
- (ii) la sensibilisation et information des pharmaciens: deux séminaires de trois jours chacun ont réunis 115 pharmaciens afin de promouvoir leur participation à l'effort national en matière de PF notamment par le marketing social des contraceptifs;
- (iii) la formation du personnel médical et paramédical du secteur privé; et

- (iv) la réalisation, en 1989, d'une étude sur la commercialisation des contraceptifs et des préservatifs sur le marché libre qui a conclu qu'environ 17.500 femmes utilisent une méthode contraceptive moderne par le canal des cabinets médicaux, cliniques privées et officines pharmaceutiques.

Dès 1988, le Directeur de cette composante a entrepris des démarches administratives et légales auprès des instances gouvernementales concernées afin de créer une ONG susceptible de prendre la relève des activités initiées par le volet VSPP. Cette ONG, intitulée "Santé de la Famille" (SANFAM) a vu officiellement le jour le 8 juin 1988.

15. Afin de maximaliser les acquis, de poursuivre les initiatives entreprises par le volet VSPP et d'innover d'autres approches en vue d'étendre l'accès aux services de PF dans le secteur privé, SANFAM s'est tourné vers différents bailleurs de fonds susceptibles de l'aider à poursuivre et à développer ses programmes d'action. Dans cette perspective, la composante "SMI/PF" du programme DRH se propose d'apporter un soutien à SANFAM ou toute autre ONG qui serait jugée apte à la fois par le MSPAS et l'IDA dans les domaines suivants:

- (i) la poursuite du programme d'appui au démarrage d'activités de PF dans les formations sanitaires des entreprises privées et semi publiques;
- (ii) le renforcement et la consolidation des activités de PF dans les structures sanitaires des entreprises ayant bénéficié précédemment du concours du VSPP;
- (iii) la participation des professions pharmaceutiques dans le programme national de planification familiale; et
- (iv) la participation au fonctionnement de l'ONG.

16. Appui aux formations sanitaires des entreprises privées et semi-publiques. Au cours du programme, 34 entreprises bénéficieront de l'assistance du projet dans les domaines suivants:

- l'organisation de sessions de formation en clinique, techniques de sensibilisation/éducation et gestion en matière de planification familiale, en analyses biologiques, la gestion du fichier des consultantes, le diagnostic et le traitement des maladies sexuellement transmises. Pour chacune des entreprises seront formés un médecin (15 jours), une sage femme (45 jours: 10 de théorie et 30 de pratique) et un assistant.
- la dotation en équipement administratif, médical et technique nécessaire à la promotion des services de PF; et
- la fourniture d'une dotation de départ en produits médico pharmaceutiques et en contraceptifs.

17. Renforcement/suivi des sociétés déjà engagées dans le programme VSPP. Chaque année, un certain nombre d'entreprises demandent un appui complémentaire en matière de recyclage, IEC, contraceptifs et médicaments afin d'améliorer la compétence du personnel chargé de gérer, de promouvoir et de dispenser des services en matières de PF. Au cours du programme, 65 cliniques bénéficieront d'un appui en ces domaines.

18. Participation du secteur pharmaceutique aux activités de PF. Il existe au Sénégal 160 pharmacies privées et 200 dépôts pharmaceutiques. Commencé en juin 1988 par un séminaire d'information et de sensibilisation de 60 pharmaciens et suivi en juin 90 par un second séminaire intéressant 35 pharmaciens, le programme intensifiera ces efforts en vue d'accroître la participation du secteur pharmaceutique privé dans l'activité de santé familiale et de PF. Ce programme a pour objectif d'accroître l'utilisation de la contraception orale et des condoms dans le secteur pharmaceutique de 17.362 utilisatrices en 1989 à 28.186 en 1995 soit une augmentation de 62% en six ans.

19. Dans le cadre de ce programme, SANFAM ou une autre ONG, qui fera appel à l'USAID pour son approvisionnement, pourra vendre aux officines pharmaceutiques les contraceptifs oraux à raison de 75 FCFA le cycle et les condoms à raison de 35 FCFA l'unité. Ils seront revendus sur le marché public aux prix respectifs de 100 FCFA le cycle de pilule et 50 FCFA le condom.

20. Le programme soutiendra la formation en technologie de la contraception, IEC et marketing social de: (i) 120 pharmaciens d'officines en quatre sessions de trois jours chacune; (ii) 240 agents de comptoir (deux par pharmacie) en huit sessions de trois jours chacune; et (iii) 200 responsables de dépôts pharmaceutiques en sept sessions de trois jours chacune.

21. Soutien au fonctionnement des ONG. Le volet SMI/PF du programme DRH se propose de prendre en charge une partie des frais de fonctionnement des ONG pour un montant équivalent à 20% des composantes du volet.

Soutien aux activités de l'ASBEF

22. Placé sous la tutelle du MSPAS, l'ASBEF - ONG affiliée à l'IPPF - dispose d'un Bureau National à Dakar qui comprend des services administratifs, des services techniques (IEC et Programmes) et une clinique qui offre, outre des services de PF, des consultations prénatales, de gynécologie (y compris le traitement des MST et des services relatifs à l'infécondité) et de pédiatrie.

23. Les activités d'IEC de l'Association sont principalement axées sur des causeries sur la PF et l'éducation à la vie familiale, destinées aux clientes de la clinique ainsi qu'aux membres de structures informelles (associations de jeunes, groupements féminins), sur la formation de monitrices d'éducation familiale rurales, sur la conception, la production et la diffusion de matériel de vulgarisation (dépliants, calendriers, auto collants, etc.) ainsi que sur la production d'un film sur l'islam et la PF et des réalisations sporadiques de mass média (magazine en langue wolof à la radio et publications d'articles dans la presse et magazines locaux). Enfin l'ASBEF forme des stagiaires sages-femmes et médecins en PF (nationaux et étrangers) dans ses cliniques de Dakar et de Louga.

24. Les ressources de l'ASBEF proviennent essentiellement de l'IPPF qui, pour un montant d'environ 100 millions de FCFA par an prend en charge les frais de fonctionnement (y compris les salaires du personnel), l'approvisionnement en contraceptifs et le financement de certains projets. D'autres bailleurs de fonds appuient actuellement ou prévoient appuyer les investissements et les coûts récurrents de l'ASBEF, y compris l'USAID, la Coopération japonaise, les Pays-Bas et le GTZ.

25. Trois antennes régionales sont en instance de s'ouvrir: à Ziguinchor - avec l'assistance du FNUAP; à St Louis - avec l'assistance du Pathfinder Fund; et à Kaolack - avec l'assistance de la Fondation Ford.

26. La composante SMI/PF du programme DRH se propose de soutenir les activités de l'ASBEF dans trois domaines: (i) le renforcement de ses capacités de gestion; (ii) un soutien à ses activités socio-éducatives; et (iii) un soutien à l'extension de ses activités cliniques.

27. Renforcement des capacités de Gestion de l'ASBEF. L'objectif de ce volet est de permettre à l'ASBEF de renforcer ses capacités institutionnelles en matière de collecte et d'exploitation des données des services cliniques et IEC, d'évaluer ses actions en ces domaines et d'améliorer la qualité des services fournis. Le programme prendra en charge la formation du personnel de l'ASBEF à l'utilisation du nouveau système de collecte/analyse des données, l'achat de l'équipement informatique pour le siège, et les frais de fonctionnement de cet équipement.

28. Formation d'animatrices en éducation à la vie familiale (EVF). Ce volet a pour objectif de poursuivre et d'étendre, à Dakar, S.t Louis et Ziguinchor, les actions de sensibilisation de groupements de femmes en EVF et PF par le canal d'animatrices choisies au sein de ces groupements. Le programme soutiendra la formation de 15 animatrices dans chacune de ces régions ainsi que les frais de suivi/évaluation de leurs activités.

29. Causeries éducatives. Il s'agit également ici de permettre à l'ASBEF de poursuivre une activité en cours depuis 1984 à savoir le déroulement de causeries, effectuées par le personnel volontaire de chaque antenne, auprès d'associations de femmes, de jeunes et des habitants des quartiers populaires et des zones rurales. En 1987 et 1988, environ 7.000 hommes et femmes ont été touchés (chaque année) par ces causeries. Le programme soutiendra l'organisation matérielle des causeries (transport, location de chaises, frais de publicité).

30. Publication d'un bulletin d'information. L'objectif de ce volet est de permettre une meilleure circulation de l'information entre le staff et les volontaires de l'ASBEF, ainsi que d'améliorer l'information entre les différents acteurs concernés par la PF par la production et la diffusion d'un bulletin trimestriel. Ce bulletin devrait également permettre de faire mieux connaître et de susciter l'adhésion aux objectifs et aux activités de l'ASBEF et d'élargir la base des volontaires de l'Association. Le programme soutiendra cette initiative par l'achat d'un petit équipement photographique, les frais de publication et les frais de diffusion du bulletin.

31. Foire de Dakar. Tous les deux ans, l'ASBEF participe à la foire de Dakar, par la tenue d'un stand où sont exposés des contraceptifs et du matériel publicitaire. En 1988, on a estimé à 20% l'augmentation des nouveaux/nouvelles accepteurs(-trices) de PF dans les deux mois qui ont suivi la foire. L'objectif de ce volet est de poursuivre cette action de sensibilisation/information du public lors de la foire de Dakar par une exposition permanente, des causeries, des services conseils et la distribution de contraceptifs. Le programme contribuera aux frais d'organisation et de fonctionnement de cette activité de l'ASBEF (fournitures diverses, location, carburant, repas du personnel).

32. Intégration de l'Education à la Vie Familiale aux activités socio-éducatives du Centre de Sauvegarde de Pikine. Le Centre de Sauvegarde de Pikine est une structure de réinsertion scolaire, sociale et professionnelle qui accueille un peu plus de 1.000 jeunes filles et garçons, soit placés sur décision judiciaire, soit placés volontairement par leur parents. Les risques de délinquance juvénile, d'usage de drogue, de MST, de grossesse chez les adolescentes y sont élevés. L'objectif de ce volet est d'éduquer ces jeunes filles et garçons à la vie familiale, d'améliorer la qualité de la formation professionnelle et d'éradiquer les cas de grossesses. Le programme soutiendra les efforts de l'ASBEF en ce sens par la formation d'éducateurs, l'organisation de journées d'information pour les parents

d'élèves, de l'équipement technique de menuiserie, de l'équipement IEC audio-visuel, du mobilier pour l'enseignement secondaire, un équipement de labo-photo, de l'équipement de couture pour la section féminine, la motivation des éducateurs et la vacation d'un professeur d'économie familiale.

33. Extension des activités cliniques de l'ASBEF. Au cours de la mission d'évaluation, l'ASBEF a émis le souhait d'ouvrir une antenne régionale à Kolda. Les objectifs sont semblables à ceux des autres antennes régionales, à savoir: (i) sensibiliser 1.500 hommes et femmes en âge de procréer aux avantages de la planification familiale; et (ii) offrir des services de PF, intégrés aux activités de SMI, à 500 nouveaux accepteurs/acceptrices par an. Le programme contribuera à l'ouverture de cette nouvelle antenne par un support à l'organisation de la structure des volontaires (per diem et transport des responsables du siège), les frais de fonctionnement de l'antenne (location des bâtiments, salaire du personnel, frais de fonctionnement divers), du matériel de bureau et de l'équipement médical.

3. Promouvoir les services de SMI/PF par le renforcement et l'amélioration des activités d'IEC

Amélioration des activités de communication interpersonnelle

34. La contribution de la composante SMI/PF se concrétisera par un soutien à:

- (a) l'exécution, pendant la première année d'implémentation du programme, d'une importante étude d'évaluation des activités IEC menées sur le terrain, en vue (i) d'identifier les contraintes organisationnelles et opérationnelles qui affectent leur bonne exécution, (ii) d'évaluer l'adéquation et l'impact de la formation IEC dispensée aux agents sociaux, et (iii) de formuler des recommandations en vue d'améliorer l'organisation, le fonctionnement et la gestion des activités IEC sur le terrain avec l'accent sur la possibilité d'appliquer des principes "formation et visite" du système de vulgarisation agricole (les termes de référence de cette étude sont trouvés ci-joint à cette annexe); et
- (b) la mise en pratique des recommandations de cette évaluation concernant (i) l'amélioration des méthodologies de travail (suivi et supervision, évaluation continue), (ii) le développement d'instruments de collecte des données et d'évaluation des performances, (iii) une révision des contenus et méthodologies des programmes de formation/recyclage, et (iv) une meilleure utilisation du matériel de support didactique à la communication.
- (c) l'extension de la couverture de la communication interpersonnelle par la formation des agents de terrain (du MI et du MSPAS) et des auxiliaires bénévoles.

35. Les efforts en matière de formation du personnel et de renforcement des capacités de gestion des activités d'IEC au niveau régional et départemental se feront de façon progressive en s'appuyant sur les acquis et les expériences des années précédentes. Il est prévu que chaque région disposera de dix personnes "fonctionnelles", c'est-à-dire ayant acquis les connaissances, et capables de les mettre en application, en matière de planification/gestion/évaluation permanente de programmes IEC et susceptibles de former les agents de terrain, de suivre et de superviser leurs activités. Au niveau local, chaque département disposera de 20 agents "fonctionnels" - dont notamment des auxiliaires - qui connaîtront leur population cible, seront capables de l'encadrer selon un programme de travail défini comportant des objectifs quantifiés, qui disposeront de supports audiovisuels appropriés et qui seront régulièrement suivi et supervisé par le personnel régional. Au total, 100 responsables régionaux et 600 agents de terrain au niveau départemental seront formés à ces fins.

Renforcement des capacités de production/diffusion

36. Dans le souci de permettre à la cellule IEC du niveau central de soutenir l'action du personnel de terrain, le programme complètera l'équipement technique de l'EPS nécessaire à la production du matériel de support à la communication interpersonnelle. Le matériel produit (flanellographes, boîte à image, dépliants, brochures etc.) sera diffusé dans les régions et départements afin d'être utilisé par les différents agents sociaux - notamment ceux du MSPAS et du Ministère de l'Intérieur - lors de leurs activités d'information et d'éducation en direction de leur population cible respective.

Développement et l'exécution de programmes d'action IEC en matière de PF à transmettre par les mass média

37. Les objectifs fondamentaux sont de:

- (a) sensibiliser les leaders et cadres nationaux, régionaux et départementaux au contenu et à l'application de la politique nationale de population;
- (b) sensibiliser le grand public aux thèmes prônant la nécessité d'un équilibre entre ressources humaines et ressources physiques du pays en vue d'assurer son développement social et économique;
- (c) éduquer et informer les adolescent(e)s sur les problèmes associés à la sexualité (MST, SIDA, grossesses non désirées);
- (d) promouvoir la connaissance des conséquences néfastes d'une sexualité irresponsable et d'une fécondité élevée en vue d'accroître l'utilisation de la contraception; et
- (e) coordonner et rationaliser les activités et interventions de divers départements et organismes et leur apporter un appui technique, matériel et financier dans l'exécution de programmes liés à la politique de population.

38. La réalisation de ce programme d'action sera sous-traitée à l'Unité de communication (UNICOM), financée par le FNUAP. Le soutien du programme à UNICOM se fera par le canal de l'EPS, maître d'oeuvre de toutes les activités IEC-PF dans le cadre du programme. Les thèmes à aborder, le contenu et la forme des messages à produire ainsi que les canaux de diffusion à utiliser seront définis de concert avec UNICOM.

39. Le programme financera essentiellement les productions médiatiques en relation directe avec la planification familiale (spots radio, production de romans et magazines radiophoniques, spots dramatiques et sketches télévisés, publication d'articles de presse, de romans photos et de bandes dessinées), laissant au financement FNUAP les productions relevant d'autres thèmes en relation avec la dynamique de la population. Le programme soutiendra également la mise en oeuvre de mécanismes d'évaluation permanents de l'impact des programmes multimédia en tant qu'outils indispensables à l'amélioration et à l'affinement des messages, à la sélection des audiences et à la poursuite d'activités multimédia réadaptées de façon permanents aux populations cibles.

Renforcement institutionnel

40. La restructuration organique du MSPAS a confié au Service de l'Éducation pour la Santé (EPS) la responsabilité des activités d'IEC relatives à la SMI/PF. Une cellule IEC-SMI/PF a été spécifiquement créée pour mener à bien ces activités; elle sera plus particulièrement chargée de:

- (a)** concevoir des stratégies et développer des programmes d'action IEC en matière de PF. L'accent portera notamment sur l'amélioration de la qualité de la communication interpersonnelle des agents socio-sanitaires de terrain;
- (b)** produire et tester du matériel de support audio-visuel destiné à ces agents;
- (c)** rationaliser, coordonner, assurer le suivi et évaluer les activités IEC menées sur le terrain (en collaboration avec d'autres ministères concernés);
- (d)** entreprendre des recherches opérationnelles;
- (e)** participer aux actions de formation/recyclage du personnel de terrain; et
- (f)** procéder à l'identification des axes de communication et définir les messages à transmettre par les mass média.

41. La composante SMI/PF soutiendra le renforcement institutionnel de la cellule IEC/SMI/PF du Service EPS. Une attention particulière sera accordée aux moyens d'appliquer les techniques de marketing social à la promotion de PF ainsi qu'au développement de cette capacité au sein de l'Unité de l'Éducation pour la Santé (EPS). A cette fin, l'Unité EPS recevrait une assistance visant l'établissement d'un accord de type "jumelage" avec une firme ou autre institution dotée d'une expérience appropriée en marketing (e.g., une équipe de marketing commercial); celle-ci serait chargée de la formulation de stratégies et le transferts du savoir-faire. Le programme soutiendrait également les activités suivantes: (i) une bourse de formation d'un agent du Service de l'EPS pour l'obtention d'une maîtrise en psychosociologie ou en communication; (ii) le renforcement technique du personnel de la cellule IEC en planification familiale (stages de spécialisation à court terme); (iii) la prise en charge pour 2 ans du salaire du maquettiste/dessinateur dont le contrat se termine fin 1991; (iv) la fourniture de matériel de bureau, de l'équipement technique et d'un véhicule de supervision; et (v) une participation aux frais de fonctionnement de cette unité.

42. En outre, le programme apporterait son appui à la réalisation de quatre études du type "market research" dont les thèmes devront être précisés au cours de l'assistance technique sur le marketing et en fonction des connaissances acquises par des études antérieures (éviter les duplications), viser à confirmer ou infirmer des hypothèses d'ordre clinique, motivationnel ou autre (pourquoi?) et susceptibles d'identifier des axes d'intervention réalistes (comment?). Commanditées par l'EPS, elles feront appel à des ressources nationales - instituts de recherches, professeurs/staff universitaire, étudiants (thèse de fin d'études) pour leur exécution.

APPENDICE

Etude/Analyse du personnel de terrain pour les activités d'information, d'éducation et de communication en matière de SMI/PF

Information de Base

1. Le Ministère de l'Intérieur et la Direction de l'Action Sociale du Ministère de la Santé comptent 1012 agents de différentes catégories (monitrices et maîtresses d'économie familiale, assistantes sociales, inspecteurs et agents techniques d'animation, etc.). Parmi eux, environ 350 ont été formés en différents domaines touchant la PF (management et gestion des programmes de PF, techniques de communication, techniques audiovisuelles, etc.). De plus, ces deux ministères bénéficient du concours bénévole de 515 auxiliaires dont 478 ont été formés pendant une semaine en technique d'IEC/PF.

2. Ces différentes catégories d'agents travaillent dans différentes structures ou sont en contact direct avec les populations qu'ils encadrent. Ils mettent en oeuvre des stratégies diverses pour toucher différentes populations cibles et utilisent des supports pédagogiques mis à leur disposition par le biais des projets Santé Familiale et Bien-Etre Familial.

3. Avant de poursuivre le recyclage et la formation de plusieurs centaines d'agents et de milliers d'auxiliaires, il importe de se pencher sur le devenir de ces agents et auxiliaires, après leur formation, d'analyser les mécanismes de fonctionnement de leurs activités et d'évaluer l'efficacité et l'impact des investissements déjà consentis. En d'autres termes, il s'agit de répondre aux questions suivantes:

- qu'attend-t-on des différentes catégories d'agents sociaux en matière d'IEC/PF?
- comment s'articulent les activités d'IEC/PF dans l'ensemble des tâches attribuées à ces agents?
- dans quelle mesure, comment et avec quel impact les agents formés au cours des années précédentes interviennent-ils en matière d'IEC/PF sur le terrain?
- dans quel type de structure travaillent ces agents (par structure il faut entendre: maisons de jeunes, foyers féminins, maisons communautaires, comité régional ou département de développement, CER, etc.)?
- quelles sont leurs activités et leur domaines d'intervention spécifique?
- quelle est la taille et la nature des populations cibles prises en charge par la structure considérée, tel que par exemple: les associations de jeunes, les groupements féminins, les quartiers urbains ou sub-urbains, les villages, etc.?
- quelles sont les stratégies utilisées pour toucher les populations cibles: communication interpersonnelle, individuelle, réunions de groupe, organisation de conférence, etc.?

- avec quelles fréquences les populations cibles sont-elles touchées?
- quel est la nature et les quantités de matériel de support existant dont dispose ce personnel?
- par qui et comment s'effectue la supervision de ce personnel?
- quel sont les besoins, au niveau du terrain, pour améliorer et rentabiliser davantage les activités d'IEC/PF des agents sociaux et des auxiliaires?

Objectif général de l'étude

4. L'objectif fondamental de l'étude est d'améliorer la qualité et l'organisation des services d'IEC en matière de planification familiale et de santé de la mère et de l'enfant offert par le personnel social et les auxiliaires des Ministères de l'Intérieur et de la Direction de l'Action Sociale.

5. A cette fin, l'étude comprendra trois parties:

- première partie: analyse et évaluation des potentialités du terrain
- deuxième partie: identification des voie et moyens pour améliorer la qualité des actions IEC et l'efficacité des agents de terrain
- troisième partie: mise en pratique des recommandations de cette étude/évaluation au niveau des régions et districts.

Responsabilité de l'étude

6. La responsabilité générale de l'exécution de cette étude sera confiée au Service de l'Education pour la Santé du MSPAS, assisté de deux consultants financés au titre du Projet DRH: l'un, spécialiste en IEC/PF et l'autre en système de vulgarisation agricole pour la formation et les visites.

Termes de référence

7. Dans un premier temps, l'équipe chargée de cette étude et les consultants s'attacheront à:

- faire l'inventaire de l'ensemble des agents sociaux de terrain, par catégorie, affectation géographique, et appartenance à l'un ou à l'autre ministère
- identifier les structures formelles et informelles dans lesquelles opèrent ces agents
- analyser les tâches et les responsabilités des différentes catégories d'agents de terrains
- évaluer qualitativement et quantitativement les actions d'IEC menées en matière de SMI/PF par les agents sociaux et les auxiliaires formés au cours des années précédentes (stratégies d'interventions, populations touchées)
- évaluer l'adéquation des programmes de formation/recyclage (durée, contenu, méthodologie) de ces agents aux tâches spécifiques attendues des différentes catégorie d'agents

- identifier les contraintes organisationnelles et opérationnelles qui affectent la bonne exécution des activités IEC sur le terrain, telles que par exemple: manque de programmation des activités, absence d'objectifs précis, insuffisance de supervision/suivi des agents et auxiliaires, manque d'instructions, défaillance du système de collecte des données, insuffisance de moyens pour assurer leur mobilité, etc.
- formuler des recommandations spécifiques en vue d'améliorer l'organisation, le fonctionnement et la gestion des activités d'IEC des agents sociaux de terrain en appliquant notamment les principes de l'organisation du travail et à la supervision des agents sociaux.

Ce système repose sur les principes de base suivants: professionnalisme, chaîne de responsabilité unique, concentration des efforts, calendrier de travail, orientation vers des populations ciblées, formation régulière et continue, lien avec la recherche.

Méthodologie de l'étude

8. L'étude pourrait se dérouler selon quatre axes d'investigations.
 - (a) Enquête par questionnaire, envoyé aux agents sociaux et aux auxiliaires qui ont été formés dans les années précédentes en matière d'IEC. Un tel questionnaire viserait essentiellement à: (i) recueillir des informations sur la perception des agents formés en IEC sur l'adéquation, la pertinence et la mise en pratique des acquis de ces formations, tels que perçus par ces agents; (ii) recueillir leurs observations d'ordre pratique sur les difficultés qu'ils rencontrent dans l'exécution de leur tâches; (iii) recueillir des informations quantitatives sur le nombre de personnes qu'ils touchent et informent en matière de SMI/PF.
 - (b) Des interviews d'un échantillon représentatif des principales catégories d'agents de terrain et de leur supérieurs (chef de CER, inspecteur régional et départemental du développement social, etc.)
 - (c) L'analyse des documents existants (structures, effectifs..) au niveau du Ministère de l'Intérieur, de la Direction des Affaires Sociales, de la Délégation de la Condition de la Femme et de l'Enfant et des rapports d'activités de ces agents au niveau des projets Santé Familiale et Bien-Etre familial.
 - (d) Des interviews des représentants de certains groupes cibles touchés par ces agents (associations féminines, notables, villageois, personnes d'un quartier encadré par des monitrices et/ou auxiliaires).
9. Ces analyses devraient déboucher sur des recommandations pratiques en matière de: (i) organisation, gestion, programmation des activités à mener sur le terrain; (ii) mise au point de stratégies de suivi et de supervision; (iii) mise au point d'un système d'évaluation continue de l'impact des actions IEC menées par ces agents; (iv) développement d'instruments de collecte des données et d'évaluation des performances; (v) amélioration des méthodologies de travail (identification des populations et des groupes cibles prioritaires à toucher par ces différentes catégories d'agents; élaboration de canevas de programmes d'action détaillé, mensuel ou trimestriel; mise au point de stratégies d'intervention (par exemple, combien de causerie, à qui, par qui, quand, où, avec quel support...); (vi) révision (si besoin) des contenus et des méthodologies appliquées dans les programmes de formation/recyclage; (vii) révision (si besoin) des messages à transmettre; et (viii) identification des supports et matériel pédagogiques nécessaires à l'action d'IEC des agents sociaux du terrain.

Application pratique

10. Dans un deuxième temps, la cellule IEC de SMI/PF de l'EPS procédera à la mise en application des mécanismes de gestion, suivi et évaluation des activités IEC dans les régions et districts. Plusieurs interventions sont prévues à cet effet.

- (a) Formation des responsables régionaux et départementaux: organisation d'un séminaire atelier réunissant des responsables du Ministère de l'Intérieur, de la Direction de l'Action Sociale du MSP, les responsables de la division de l'Education pour la Santé, les membres de la cellule IEC/recherche et les responsables régionaux et départementaux de la région test afin d'analyser le contenu de l'étude mentionnée précédemment et mettre au point les modalités d'application concrètes des recommandations de cette étude dans les régions et départements.**

Formation des responsables régionaux et départementaux du Ministère de l'Intérieur et de l'EPS à l'organisation et la gestion des activités IEC. Cette formation se fera selon les modalités suivantes: organisation d'une session de formation d'une semaine par région animée par quatre membres du niveau central suivie de visites de supervision/formation à raison de cinq jours par mois dans la région par un ou deux membres du niveau central; fourniture du matériel et des équipements techniques nécessaires: matériel de bureau, équipement audio-visuel, flanellographes, affiches, dépliants, films, vidéo, support de collecte d'information, moyen logistique.

- (b) Formation du personnel de terrain: auxiliaires et autres relais. Parallèlement à la mise en oeuvre de mécanismes de planification/gestion des activités IEC dans une région, on procédera à la formation et/ou au recyclage des agents du MI et de la DAS de cette région ainsi qu'à la formation d'auxiliaires. Le principal directeur, tout en guidant les activités de formation, s'éloignera autant que possible des séminaires et sessions de recyclage classiques pour s'orienter davantage vers une véritable stratégie de formation en cours d'emploi, sur le terrain et le lieu de travail, par l'instauration d'une supervision formative permanente. Certes des sessions de formation formelles seront toujours nécessaires - notamment pour la formation des auxiliaires - mais le suivi, l'encadrement, la motivation des agents et des auxiliaires sera renforcé par la mise en application d'un système de supervision à tous les niveaux.**

11. Durant la première année du projet, les efforts en matière de renforcement des capacités de gestion des activités d'IEC des structures régionales et départementales du MDS et de formation du personnel se concentreront dans une région. Ultérieurement, ils seront progressivement étendus aux autres régions, en s'appuyant sur les acquis et les expériences des années précédentes.

12. Il est prévu que chaque région disposera de 10 personnes "fonctionnelles", c'est-à-dire ayant acquis les connaissances, et capable de les mettre en application, en matière de planification/gestion/évaluation permanente de programmes IEC et susceptibles de former les agents de terrain, de suivre et de superviser leurs activités. Au niveau local, chaque département disposera de 20 agents ("fonctionnels" - dont notamment des auxiliaires - qui connaîtront leur population cible, seront capables de l'encadrer selon un programme de travail défini comportant des objectifs quantifiés, qui disposeront de supports audiovisuels appropriés et qui seront régulièrement suivi et supervisé par le personnel régional.

Années	No. Régions	No. Pers. niveau régional	No. Dépt.	No. Pers. niveau dépt.	No. Total personnel
1	1	10	3	60	70
2	1	10	3	60	70
3	2	20	6	120	140
4	3	30	9	180	210
5	3	30	9	180	210
TOTAL	10	100	30	600	700

Profil des consultants

13. Un spécialiste en technique de communication sociale avec une expérience professionnelle en Afrique francophone dans le domaine de l'Information, Education, Communication en matière de planification familiale et santé maternelle et infantile; un spécialiste en système de vulgarisation agricole par la formation et les visites.

Durée

14. Quatre hommes/mois.

b:appen.3-1
(annexes3)
3-1-91

REPUBLIQUE DU SENEGAL

PROJET DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Population et Santé

Promotion du Statut de la Femme

1. Cette composante s'inscrit dans une perspective de responsabilisation des groupements de femmes afin que celles-ci maîtrisent leur développement tant sur le plan social qu'économique. Elle a pour objectif d'entreprendre, voire d'étendre certaines actions spécifiques en faveur des femmes pour faciliter leur participation plus effective à l'effort national dans le cadre de la Politique de Population. Elle s'appuie essentiellement sur le réseau existant de groupements de femmes et d'unions locales d'arrondissement de groupements de femmes, qui servent de véhicule aux actions entreprises pour améliorer le statut des femmes.

2. Les activités prévues concernent:

- (i) l'alphabétisation fonctionnelle des femmes;
- (ii) l'extension des case-foyers dans 45 arrondissements;
- (iii) la fourniture d'équipements pour l'allégement des travaux domestiques; et
- (iv) le renforcement institutionnel du Ministère Délégué de la Condition de la Femme et de l'Enfant (MCFE).

3. La composante PSF interviendra dans cinq régions du Sénégal (Fatik, Kaolack, Louga, St. Louis et Ziguinchor) choisies compte tenu de leur nombre élevé de groupements de femmes et du dynamisme de ces derniers. Au total 375 groupements et 45 unions locales d'arrondissement ont été sélectionnés.

4. La réussite de cette composante dépend de l'organisation efficace des opérations de terrain par les "monitrices" des Centres d'expansion rurale du Ministre de l'Intérieur et de la formation qui leur sera dispensée. Une évaluation des opérations de terrain et la refonte du programme de formation des monitrices sont prévues au titre de la composante PF-IEC.

1. Alphabétisation fonctionnelle des femmes

5. Le taux d'analphabétisme des femmes sénégalaises est de 81% en moyenne et atteint des pointes de 91% (région de Louga). Il semble également très élevé dans les groupements de femmes où il est à la source de plusieurs problèmes (de gestion, de contrôle, de développement des activités, de représentation et de pouvoir des femmes, d'information, d'accès au crédit). L'alphabétisation fonctionnelle est donc une condition essentielle pour la promotion de ces groupements et le développement d'activités économiques rentables.

Objectifs

6. Les objectifs de cette sous-composante sont:
- (a) d'amener les femmes à sortir de leur état d'analphabétisme par l'acquisition de connaissances en lecture, écriture et calcul dans les langues nationales;
 - (b) d'initier les femmes aux techniques de gestion pour améliorer le suivi, le développement et la rentabilité de leurs activités économiques; et
 - (c) de favoriser chez les femmes une meilleure appréhension des problèmes de santé, de nutrition et de planning familial.

La population cible

7. Cette sous-composante doit assurer en priorité l'alphabétisation fonctionnelle des membres des comités de gestion des 375 groupements de femmes (impliqués dans la gestion des équipements d'allégement des tâches) et des 45 unions locales (impliquées dans la gestion des cases-foyers) soit, à raison de 15 femmes par groupement/union, en total de 6.300 femmes.

Programmes et matériel pédagogique

8. Les activités de l'alphabétisation fonctionnelle se dérouleront en six étapes. Il s'agit de:
- (a) la sensibilisation des autorités et membres des groupements féminins des cinq régions retenues lors des missions des responsables du programme;
 - (b) l'étude du milieu, analyse des problèmes et des besoins exprimés ou ressentis. Cette étude sera entreprise par l'unité d'alphabétisation de l'Unité de Coordination du Projet (UCP) au sein du Ministère de l'Intérieur lors des missions de sensibilisation;
 - (c) l'élaboration des programmes et matériels d'alphabétisation et de post-alphabétisation. C'est au cours d'un séminaire atelier qui regroupera les spécialistes du UCP, les monitrices d'économie familiale et d'autres spécialistes, que le programme d'alphabétisation sera conçu et élaboré;
 - (d) la formation des monitrices et des alphabétisatrices dans les méthodes d'alphabétisation fonctionnelle et dans les techniques d'évaluation. Pour les monitrices, il est prévu: (i) une formation initiale en alphabétisation fonctionnelle de 30 jours; (ii) une formation à la méthodes participative de 15 jours; et (iii) une formation en évaluation et en post-alphabétisation de 15 jours. Quant aux alphabétisatrices, elle se recevront une formation initiale de 30 jours, suivie de deux recyclages annuel de dix jours. Certains de ces recyclages seront consacrés à l'utilisation des instruments d'évaluation, et d'autre en 3e et 4e année notamment, seront consacrés aux activités de post-alphabétisation;
 - (e) l'exécution du programme se fera en deux phases de six mois chacune, phases qui seront suivies d'activités de post-alphabétisation. Le démarrage des cours d'alphabétisation de la première phase est prévu au mois de novembre, compte tenu de la non disponibilité des femmes (de juin à septembre, période des grands travaux champêtres). Cette première phase concernera 1.170 femmes dont 195 des comités de groupements villageois. Ces 1.170 femmes sont issues de

centres d'alphabétisation (15 cases-foyers et 75 abris aménagés par les groupements villageois) répartis entre les cinq régions;

9. Suivi et évaluation. Le suivi de l'action d'alphabétisation est assuré par les monitrices d'économie familiale qui ont été formées à cet effet. A l'occasion de chaque visite périodique du centre, elles relèvent les informations consignées par les alphabétisatrices sur les instruments d'évaluation. Grâce à ces instruments, il est possible à tout moment de: (i) déterminer le niveau des connaissances des apprenantes; (ii) examiner les applications pratiques de l'alphabétisation au sein des activités du groupement; et (iii) inventorier les moyens fournis pour le programme et les modalités d'organisation et de gestion adoptées dans le village.

10. Les programmes seront adaptés aux conditions et intérêts spécifiques des femmes et du projet (santé maternelle et infantile, planification familiale, problèmes de population), et à la spécialisation de chaque groupement/union (gestion et entretien de la case-foyer, gestion d'un équipement, gestion de petits projets). Le matériel pédagogique sera réalisé par des spécialistes (DAEB ou autres organismes compétents) sous la supervision de l'UCP. Le matériel de qualité déjà mis au point par le projet "Promotion Economique des Femmes" (PEF) et par d'autres projets similaires pourra être utilisé après un minimum de modifications.

Méthodes de formation

11. Habituellement, le programme d'alphabétisation en langue nationale est dispensé en deux phases de neuf mois chacune:

- (i) une phase d'acquisition des mécanismes de la lecture, de l'écriture et du calcul; et
- (ii) une phase d'approfondissement des connaissances qui assure au néo-alphabète un niveau lui permettant d'interpréter des textes mis à sa disposition, de traduire sa propre pensée par écrit et de résoudre certains petits problèmes relatifs à sa vie quotidienne.

C'est après ces deux phases que le néo-alphabète entreprendra des activités de post-alphabétisation.

12. Comme on peut le voir, une telle formation est longue. En raison de sa durée, elle favorise souvent chez les apprenantes le découragement, l'absentéisme puis les abandons. On rencontre parfois les mêmes difficultés au niveau de l'alphabétiseur.

13. C'est compte tenu de ces problèmes qu'il a été décidé, au niveau du programme, à défaut d'une approche de formation intensive en 60 jours, au coût très élevé, d'entreprendre une formation étalée, s'étendant sur deux périodes relativement courtes de six mois chacune, suivies d'activités de post-alphabétisation. En plus de cette approche, le programme d'alphabétisation fonctionnelle du programme "Promotion de la Femme dans le Développement" applique une stratégie sélective car il ne s'adresse qu'aux femmes des unions locales et des groupements membres des comités de gestion des cases-foyers ou des équipements (moulins à mil, décortiqueuses, équipements hydrauliques, etc.).

14. Le cours d'alphabétisation fonctionnelle comprend trois séances, qui sont:

- (a) une causerie - prise de conscience, appelé séance d'animation axée soit sur un sujet de formation technique, soit sur un sujet de formation socio-économique ou socio-sanitaire. Cette séance s'appuie sur une affiche problème à défaut d'une situation réelle;

- (b) une séance de lecture-écriture qui part de l'analyse d'une phrase clé tirée de la séance d'animation; et
- (c) une séance de calcul découlant soit d'une séance de formation technique, soit d'une séance de formation socio-économique ou socio-sanitaire.

15. Chaque cours prend trois heures, de 15 heures à 18 heures. Il est prévu quatre cours par semaine, soit 12 heures. L'ensemble du programme est dispensé en 600 heures, soit six mois, en deux phases suivies d'activités de post-alphabétisation pendant la 3e et 4e année. Cette méthode de formation ne regroupe que 13 membres de comité de gestion. La sélection de ces membres répond aux critères suivants: (i) être volontaire et disponible; (ii) âgé de 20 à 45 ans, pour des raisons de vision, d'audition et d'assimilation; (iii) être dynamique; (iv) être sédentaire; (v) non marginal; et (vi) prêt à réinvestir au profit de la communauté.

La post-alphabétisation

16. Le concept de post-alphabétisation est né de plusieurs constatations. En effet, il ne sert à rien d'avoir appris à lire, à écrire et à compter aux membres des comités de gestion des groupements féminins si ces connaissances ne trouvent pas d'application quotidienne et concrète, et si les femmes nouvellement alphabétisées ne bénéficient d'aucune possibilité d'assumer des responsabilités dans leur groupement et dans leur communauté. L'acquisition de ce nouveau pouvoir d'expression et de communication doit être soutenue et renforcée par la production de livres, de journaux et par la création de centres de lecture adaptés à leurs besoins et à leurs capacités. La formation d'écrivains locaux en langues nationales, de communicatrices rurales et de bibliothécaires rurales et l'implantation au niveau de chaque case-foyer d'une bibliothèque contribueront à créer un environnement lettré favorable à une meilleure gestion, par les femmes, des cases-foyers, des moulins et des projets d'accompagnement. Par ces activités de formation visant le transfert aux femmes de nouvelles compétences, la post-alphabétisation se présente de ce fait comme un processus de consolidation et de perfectionnement des connaissances déjà apprises en vue d'une meilleure maîtrise de l'environnement et une transformation qualitative du milieu.

2. L'Extension des Cases-Foyers

17. Sept cases-foyers pilotes sont déjà opérationnelles au Sénégal dans le cadre des projets PSFP (USAID) et PEF. Au titre de la présente sous-composante il est prévu un appui à la construction et à l'équipement de 45 nouvelles unités.

Objectif des cases-foyers

18. Pour l'ensemble des femmes, la case-foyer répond à un besoin longtemps ressenti d'avoir un lieu précis et fixe de regroupement, de discussion, d'échanges d'idées, de formation et d'apprentissage. Son objectif est donc de servir de lieu privilégié d'information, de formation, d'échanges et d'activités pour les unions locales féminines. Il est prévu de construire une case-foyer par arrondissement dans les cinq régions d'intervention du programme. L'Agence d'exécution des travaux d'intérêt public contre le sous emploi (AGETIP) pourrait agir comme agence d'exécution pour la construction des cases-foyers. Dans ce cas-là, un protocole d'accord serait élaboré, pendant la période de démarrage du programme, entre l'AGETIP et l'Unité de Soutien de la Composante (USC) précisant les termes de l'entente. La construction de la case sera entièrement prise en charge par le programme.

L'installation des infrastructures sanitaires, du toit, de la terrasse et de la clôture sera assurée par l'Union locale avec le concours de la communauté villageoise.

19. Le site d'implantation devra être un lieu polarisateur de plusieurs groupements, à proximité d'un point d'eau afin de réduire les coûts d'installation de l'eau et faciliter la tenue de plusieurs activités.

Gestion des cases-foyers

20. Cette gestion sera assurée par un comité de gestion élu parmi les femmes membres des unions locales. Il aura plus particulièrement pour responsabilités: (i) l'organisation et la programmation des activités, leur suivi et leur évaluation; (ii) l'entretien et la réparation de la case-foyer (l'insuffisance de la maintenance des infrastructures est l'un des problèmes des cases-foyers pilotes); (iii) la recherche du financement des activités; et (iv) l'expansion de la case-foyer.

21. Le programme d'alphabétisation fonctionnelle des membres des comités de gestion sera en partie axé sur les problèmes de gestion et sur la préparation de projets donnant lieu à la formation de revenus. Pour le démarrage de ces projets il pourrait être fait appel à un financement de l'IDA dans le cadre du projet "Petites Opérations Rurales" dont une partie des fonds est réservée à l'intention des groupements féminins.

3. Equipements pour l'allégement des travaux domestiques

22. Cette sous-composante doit fournir à 375 groupements de femmes certains équipements spécialisés destinés avant tout à réduire la pénibilité des tâches domestiques et à permettre aux femmes de mieux maîtriser leur temps.

Choix des Equipements

23. Il sera tenu compte de l'expérience acquise dans ce domaine par le PEF et par certaines autres ONG ayant les mêmes objectifs, et qui disposent déjà d'un réseau confirmé de ressources humaines et matérielles pour assister à la mise en place des équipements auprès des groupements. Une collaboration devra s'établir pour ce qui est du choix des fournisseurs (moteurs et pièces de rechange), des artisans locaux (fabrication des carcasses des équipements), des mécaniciens locaux (suivi technique des équipements) et pour la formation de nouveaux mécaniciens et de meunières. En ce qui concerne les équipements hydrauliques, le projet pourra collaborer avec deux ONG qui ont déjà développé une expertise dans la fabrication et l'installation de pompes manuelles, soit le CAD et l'AFOTEC; une étude sera menée dans la phase de démarrage du programme afin de bien connaître, identifier et surtout prévenir tous les problèmes inhérents à l'installation des équipements hydrauliques.

24. Le choix de l'équipement sera fonction des résultats d'une étude préalable qui identifiera la technologie la plus appropriée (selon la nature et l'importance de la production agricole), le site d'implantation, les ressources humaines et la capacité du milieu à pouvoir rentabiliser l'équipement. Pour 80%, les équipements seront constitués de matériel de traitement des produits agricoles (moulins à mil, décortiqueuses, moulins à pâte d'arachide, etc.) et pour 20% d'équipements hydrauliques notamment de pompes manuelles.

Gestion et Financement des équipements

25. Pour favoriser une meilleure prise en charge et la responsabilisation nécessaire à une bonne gestion, les équipements agricoles ne seront pas distribués totalement gratuitement aux groupements. Ils seront fournis en partie sous forme de subvention (50%) et en partie sous forme de "crédit" (50%).

26. Dans les faits il ne s'agira pas d'un véritable crédit car il n'y aura pas transfert de fonds entre le UCP et les groupements concernés. Les équipements seront acquis par le UCP qui les fera livrer aux bénéficiaires. Ces derniers devront s'engager à financer 50% des coûts de leurs équipements respectifs; à cet effet ils ouvriront un compte dans une institution bancaire qu'ils approvisionneront mensuellement d'un montant donné jusqu'au remboursement total du crédit. Lorsque le remboursement du crédit sera arrivé à terme, ces sommes ainsi dégagées constitueront le fonds de roulement pour le financement d'activités économiques ou pour l'entretien de l'équipement. Il serait nécessaire que les groupements bénéficiaires remplissent certains critères de qualification pour démontrer leur capacité d'opérer et maintenir l'équipement, y compris l'organisation d'un comité de gestion pour superviser l'utilisation de l'équipement ainsi que l'établissement des normes de maintenance et de recouvrement des coûts. Les groupements bénéficiant des pompes hydrauliques manuels ne seraient obligés de repayer aucune partie de l'investissement; ils seraient, pourtant, soumis aux mêmes critères de qualification, y compris la définition d'un plan de maintenance de l'équipement.

27. Les gestionnaires et utilisatrices des équipements seront sensibilisées et formées à un système de gestion simple et facilement maîtrisable. Les revenus mensuels générés par les équipements seront répartis ainsi: 1/4 pour le fonds d'amortissement, 1/4 pour les charges de fonctionnement, 1/4 pour le salaires (meunière), et 1/4 pour le remboursement du crédit. Lorsque le fonds d'amortissement atteindra 500.000 FCFA, la répartition pourra se faire à raison de 1/8 à l'amortissement et 1/8 à l'épargne.

Collaboration avec une institution bancaire

28. Pour toutes les questions relatives aux crédits accordés, une institution bancaire sera choisie qui facilitera l'ouverture de tout compte utile aux groupements en permettant l'ouverture simultanée de deux comptes liés: un compte d'opérations courantes et un compte d'épargne qui recevra les remboursements mensuels des crédits et dont les dépôts resteront bloqués jusqu'au remboursement total du crédit. Cette institution bancaire s'engagera par ailleurs à participer à la formation préalable du personnel d'encadrement du programme chargé du suivi des groupements. La CNE (caisse nationale d'épargne) avait déjà été choisie comme institution partenaire parce qu'elle est la plus accessible en terme de représentation territoriale pour les groupements de femmes: 28 bureaux départementaux et 125 bureaux de poste sur l'ensemble du territoire. La CNE avait également été choisie à cause de l'expertise développée avec les groupements féminins dans le cadre du projet "Promotion économique des groupements de femmes"; à cet effet, un poste de responsable des groupements féminins avait été créé en juillet 1988 à la CNE, et certains documents de formation avaient été élaborés, tel: organisation et suivi des comptes d'épargne des groupements féminins juillet 1988. Mais en raison de certaines difficultés que rencontrent actuellement les groupements concernés à effectuer des retraits ou autres types d'opérations, il serait souhaitable de ré-évaluer cette décision. Ainsi de nouveaux contacts seront également pris avec la CNCA.

Critères d'Eligibilité des Groupements Bénéficiaires

29. Les groupements qui présentent des demandes seront sélectionnés en fonction des critères suivantes:

- l'importance du village - 500 habitants au minimum dans un rayon de 3km et une production agricole suffisante
- leur adhésion à la politique d'alphabétisation fonctionnelle
- leur organigramme
- leur cohésion, leur dynamisme, leur capacité d'organisation des activités et de mobilisation des moyens
- leur capacité de gestion des fonds
- le choix d'une technologie appropriée aux conditions locales (études sur l'environnement et la situation économique du village)
- la construction d'abris pour les équipements

Tous les groupements bénéficiaires devront créer un comité responsable de la gestion de l'équipement. Les dix femmes membres du comité qui seront sélectionnées devront répondre aux critères suivants: (i) être suffisamment actives et dynamiques au sein du groupement; (ii) avoir des capacités de leadership; (iii) avoir un intérêt marqué et une disponibilité réelle pour la gestion d'un équipement collectif; et (iv) participer à un programme d'alphabétisation qui s'étendra sur une période de six mois. Ces critères de sélection, les actions de formation et la responsabilisation entière des femmes devraient contribuer à l'atteinte des objectifs de cette composante.

4. **Le Renforcement institutionnel du Ministère Délégué à la Condition de la Femme et de l'Enfant (MCFE)**

30. Une stratégie à long terme de promotion de la femme est en cours de préparation par le Ministère délégué chargé de la condition de la femme et de l'enfant, avec l'assistance de l'IDA (financement SPPF et études sectorielles) et d'autres bailleurs de fonds. Pour contribuer à cette exercice et pour appuyer le développement continu des approches opérationnelles pratiques visant la promotion de la femme dans le développement, le MCFE sera chargé du suivi et de l'évaluation des activités à cet égard menées dans le cadre du projet PDRH. Le Ministère sera également responsable de l'évaluation de l'impact de tous les programmes visant l'amélioration du statut de la femme et leur accès aux opportunités économiques. En dernier lieu, il examinera le contenu des curricula destinés aux monitrices des activités en vue de les adapter à leur nouveau rôle dans la mise en oeuvre de la stratégie à long terme. Pour augmenter le niveau de connaissance des rôles et des problèmes de la femme, le MCFE sera chargé de l'exécution de certaines activités de sensibilisation et de promotion à travers les mass média ainsi qu'une série de séminaires. Le projet apportera un appui au MCFE dans ses activités de planning stratégique, suivi et évaluation, et sensibilisation et financera: les services de spécialistes pour les activités de suivi et évaluation (dix mois international), la formation du personnel du MCFE, les séminaires aux niveaux national et régional, la production et la dissémination des matériels mass média, les coûts récurrents, et l'équipement et le mobilier de bureau pour le MCFE.

PROMOTION DU STATUT DE LA FEMME
RESULTATS ESCOMPTES DE 1990 A 1995 PAR ANNEE

1990	1991	1992	1993	1994	1995
1) Un Bureau de Coordination Technique est cree pour la gestion du projet.	1) 15 cases-foyers sont construites, equipees et fonctionnelles.	1) 15 cases-foyers sont construites, equipees et fonctionnelles.	1) 15 cases-foyers sont construites, equipees et fonctionnelles.	1) 75 comites de gestion des equipements sont crees.	1) 75 comites de gestion des equipements sont crees.
2) Cinq responsables regionales sont nommees et responsabilisees.	2) 15 comites de gestion sont mis sur pied et operationnels.	2) 15 comites de gestion sont mis sur pied et operationnels.	2) 15 comites de gestion sont mis sur pied et operationnels.	2) Les 750 femmes membres de comites de gestion sont alphabétisees (+375 femmes).	2) Les 750 femmes membres de comites de gestion sont alphabétisees (+375 femmes).
3) 45 monitrices (neuf par region) sont formees en alphabetisation fonctionnelle et aux methodes participatives.	3) Les 150 femmes membres des comites de gestion sont alphabétisees (+ 75 femmes).	3) Les 150 femmes membres des comites de gestion sont alphabétisees (+75 femmes).	3) Les 150 femmes membres des comites de gestion sont alphabétisees (+75 femmes).	3) 1800 activites IEC sont realisees dans les groupements.	3) 1800 activites IEC sont realisees dans les groupements.
	4) 15 projets d'accompagnement sont definis et mis en operation.	4) 15 projets d'accompagnements sont definis et mis en operation.	4) 15 projets d'accompagnements sont definis et mis en operation.	4) 150 femmes sont formees comme auxiliaires IEC-PF.	4) 150 femmes sont formees comme auxiliaires IEC-PF.
	5) Des fonds de roulement sont crees pour la gestion des cases-foyers.	5) Des fonds de roulement sont crees pour la gestion des cases-foyers.	5) Des fonds de roulement sont crees pour la gestion des cases-foyers.	5) Le pourcentage des femmes pratiquant la PF est augmente.	5) Le pourcentage des femmes pratiquant la PF est augmente.
	6) 75 equipements sont implantes et operationnels.	6) 75 equipements sont implantes et operationnels.	6) 75 equipements sont implantes et operationnels.		
	7) 75 comites de gestion des equipements sont crees.	7) 75 comites de gestion des equipements sont crees.	7) 75 comites de gestion des equipements sont crees.		
	8) Les 750 femmes membres des comites de gestion sont alphabétisees (+375 femmes).	8) Les 750 femmes membres de comites de gestion sont alphabétisees (+375 femmes).	8) Les 750 femmes membres de comites de gestion sont alphabétisees (+375 femmes).		
	9) 1800 activites IEC sont realisees dans les groupements.	9) 1800 activites IEC sont realisees dans les groupements.	9) 1800 activites IEC sont realisees dans les groupements.		
	10) 150 femmes sont formees comme auxiliaires IEC-PF.	10) 150 femmes sont formees comme auxiliaires IEC-PF.	10) 150 femmes sont formees comme auxiliaires IEC-PF.		
	11) Le % des femmes pratiquant la PF est augmente.	11) Le pourcentage des femmes pratiquant la PF est augmente.	11) Le pourcentage des femmes pratiquant la PF est augmente.		

45 Unions locales d'arrondissement de GPF
375 Groupements de promotion feminine

6300 Femmes alphabétisees
750 Femmes auxiliaires benevoles IEC-PF

REPUBLIQUE DU SENEGAL

PROJET DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Population et Santé

**Sensibilisation des Jeunes par l'Education a la Vie Familiale
et la Promotion d'Activités Participatives des Associations**

1. Background

1. La Déclaration de politique de population du Sénégal consacre une place importante à la promotion des jeunes du fait de son rôle et leurs effets dans la dynamique de ce secteur. Le Sénégal compte actuellement 7 millions d'habitants dont 53 % de jeunes de moins de 21 ans. Ce poids démographique est extrêmement important et constitue une préoccupation majeure de la population adulte et du Gouvernement. Beaucoup de jeunes adolescents, du fait des difficultés rencontrées, ne réussissent pas à l'âge adulte, les conditions nécessaires à leur épanouissement mental et physique, moral et matériel.

2. Les enquêtes réalisées au Sénégal durant l'année internationale de la jeunesse ont montré chez les jeunes des préoccupations prioritaires de l'emploi, de la formation, de la santé, de la communication, de l'épanouissement par le sport, le loisir et les activités socio-culturelles.

3. Parmi les mesures contenues dans la Déclaration de politique de population, il est prévu pour la promotion des jeunes de favoriser les actions suivantes :

- L'intégration dans la formation scolaire et extra-scolaire des jeunes d'éléments d'éducation à la vie familiale (EVF) pour les préparer à une conduite responsable à l'âge adulte.
- Le soutien à l'organisation des jeunes capable de leur offrir des perspectives de mobilisation, de concertation et de loisirs qui s'inscrivent dans le cadre de leur épanouissement et de leur participation au développement national.
- La mise en oeuvre de programme préparant les jeunes à leur insertion à la vie professionnelle.
- La sensibilisation des jeunes sur les risques liés à la sexualité et la maternité précoce.
- L'amélioration des infrastructures sanitaires, socio-éducatives et socio-culturelles pour favoriser leur épanouissement.
- L'élaboration d'une documentation et de matériaux appropriés pour l'information et l'éducation des jeunes sur les problèmes liés à l'espacement des naissances et tous les autres volets de la politique de population.

2. PROBLEME ET ENJEU

4. Le taux de scolarisation au Sénégal atteint seulement 53,6 % avec une déperdition scolaire qui reste très élevée comme en atteste les statistiques suivantes :

- 81,7 % à l'entrée en 6ème
- 48,3 % au BFEM (Brevet de fin d'études moyennes)
- 69,67 % à la première partie du Baccalauréat
- 43,37 % à la deuxième partie du Baccalauréat.

Ce taux faible de scolarisation et cette forte déperdition permettent d'apprécier la proportion de jeunes hors du cadre scolaire et constituant souvent les cibles les plus exposées aux fléaux sociaux.

5. Des enquêtes durant l'année internationale de la jeunesse ont montré un développement des fléaux tels que la toxicomanie, la délinquance, la prostitution et ses conséquences mais aussi le désarroi devant la dispersion des valeurs traditionnelles et de nombreux cas de grossesses précoces et non désirées.

6. Les structures d'accueil pour l'organisation des activités socio-éducatives sont très limitées en nombre et celles qui existent sont peu fonctionnelles du fait d'une absence d'entretien et de participations effectives des jeunes à leur gestion. Les services traditionnels de l'administration chargés de leur encadrement ne présentent pas de programmes soutenus et pertinents pouvant mobiliser les jeunes dans ces structures. Les actions d'information, de communication et d'éducation envers les jeunes s'arrêtent aux seules séances théoriques de séminaires. Les thèmes abordés ne sont souvent pas le résultat de recherche participative des groupes-cibles pour répondre à leurs besoins et pourtant de nombreux travaux sont effectués dans ce domaine par des organes de recherche comme l'IFAN et le BNR et quelques ONG.

3. OBJECTIFS

7. Le programme de promotion des jeunes dans le cadre du PDRH contribue à l'application des mesures prévues par la politique de population adoptée par le Gouvernement. Il s'agit notamment :

- faire prendre conscience aux jeunes non scolarisés, déscolarisés et l'ensemble des jeunes du secteur associatif, en vue de les préparer à une conduite responsable à l'âge adulte, en particulier en matière de fécondité ;
- de soutenir les organisations de jeunes capables d'offrir des perspectives de mobilisation, de concertation et de loisirs qui s'inscrivent dans le cadre de leur épanouissement ;
- d'améliorer les infrastructures socio-éducatives et socio-culturelles destinées à favoriser cet épanouissement.

8. Le PDRH appuiera le Ministère de la Jeunesse et des Sports (MJS) dans le renforcement de sa capacité de mise en oeuvre d'un programme d'information, de communication et d'éducation (IEC) en particulier dans le domaine de l'éducation à la vie familiale. Environ 86 agents du MJS et d'autres organismes menant une action similaire dans les quatre régions de Dakar, Thiès, Kaolack et St-Louis couvertes par le programme, auront renforcé leurs connaissances et compétences dans les contenus de

l'EVF et les techniques de communication afin qu'ils réalisent les actions d'IEC et de conseils des jeunes qu'ils encadrent.

9. Le PDRH soutiendra les actions d'information, de sensibilisation et d'éducation des membres des 54 associations de jeunes sélectionnés dans les régions couvertes par le programme afin de les rendre responsables de leur santé et fécondité et réduire, par conséquent le nombre de grossesses précoces, avortements provoqués et maladies sexuellement transmissibles (MST). La répartition régionale de ces associations est la suivante : Dakar : 27, Thiès : 7, Kaolack : 12, St-Louis : 12.

10. Les structures d'accueil des activités de jeunesse dans les régions du programme seront rénovées par la restauration de 12 Centres départementaux d'Education populaire et sportive (CDEPS), 26 Foyers de jeunes, l'aménagement d'aires de jeux pour les associations de jeunes, la réalisation d'investissements humains dans les domaines du nettoyage, du reboisement, etc... des quartiers, grâce à des activités participatives et volontaires des associations et ONG participant au programme éducatif; ces travaux de restauration et d'aménagement seront organisés quand cela est approprié, sous forme d'ateliers de formation artisanale. Dans le prolongement de cette formation, il sera suscité auprès des groupements de jeunes ayant participé au programme d'EVF d'initier des idées de projets générateurs de revenus dans le secteur informel. Des primes d'incitation leurs seront allouées pour le lancement de ces projets. Les régions sont découpées en départements qui abritent chacun un CDEPS qui est le service administratif local regroupant le personnel technique du MJS. Autour d'un CDEPS gravite un réseau de foyers de jeunes faisant office de sièges des associations de jeunes. Le nombre de foyers varie d'un département à l'autre selon le dynamisme du mouvement associatif.

4. STRATEGIE

11. La stratégie de mise en oeuvre de cette composante s'articulera autour de deux types d'activités:

- (a) un programme IEC en matière de vie familiale et plus généralement sur tout ce qui touche la population ;**
- (b) un soutien aux activités participatives initiées par les associations de jeunes et des organisations non gouvernementales (ONG) menant des actions similaires y compris la réhabilitation des CDEPS et les foyers de jeunes.**

Il s'agit de profiter de l'existence des nombreuses organisations ou associations qui rassemblent la jeunesse en dehors du système scolaire pour véhiculer les messages éducatifs à travers une approche IEC.

12. Les actions au point (b) ont un rôle de renforcement du volet (a) qui constitue l'élément de base du programme. Ce volet (a) commencera avant ces actions et se poursuivra tout au long du programme; il sera exécuté en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale (MSPAS) dont les compétences seront utilisées principalement dans la définition des contenus de l'EVF et la formation des formateurs. Pour cela, le service de l'Education pour la Santé (EPS) du MSPAS, qui bénéficiera d'un soutien du PDRH dans le cadre de la composante SMI/PF, sera mis à contribution.

13. Les contenus des thèmes de l'information, l'éducation et la sensibilisation des groupes-cibles vont ressortir des recommandations d'un comité interministériel d'orientation, formé de spécialistes et techniciens en la matière (cf. para. 23) et des besoins ressentis comme prioritaires par les jeunes et signalés par une recherche. Cette recherche sera conçue de façon à compléter les données obtenues par les enquêtes menées au Sénégal conjointement par l'IFAN et le BNR, sur la fécondité des adolescents et les travaux futurs du service EPS.

14. Le programme se concentrera dans les zones péri-urbaines des grandes villes sénégalaises. Dans sa première phase, il couvrira les quatre régions de Dakar, Thiès, Kaolack et St-Louis pour s'étendre progressivement à l'ensemble des grandes villes du pays dans les cinq années à venir au fur et à mesure que le financement est mobilisé. Les régions ont été choisies sur la base des enquêtes démographiques et de santé. La priorité a été également donnée aux régions dynamiques du point de vue des mouvements associatifs, de l'existence des services PF et leur accessibilité. Le Canada et la France pourraient participer à ce programme qui s'élève à environ deux millions de dollars E.U. Le FNUAP contribue pour 630.000 dollars E.U. pour voie d'un financement parallèle (Projet Education a la Vie Familiale); ce montant n'est pas inclus dans le coût du projet.

15. Parmi les critères de sélection des associations de jeunes, il sera retenu:

- l'existence d'une structure organisationnelle;
- le type de mandat de l'association;
- la capacité de mobiliser des ressources humaines et financières même modestes;
- l'adhésion au programme EVF;
- la capacité de concevoir des programmes et le dynamisme pour les mener à bout.

Les associations sélectionnées désigneront des membres-leaders qui suivront les séminaires de formation et recevront du matériel pour l'animation de leur groupe. Dans les zones du programme, l'ASBEF bénéficiera du support de la composante dans ses activités d'EVF et ses programmes d'activités participatives.

16. Afin de mobiliser la participation volontaire des jeunes à des occupations saines et socialement utiles et mettre en pratique un certain nombre de messages éducatifs concernant l'environnement, l'auto-prise en charge, les associations bénéficiant du programme d'EVF, choisiront d'entreprendre des actions d'amélioration de leur cadre de vie. Le Ministère de la Jeunesse et des Sports leur offrira la possibilité de contribuer avec leurs compétences et leur travail aux activités suivantes :

- restauration et décoration des CDEPS et autres locaux socio-éducatifs sous forme d'ateliers de formation artisanale (maçonnerie, électricité, plomberie, menuiserie, peinture);
- assainissement et hygiène des quartiers (évacuation et destruction des ordures, nettoyage des locaux publics, remblaiement des routes, évacuation de rigoles et caniveaux);
- aménagement des aires sportives;
- reboisement;
- autres activités socialement utiles.

17. Parmi ces activités participatives, celles qui seront menées sous forme d'atelier de

formation artisanale bénéficieront de l'appui ponctuel de personnel spécialisé fourni par le MJS et disponible au niveau national ou régional ou des consultants ayant une compétence dans le type de formation prévue.

18. Chaque association intéressée s'engagera sur une base contractuelle, spécifiant: l'activité à accomplir; l'équipement nécessaire; la manière et le rythme auxquels l'activité sera exécutée; le budget indiquant les apports du MJS et les apports de l'association. Ce document de contrat sera disponible au démarrage du programme.

19. Le MJS assurera la mise en route et la supervision de ce volet en particulier, il aura en charge de:

- l'identification des associations de jeunes intéressés;
- l'assistance à la mise en forme du document contractuel;
- le contrôle de l'exécution;
- le suivi de l'octroi des apports des deux parties;
- l'évaluation finale de l'activité exécutée.

5. ORGANISATION ET EXECUTION DU PROGRAMME ET CONDITIONALITE

20. L'organisme de mise en oeuvre du programme est le Ministère de la Jeunesse, au sein duquel la Direction de la Jeunesse et des activités socio-éducatives sera responsable de son exécution. Il sera créé, en collaboration avec le BIT/FNUAP une unité de gestion du projet au niveau de cette Direction incluant un technicien du MSPAS. Compte tenu de l'implication du MSPAS au volet IEC/EVF, il sera également constitué un comité interministériel d'orientation des actions jeunes-population regroupant les représentants des services et ONG concernés. Ce comité aura pour tâche entre autres de définir le contenu des thèmes, d'orienter les objectifs du programme et de donner son avis sur les programmes annuels à mettre en oeuvre.

21. L'exécution du programme par la Direction de la Jeunesse sera assurée selon l'approche décrite ci-dessus dans la stratégie. Au niveau régional et départemental, le chef de service régional du MJS et les directeurs de CDEPS qui sont des inspecteurs d'éducation populaire et sportive auront la charge de la mise en oeuvre du programme dans leur région respective en particulier ils auront un rôle de conseils et d'encadrement des associations cibles. Les actions du programme démarreront pour la première année par le programme IEC/EVF avec la contribution du FNUAP déjà disponible. Elles se poursuivront sur les cinq années de la durée du programme en complément du cr. IDA qui soutiendra également les activités participatives.

22. La mise à disposition des ressources pour les activités participatives seront conditionnées par les éléments suivants:

- le démarrage effectif avec la contribution FNUAP du volet IEC/EVF - la définition des critères de choix des associations;
- la présentation de la liste d'associations et ONG susceptibles de participer au programme;
- l'approbation des programmes annuels d'au moins six associations et ONG.

6. FINANCEMENT

23. Le PDRH apportera une enveloppe de 1.4 million de dollars E.U. équivalent en cofinancement avec le FNUAP pour 630.000 dollars E.U. Le Gouvernement effectuera les démarches nécessaires pour la matérialisation de cet accord durant l'exécution du programme. Le rôle du BIT, comme agence d'exécution pour le FNUAP, sera étendu à la contribution de l'IDA. Le PDRH financera une partie des séminaires et du matériel de formation, il permettra l'acquisition des matériaux nécessaires aux activités participatives et allouera les primes pour les groupements à encourager.

REPUBLIQUE DU SENEGAL

PROJET DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Population et Santé

Réorganisation du Système des Districts sanitaires

1. La réorganisation des services de santé au niveau des districts sanitaires (DS) est la pièce maîtresse du programme de réforme du secteur de la santé et est une condition indispensable à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins de santé primaire. Le principe fondamental de cette réorganisation est d'assurer une couverture sanitaire totale et équitable de l'ensemble de la population du Sénégal, ce qui exige notamment que soit améliorée la qualité de la planification sanitaire nationale. Le district sanitaire a été retenu comme base de cette planification. Il est donc nécessaire de définir avec précision le district et les structures primaires - postes de santé (PS) et centres de santé (CS) - qu'il coiffe, ainsi que les zones de responsabilité respectives et les tâches spécifiques à chaque échelon. Il conviendra ensuite d'identifier les ressources nécessaires et de fixer les normes de personnel.

Définitions et Attributions

2. Le district sanitaire est un ensemble opérationnel qui couvre une population de 150,000 à 300,000 habitants environ et qui regroupe de 15 à 25 PS articulés autour d'un échelon de référence ou de recours, le CS (ou éventuellement un hôpital régional -- HR). Le district est aussi un ensemble administratif en le sens qu'il est dirigé par une équipe unique, dite équipe de district.

3. Le nouveau découpage prévoit un total de 45 districts, choisis sur la base de critères d'accessibilité des CS aux patients référés par les PS, et d'accessibilité des PS à la supervision par l'équipe des districts (voir Appendice 1). L'accroissement de la population pour la période 90-95 a été pris en considération. La création de nouveaux districts pourrait être envisagée à l'issue de cette période selon que de besoin. Les PS, CS et HR doivent offrir un minimum de prestations, appelé par convention "paquet minimum d'activité", identique pour chaque classe de structure. Ce n'est que lorsque ces prestations sont offertes en quantité et qualité suffisantes, qu'une structure faut développer des fonctions additionnelles.

4. Pour aboutir à l'implantation des activités dans les CS et les PS, et pour assurer leur qualité et leur utilisation, une décentralisation de la décision au niveau du district s'impose aussi bien que celle de la gestion des budgets.

5. Chaque district est doté d'une équipe cadre qui, en plus des activités purement cliniques au CS et de la supervision des PS, doit gérer les ressources (personnel, médicaments, budget, savoir faire,...). Elle est constituée au minimum de deux médecins (un médecin-chef de district (MCD) et un deuxième médecin de district) avec une équipe de quatre superviseurs des SSP, pharmacien, spécialiste SMI/PF et EPS, qui peuvent être des infirmiers d'état (IE) avec ancienneté et brevet du centre de

formation CESSI, soutenus par une équipe consistant en un gestionnaire, un secrétaire et un chauffeur. Ce gestionnaire/comptable sera chargé de la comptabilité globale au niveau du district aussi bien qu'au niveau du CS. Il est également chargé de préparer le plan de développement du district sanitaire (PDDS).

Le Centre de Santé (CS)

6. Le Centre de Santé a pour vocation de devenir un échelon de référence pour les PS. Les limites géographiques de la zone de responsabilité de CS devront être précisées compte tenu des distances, de la population et de sa densité, ce qui suppose un recensement sanitaire et une inscription individuelles au CS. Dans les capitales régionales, les hôpitaux régionaux (HR) jouent le rôle de CS pour la population y résidant. Il n'y a pas donc de besoin d'un CS séparé dans les capitales régionales, à l'exception de Dakar où la taille de la population exige plusieurs CS. Les CS des capitales régionales, et ceux qui ne sont pas destinés à devenir une structure de référence selon le plan de couverture des districts doivent à terme se transformer en PS.

7. Le paquet minimum d'activité du CS couvre l'hospitalisation (avec une capacité de 100 à 150 lits), la consultation de recours par un médecin, des travaux de laboratoire et de radiographie, la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et la récupération nutritionnelle. Ses activités logistiques et gestionnaires concernent la gestion financières et pharmaceutiques, l'offre de médicaments essentiels, l'information et l'évaluation sanitaires.

8. Il est prévu un personnel de 29 personnes comprenant: les 2 médecins cités ci-dessous; 14 paramédicaux, soit 4 SF et 10 IE/AS (on admet une certaine flexibilité entre les deux profils et que les AS peuvent être recyclés en IE s'il y a des AS en excès); 10 spécialistes, soit 1 chargé de la pharmacie (qui devrait être un AS), 3 techniciens (hygiène, assainissement, odontologie), 3 aide-infirmiers et 3 matrones; et 3 administratifs, dont 1 comptable, 1 billeteur, 1 secrétaire, et 1 chauffeur. On notera que la présence du troisième médecin est nécessaire quand les postes à surveiller fonctionnent à plein et la population dépasse 250.000.

Le Poste de Santé (PS)

9. Le Poste de Santé a une zone de responsabilité de l'ordre de 10,000 habitants qui sera découpée en 8 socio-secteurs préventifs de taille approximativement égale. Le PS est le lieu de premier contact entre la population et le service de santé, mais aussi le lieu de stockage de la mémoire clinique et sociologique des patients. Son paquet minimum d'activité comprend la consultation curative primaire, la prise en charge des malades chroniques (tuberculeux, lépreux...), la consultation prénatale, la consultation des nourrissons sains, le planning familial, la récupération nutritionnelle. L'éducation sanitaire n'est pas entière, mais une composante nécessaire à toutes les autres activités. Le PS assume en outre des tâches logistiques et gestionnaires relatives à la participation, la gestion financière et pharmaceutique et l'offre de médicaments essentiels, l'enregistrement des individus et la tenue de dossiers familiaux, les tournées de village ou de quartier, la tenue à jour des données sanitaires...

10. Le personnel d'un PS comprend: un paramédical, pour être chef de poste (ICP), soit un IE, une SF ou un AS avec une formation adéquate pour les préparer à des fonctions qui ne leur ont pas été enseignées dans les écoles professionnelles de santé; et des agents de soutien. Ces derniers seront

payés par les associations de santé; le minimum est d'avoir un billeteur-secrétaire pour assurer le paiement des tarifs de visites, plus de 1 à 2 agents(s) villageois sanitaire(s)-manoeuvres en fonction du taux d'utilisation du poste.

11. Lorsque le paquet minimum d'activité prévu pour un PS est réalisé, et que la communication avec la population est satisfaisante, les activités peuvent être étendues à de nouveaux domaines, comme indiqué ci-après:

- (a) La promotion sanitaire qui inclut la promotion nutritionnelle, l'adduction d'eau, et l'assainissement du milieu (dont l'évacuation des déchets solides). Comme la réalisation de ces programmes requiert des ressources supérieures à celles des services de santé, la promotion sanitaire a pour objet principal l'information réciproque de la population, généralement à l'initiative de personnalités charismatiques et sont dès lors éphémères. Parce qu'elle exige de la main d'oeuvre et des changements de comportement, la promotion sanitaire tend généralement à être délaissée au-delà d'une phase initiale d'engouement lorsque l'activité ne répond pas à un besoin ressenti par la communauté.
- (b) Les sous-programmes représentent des ajouts aux activités du paquet minimum, effectués selon les possibilités nouvelles de financement. Ils doivent répondre à l'identification de problèmes locaux par les professionnels de la santé et/ou à la demande de la population. Exemples: nivaquinisation des femmes enceintes, déparasitation semestrielle des moins de trois ans, programme de prise en charge des hypertendus, etc.
- (c) Les PMI mobiles concrétisent la prise en charge des populations de la zone de responsabilité qui habitent loin du PS par des visites périodiques destinées à offrir des soins préventifs, à superviser l'ASC, et à répondre aux problèmes soulevés par la population.
- (d) Les ASC permettent à des populations enclavées, trop petites pour justifier la création d'une infrastructure sanitaire nouvelle, d'entrer en contact avec un CS. Les ASC doivent servir de relais aux activités des CS et offrir des soins élémentaires aux malades.

Les Hôpitaux Régionaux

12. Les hôpitaux régionaux sont les premiers échelons du service de santé où l'on trouve des spécialistes, parmi lesquels il y a, au minimum, un chirurgien, un gynécologue, un ORL, un pédiatre, un ophtalmologue et un dentiste. Dans la mesure où les HR servent comme deuxième niveau de référence (au dessus du CS), ils se trouvent au-delà de la structure du district sanitaire; ceci à l'exception du district desservant la population résidente de la capitale régionale pour lequel le HR joue le rôle de CS

La Région Médicale

13. Fonction de la RM. La planification est un processus dont les pôles principaux sont le sous-district et le niveau central du MSP. Les régions médicales ont un rôle intermédiaire. Elles doivent:

- contrôler l'adéquation des PDDS avec les normes et la politique nationale, et vérifier leur qualité technique;
- superviser techniquement leur conception et leur mise en application;
- synthétiser les plans de districts;
- jouer un rôle modulateur dans les allocations de ressources.

Les MCR doivent animer les districts, c'est-à-dire les encadrer techniquement et soutenir psychologiquement les MSD, dont les succès doivent être reconnus et les échecs, corrigés. Il est donc souhaitable que les MCR soient en possession d'une maîtrise en santé publique. Ils doivent aussi posséder une expérience et des connaissances significativement supérieures à celle des MSD (une condition sine qua non à l'acceptabilité d'une telle supervision) car les MCR doivent être capables d'apporter des réponses pratiques aux problèmes que les MSD rencontrent.

14. Composition de l'équipe de la RM. Le personnel des RM doit être composé de l'équipe suivante:

- (a) un groupe de coordination doit regrouper le MCR, le médecin-chef de l'HR, le directeur de l'HR, le MGE (adjoint du MCR); un pôle technique regroupant les médecins spécialistes hospitaliers chargés d'améliorer le niveau technique des prestations des MSD dans le domaine qui est leur (chirurgie, gynécologie, ORL, etc.) doit conseiller le groupe de coordination de la région médicale dans certains domaines. Il est nécessaire que les chirurgiens des hôpitaux régionaux supervisent les MSD en matière d'activités chirurgicales. Le personnel spécialisé de niveau infirmier ou assistant social (les superviseur des programmes spécialisés) doit être retiré progressivement des équipes des RM et être affecté à d'autres tâches;
- (b) l'équipe administrative de la région médicale est constituée en outre d'un gestionnaire, d'un adjoint administratif et technique (le "superviseur des SSP", dont le titre indique mal les fonctions réelles) devant être titulaire d'un diplôme du CESSI, d'un secrétaire et d'un chauffeur; le superviseur régional des SSP ne doit pas personnellement superviser tous les PS de la région. Le superviseur régional des SSP: collecte et synthétise l'information sanitaire; aide à la rédaction des rapports de la région; contribue à l'évaluation des programmes. Il peut donc prélever épisodiquement de l'information à l'occasion de visites dans les PS; et il participe à la formation des infirmiers dans les domaines du nursing et du travail administratif. Les superviseurs régionaux des SSP ne doivent pas donner d'injonctions directes aux agents travaillant dans les PS.

Les services spécialisés

15. Intégration Administrative et Opérationnelle. Divers services spécialisés possèdent leur propre infrastructure opérationnelle: (le service national de santé maternelle et infantile, le programme de nutrition et le service national de l'hygiène, en particulier). Ces services ont leurs infrastructures propres (centres de PMI, centres de nutrition, dispensaires anti-tuberculeux, équipes mobiles lèpre, etc.) et répondent chacun d'une division relativement autonome au niveau de la DHPS.

16. La politique sanitaire des années à venir sera caractérisée par une intégration opérationnelle et administrative progressive de ces entités. Les directions spécialisées doivent s'éloigner de la gestion directe des programmes pour se concentrer sur la gestion des recherches et la vulgarisation des résultats. Les directions spécialisées ne peuvent pas superviser directement les PS et CS. Elles ne s'y présentent que pour collecter l'information utile à la conception des programmes. Les raisons de cette politique sont les suivants:

- (a) l'intégration permet de renforcer techniquement les services polyvalents;
- (b) l'amélioration de leur technicité accroît leur acceptabilité auprès de la population;
- (c) l'intégration des activités dans les PS et dispensaires permet d'y développer une médecine globale; tous les aspects du patient peuvent alors être réellement pris en considération par la structure;
- (d) le maintien de services verticaux est coûteux en personnel et frais récurrents;
- (e) le superviseurs de programme prolifèrent, et les injonctions qu'ils donnent aux ICP sont contradictoires: chacun défend les intérêts de "son" programme, au détriment de l'équilibre de l'ensemble.

Cependant, l'intégration ne peut pas se faire brutalement. Elle doit au contraire répondre à une stratégie d'extension de la couverture à moyen terme. Toutes les activités ne sont pas bonnes à intégrer. Celles qui ne répondent pas à une demande de la population (comme les activités du service d'hygiène, la surveillance épidémiologique et l'intervention en cas d'urgence épidémiologique), ainsi que celles qui requièrent des techniques non médicales (comme l'assainissement du milieu, la lutte anti-vectorielle) sont à exclure du processus d'intégration. Cependant l'efficacité avec laquelle elles utilisent le personnel doit être accrue.

17. Le service des grandes endémies. Les fonctions du service des grandes endémies doivent consister en conseil des structures polyvalentes en matière de lutte contre certaines (la tuberculose, la lèpre, la shistosomiase et l'onchocercose). Le services des GE ne peut superviser directement les activités intégrées. Par contre le SGE doit en réaliser l'évaluation, afin d'améliorer la pertinence de ses conseils aux structures polyvalents. Les fonctions opérationnelles du SGE ne disparaissent à l'occasion de leur intégration dans les PS et CS. Cette réflexion vaut pour le PEV: les PS ruraux ne sont pas capables d'effectuer d'emblée l'ensemble des PMI mobiles requises (la stratégie dite avancée). Les équipes mobiles du SGE doivent donc temporairement en conserver une partie des responsabilités. Au niveau régional, on prévoit: le MGE, un technicien du CESSI, un logisticien (un agent sanitaire), une équipe mobile comprenant un infirmier ou agent sanitaire et un chauffeur ainsi qu'une secrétaire.

Les équipes mobiles à prévoir pour les diverses RM sont les suivantes: Dakar:1; Louga:2; Diourbel:1; Ziguinchor:1; Kolda:"; Tambacounda:3; Saint-Louis:2; Thiès:2; Fatick:2; Kaloach:2.

APPENDICE

Nouveau découpage en districts

1. Les districts suivants ont été définis par le Direction de la Santé Publique. Ils ont été discuté avec la mission d'évaluation du PDRH .

2. Les critères utilisés sont l'accessibilité du CS aux patients référés par les PS et l'accessibilité des PS à la supervision des membres de l'équipe cadre des districts, une taille de population de 150.000 à 250.000 habitants, et le respect des limites de département. L'accroissement de la population pour la période 90-95 a été pris en considération. La nécessité de créer des nouveaux districts pourrait être reconsidéré à l'issue de cette période (en particulier dans la région de Dakar).

3. Cette planification doit être scrupuleusement respectée pour 3 raisons:

1) toute création de CS nouveau induit des coûts récurrents élevés (environ 15% de l'investissement soit 67.000.000 FCFA par an) si l'on veut que les infrastructures soient utilisées de manière consistante avec ce pour quoi elles ont été prévues; dans le cas contraire, les CS fonctionnent au mieux comme de gros dispensaires et l'investissement est partiellement inutile;

2) les infrastructures existantes ne tournent pas, loin s'en faut, à pleine capacité; la priorité est d'obtenir que ces infrastructures soient fonctionnelles, plutôt que d'en créer de nouvelles;

3) la multiplication des CS compromet le fonctionnement des PS en réduisant leurs ressources.

RM	CM actuelle	District proposé	Référence 1	Référence2 CS non promu¹
DKR	Belair	Dakar Centre	Gd Dakar	HALD/FANN Hann
		Dakar Nord	Nabil Choukair	HALD/FANN
		Dakar Ouest	PH.N.Senghor	HALD/FANN Ouakam
		Dakar Plateau	IHS	HALD/FANN Belair
	Pikine	Pikine	CS Pikine	HALD/FANN
		Guediawaye	CS Guediawaye	HALD/FANN
		Mbao	CS Mbao	HALD/FANN

¹ Il s'agit des structures sanitaires qui, à terme, ne pourront être transformées en structure de référence.

ANNEXE 3-4

Appendice, Page 2

	Rufisque	Rufisque	Rufisque	HALD/FANN Polyclinique
ZIG	Ziguinchor Oussouye Bignona	Ziguinchor Oussouye Bignona	HRZ CS Oussouye* CS Bignona	HRZ CS Ziguinchor HRZ Bignona
KOL	Kolda Velingara Sedhiou	Kolda Velingara Sedhiou	CS Kolda CS Velingara CS Sedhiou	HRZ HRZ HRZ
DIO	Diourbel Bambey Mbacke	Diourbel Bambey Mbacke Touba	HRD CS Bambey CS Mbacke CS Touba	HRD CS Diourbel Bam HRD HRD
TAM	Tambacounda Bakel Kedougou	Tambacounda Bakel Kedougou	HRT CS Bakel CS Kedougou	HRT CS Tambacounda HRT CS Goudiry HRT
FLE	Dagana Podor Matam	Dagana Richard Toll Dioum Matam Saint-Louis	CS Dagana CS Richard Toll H Dioum CS Matam H St Louis	HSL CS Podor HSL HR Ourossougui** HSL HSL HSL
LOU	Louga Linguère Kébémér	Louga Linguère Kébémér	HR Louga CS Dahra CS Kébémér	HRL HRL CS Linguère HRL
KAO	Kaolack Kaffrine Nyoro	Kaolack Kaffrine Koungheul Nyoro	HR Kaolack CS Kaffrine CS Koungheul CS Nyoro	HRK HRK HRK HRK
FAT***	Fatick Gossas Foundiougne	Fatick Gossas Yumgerinéo Sokone Foundiougne	CS Fatick CS Gossas CS Sokone CS Guinguineo CS Foundiougne	HRK HRK HRK HRK HRK
THI	Thiès	Thiès Khombole	HRT Khombole	HRT HRT

ANNEXE 3-4
Appendice, Page 3

Mbour	Mbour	CS Mbour	HRT	CS Poponguine
	Thiadiaye	CS Thiadiaye	HRT	
	Joal	h�p pr enfants	HRT	CS Joal
Tivaouane	Tivaouane	CS1Tivaouane	HRT	CS2 Tivaouane
	Mekhe	CS Mekhe	HRT	
Total	45			

* Le CS d'Oussouye n'existe que pour des raisons politico-administratives. En aucun cas, une population de 35.000 habitants ne pourra financer le fonctionnement d'une structure du second échelon. Le renforcement de ce CS n'est donc pas prévu.

** L'hôpital d'Ourossougui exigerait de telles sommes pour être r fectionn  que les ingénieurs consultés sont plutôt favorables à la réhabilitation du CS de Matam et à l'abandon de l'hôpital.

*** Les districts de Gossas et Guinguineo, et de Foundiougne et Lokone, respectivement, partagent l'effectif en personnel normal d'un CS de référence et d'un district ainsi que le matériel, l'équipement et le budget y afférent.

4. L'application de cette base de planification a les conséquences suivantes:

- il n'est pas justifié de construire de nouveaux CS   Darou Mousti et à Bargny;
- la présence de cinq CS de référence dans la région de Fatick se justifie pour des raisons d'accessibilité mais leur dotation sera réduite pour tenir compte de la population moindre couverte par chacun;
- les médecins qui travaillent dans des CS non promus comme centre de référence y restent si le redéploiement permet de trouver le personnel nécessaire au fonctionnement des structures de référence. Toutefois, ces CS ne seront pas renforcés, et en cas de départ, il est conseillé de ne pas les remplacer à leur poste.
- le partage des districts en départements sera effectué en tenant compte des flux de patients (ne pas rattacher un PS à un CS inutilisable pour les patients référés) et de manière à obtenir un partage équilibré des populations ².

5. L'application du découpage en districts tel qu'il est prévu par la planification nationale vaut pour Dakar. La population actuelle de Dakar (800.000) ne justifie absolument pas, dans l'état actuel des choses, plus de 4 districts, d'autant que les hôpitaux du CHU (HALD, FANN) et de la municipalité (Abas Ndao) font aussi office d'hôpital de second échelon; ils permettent de réduire les besoins en infrastructures opérationnelles de type CS dans le département. Si la mairie souhaite faire fonctionner des CS   Ouakam et aux parcelles assainies, il n'est pas souhaitable que le MSPAS y affecte du personnel sous peine de compromettre le développement des PS prévus en ville. Il est possible de reconsidérer le nombre de district en 1995, à la lumière d'une nouvelle distribution de la population.

b:appn.3-4/annexes1/3-1-91

² Les régions médicales effectueront ce découpage avec les médecins de district, et à l'instigation de la Direction de la Santé Publique.

REPUBLIQUE DU SENEGAL

PROJET DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Population et Santé

Formation du Personnel des Districts Sanitaires

1. La décentralisation de la planification des activités opérationnelles et gestionnaires au niveau des districts exige une harmonisation et une normalisation de la méthodologie de formation du personnel médical et paramédical des districts. Au cours des années écoulées, nombreuses sont les formations qui ont été dispensées par le canal de projets et programmes, d'où une grande hétérogénéité quant à leur objectif, à leur contenu, leur durée, leur méthodologie, et aux instruments de support. Les activités étaient d'avantage choisies sur une base ad hoc que dans la perspective d'un programme intégré et une stratégie bien délimitée. Il s'agit maintenant de rationaliser, d'harmoniser et de standardiser la méthodologie de formation du personnel en cours d'emploi et de la mettre à jour tenant compte de la nouvelle politique nationale de la santé et du nouveau système de district sanitaire.

2. Cette sous-composante soutiendra le développement d'une série de programmes de formation pour les médecins-chef de district (MCD) et les infirmiers chefs de postes de santé (ICP) en vue de préparer ces individus pour la prise en charge de nouvelles responsabilités tant gestionnaires que techniques. Le projet apportera également son appui à la préparation d'un plan de district sanitaire pour diriger la mise en oeuvre des réformes au niveau des districts. Le deuxième médecin de district (MD2), qui partagera les responsabilités de supervision et formation avec le MCD, participera au programme de formation approprié et sera aussi formé en techniques de chirurgie d'urgence. Les médecins régionaux (MCR) chargés de la supervision du développement du district sanitaire au sein de leur région respective participeront à tous les programmes visés aux MCDs. Les programmes à développer comprennent:

Pour MCDs:

- (a) préparation d'un Plan de développement du district sanitaire (PDDS) et la mise en place des opérations du district
- (b) gestion des médicaments, comités de santé, et gestion financière des districts et postes sanitaires

Pour MCDs et MD2s:

- (c) gestion des opérations au niveau des districts, et supervision et formation des ICP

Pour MD2s:

- (d) chirurgie d'urgence (chaque MD2 sera accompagné par un infirmier du centre de santé qui recevra une formation en techniques anesthésiques)

Pour ICPs:

- (e) gestion d'un poste de santé, y compris le paquet minimum de services et activités administratives.

Pour tous les thèmes de formation, l'Institut de Développement Sanitaire (IDS) de l'université de Dakar aura la responsabilité technique de l'organisation des sessions et de la production des documents. La mise au point de ceux-ci se fera sous la direction du MSPAS et en collaboration avec des représentants de divers projets opérationnels tels que les projets "Santé Familiale", "Bien-Etre familial", "Thiès", "Pikine", "Tambacounda", "Santé Rurale" - USAID, et "Santé Rurale - IDA.

I. Préparation d'un PDDS, ouverture et administration d'un PS

A. Objectifs et contenu des cours

3. **Plan de couverture géographique du district:** Le plan de couverture d'un district répond à trois questions: (i) Quelles sont les aires de responsabilité dépendant d'un PS qui composent la totalité de la superficie d'un district? (ii) Dans chaque aire, quelle est la localisation optimale du PS? et (iii) S'il faut ouvrir de nouveaux PS ou transformer certaines structures (PMI, centres sociaux,...) en PS, quelles en sont les priorités chronologiques? Pour chacune de ces questions, la méthodologie de l'élaboration des plans de couverture a été formalisée. ^{1/}

4. **Le plan d'action (voir Annexe 3.6)**

5. **Le développement d'un PS:** Chaque PS doit faire l'objet d'une stratégie individualisée de développement, qui sert de support aux supervisions techniques dont il fait l'objet.

(a) **les nouveaux PS:** Un ordonnancement de l'ouverture d'un PS par la méthode du chemin critique (PERT) est proposé en annexe du document "Programmation de l'appui de la Banque Mondiale au développement des circonscriptions médicales. Il comprend en particulier l'engagement de la communauté, la construction et l'équipement, la formation, les contacts directs avec la population (le recensement et l'inscription) (voir Pangu K. Asila, op.cit.).

(b) **les PS déjà en activité** (voir Annexe 4)

B. Préalables à la formation

6. Les notes de cours doivent être préalablement élaborées par l'IDS, en dialogue avec les représentants des différents projets. Les participants au séminaire doivent s'y présenter muni de renseignements leur permettant de préparer, au cours d'un exercice, le plan de couverture de leur district:

- un plan du district (disponibles à la division documentation de l'ex-DRPF, MSPAS);
- un plan au 1/5000 des villes de la zone (disponibles dans les administrations du cadastre);
- les résultats par village et quartier du dernier recensement de la population;

^{1/} Pangu Kasa Asila. Les SSP, c'est possible. L'expérience de Kasongo, Zaïre. Thèse de doctorate en santé publique présentée à l'Université Libre de Bruxelles, 1988.

- un relevé des infrastructures sanitaires du district.

L'IDS préparera les instructions relatives aux activités administratives d'un PS, qui constituera l'essentiel de la phase préparatoire à cette série de séminaires.

C. Calendrier

7. Il est important pour la politique de santé du pays que les PDDS soient prêts le plus tôt possible. La formation aura lieu au cours de l'année qui précède la mise en vigueur du PDRH, sur financement du Projet Santé Rurale (PSR). On prévoit deux séries de cinq séminaires d'une semaine chacun. Douze médecins assisteront à chaque série (45 MCD + 10 MCR + 5 du niveau central du MSP). Pour chaque série, les participants seront recrutés dans toutes les régions de manière à éviter d'en affaiblir une par le départ simultané de tous ses cadres.

D. Financement

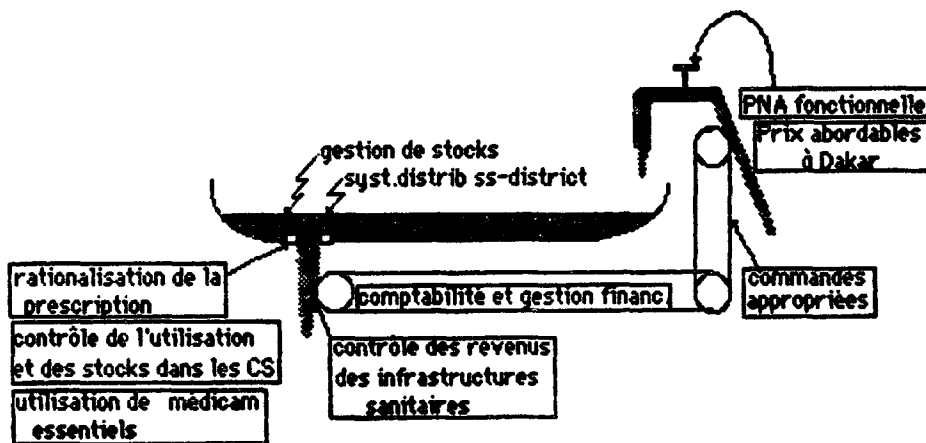
8. La préparation et le financement des séminaires est prévue sur le PSR.

II. Approvisionnement en médicaments essentiels et organisation de l'auto-financement

A. Objectifs pédagogiques et contenu du cours

9. L'approvisionnement en médicaments essentiels dépend de la réussite d'une stratégie complexe dont les éléments doivent être exécutés de manière coordonnée. On peut comparer les médicaments à l'eau d'une baignoire dont le niveau devrait être maintenu constant ou en légère expansion:

Schéma 1



Les objectifs de formation dont l'ensemble est destiné à doter les MCD des compétences nécessaires à l'organisation de l'approvisionnement en médicaments sont énumérés ci-dessous:

- 1) Un investissement initial doit être trouvé (démarches auprès d'un bailleur de fonds/agence de coopération, organisation d'un événement social (tombola, fête), pouvoirs locaux, participation/collecte...). Pas de formation particulière requise.
- 2) Les prescripteurs doivent être formés à l'utilisation de schémas thérapeutiques standardisés; ces schémas doivent décrire les traitements de syndromes et symptômes fréquents qui nécessitent des médicaments chers ou nombreux. De tels schémas ont été mis au point par un groupe de travail dirigé par la DSP. Ils sont décrits dans un fascicule à l'usage des MCD qui regroupe (a) des conduites à tenir, (b) des notions de thérapie, et (c) des données pharmacologiques. Seules les conduites à tenir doivent être enseignées dans le contexte de l'approvisionnement en médicaments essentiels. L'objectif est de faire appliquer ces schémas par les médecins eux-mêmes s'ils sont amenés à traiter des pathologies primaires et de faire former tous les prescripteurs de leur district au cours de séminaires (leur durée est d'une à deux après-midi en tout).
- 3) Les prescripteurs doivent être formés à l'éducation sanitaire des patients en matière d'utilisation des médicaments essentiels, ainsi qu'à l'empathie avec les patients. L'objectif est que les prescripteurs sachent convaincre les patients de l'efficacité identique ou supérieure des nouveaux schémas thérapeutiques, sachent discuter utilement avec eux des médicaments essentiels, et rechercher aussi d'autres solutions que médicamenteuses à leurs problèmes (approche psychothérapeutique, psycho-sociale, etc).
- 4) La pharmacie du district doit être organisée efficacement. Le MCD doit savoir former le personnel de la pharmacie, adapter et utiliser les supports, organiser les stocks et leur sécurité, effectuer les commandes basées sur l'utilisation antérieure des médicaments. La confection de pommades et de comprimés, et le recyclage des flacons ne font pas partie des objectifs prioritaires de la formation.
- 5) Des stocks doivent être mis en place dans les services. Les infirmiers chefs de service et de poste de santé doivent être formés à l'utilisation des cahiers de réquisition, aux commandes hebdomadaires (pour les services du CS) ou mensuelles (pour les services du PS).
- 6) Une pharmacie de détail au CS doit être organisée. Son responsable doit savoir tenir les cahiers (enregistrement du nom des patients, numérotation des tickets, description des médicaments fournis...);
- 7) La participation de la population doit être redynamisée à l'occasion de l'approvisionnement en médicaments essentiels, non seulement pour assainir la gestion des finances du PS, mais aussi parce que l'offre d'un service nouveau met le personnel de santé dans une position favorable à la négociation. Les infirmiers chefs de PS devront savoir comment travailler avec les comités de santé et stimuler la participation, mobiliser les avoirs financiers des comités de santé, connaître les recours et procédures en cas d'abus. Ils devront aussi savoir former le billeteur aux procédures requises.
- 8) Les recettes des structures de santé doivent correspondre au volume de prestations délivrées. Ceci suppose le bouclage du CS par un mur d'enceinte avec mise en place d'une guérite à l'entrée (aucune personne non munie d'un ticket ne peut rentrer le matin), l'impression de tickets numérotés, pour chaque activité du PS, la destruction des tickets lors de l'activité ou de la dotation de médicaments à un particulier, la tenue d'un cahier de vente de ticket par le

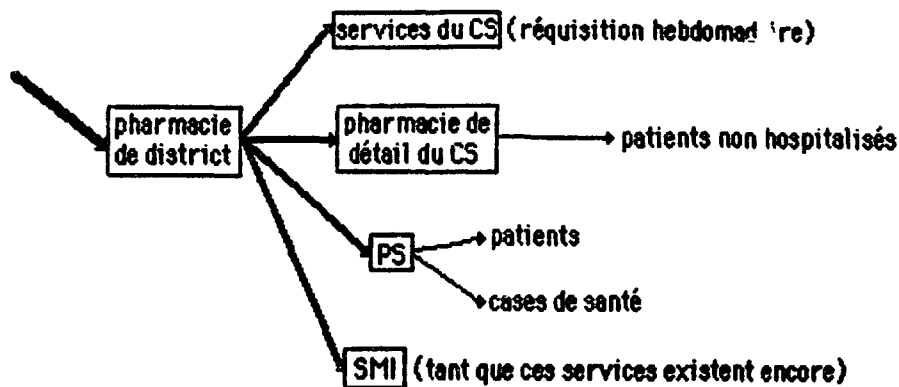
billeteur (une colonne par ticket, avec premier et dernier numéro du jour et une ligne par jour), le contrôle par le MCD ou le superviseur des SSP, en coopération avec le bureau de l'association des comités du district, de l'adéquation entre les rentrées financières et le volume d'activité des PS, le contrôle mensuel de cette adéquation au CS par le major;

9) Un système comptable approprié doit être utilisé au CS, dans les PS, et pour l'ensemble du district, conçu comme un instrument de gestion.

10) L'équipe cadre du district doit savoir évaluer la consommation des médicaments (par exemple par la comparaison semestrielle des consommations par 100 nouveaux cas des principaux médicaments dans les PS du district) et le bilan financier des structures sanitaires.

11) La stratégie de développement pharmaceutique du district doit être élaborée. Elle sera effectuée par le stagiaire au cours d'un exercice qui lui permettra de préciser pour son district la programmation de l'extension, les étapes vers un flux du médicament plus efficace (voir schéma), l'intégration de l'approvisionnement des structures spécialisées (GE, SMI, etc), le couplage entre approvisionnement en médicaments et financement, etc.

Mouvements du médicament dans un district



Quelques exemplaires de chaque support (cahiers, fiches, bordereaux d'envoi, factures, etc) seront remis aux participants à l'occasion des séminaires de formation. Leur utilisation fera l'objet d'exercices. Le programme décrit ci-dessus est enseigné en une semaine de formation (5 jours et demi soit 44 heures de cours).

B. Préalables à la formation

10. Les supports doivent être préalablement élaborés par l'IDS, en dialogue avec la DSP.

C. Calendrier

11. La formation doit être synchronisée avec la mise en place des premiers stocks de médicaments dans les districts. Comme celle-ci commencera la première année du projet dans tous les districts, c'est au début de cette année que la formation dont il est ici question sera programmée. On prévoit cinq séries de séminaires d'une semaine chacun. Douze médecins assisteront à chaque série (45

MCD + 10 MCR + 5 du niveau central du MSP). Il est souhaitable que pour chaque série, les participants aient été recrutés dans toutes les régions de manière à éviter d'en affaiblir une par le départ en formation simultanée de tous ses cadres.

D. Financement

12. La préparation des supports est prévue sur le PSR, le financement des séminaires proprement dit étant réalisé par le PDRH.

E. Condition

13. La formation du MCD conditionne la mise en place du stock de médicaments dans les infrastructures prévues du district.

III. Gestion des opérations au niveau des districts, supervision et formation des infirmiers chef de poste (ICP)

A. Objectifs et contenu de la formation

14. A l'issue de cette formation, les MCD doivent être capables de comprendre et d'étudier les stratégies pour médecins et les instructions pour infirmiers chefs de poste décrivant les activités opérationnelles d'un PS. Ils doivent être capables d'apprendre aux agents de leur district ces activités, et d'en effectuer la supervision technique. Les fascicules seront distribués aux participants à l'occasion des séminaires de formation, à raison de 1/PS et 2/districts pour les instructions, et 2/district pour les stratégies. Le programme décrit ci-dessus est enseigné en une semaine de formation (5 jours et demi soit 44 heures de cours).

B. Préalables à la formation

15. Les supports ("stratégies" pour les médecins; "instructions" pour les ICP) doivent être préalablement élaborés par l'IDS, sous la direction de la DSP. Il s'agit de rédiger, d'éditer, d'imprimer, de relier, et de distribuer ces documents, qui concernent:

(1) pour les stratégies -- les activités opérationnelles des PS, à savoir, la consultation curative (comité de rationalisation de la prescription), le planning familial (voir USAID, BEF, SANFAM, FNUAP...), la prise en charge des chroniques (PNT, instructions du projet de Thiès), les consultations prénatales (Pikine, projet de Thiès), les consultations de nourrisson (Unicef, projet de Thiès, PEV...), la nutrition (voir SANAS, projet de Thiès); l'offre de soins de recours réels par les CS; et le travail administratif au CS et au district (système d'information, dossiers d'hospitalisation).

2) pour les infirmiers -- les instructions relatives à ces mêmes activités;

3) celles relatives aux activités administratives du PS (comptabilité, gestion des médicaments, recensement, enregistrement, participation, travail du billeteur, etc).

Avant que ces trois fascicules ne soient constitués, deux autres seront préparés, qui seront distribués avant d'être ultérieurement intégrés aux trois fascicules sus-mentionnés: (i) les stratégies relatives à

l'élaboration des PDDS (y compris les plans de couverture et l'initiation d'un PS); et (ii) les instructions relatives à la distribution du médicament essentiel. Ces deux documents seront ultérieurement intégrés dans les trois fascicules sus-mentionnés.

C. Calendrier

16. Le début de cette série de séminaire est conditionné par le travail préalable (relativement long). La formation commencera la première année du PDRH, environ six mois après la formation à l'approvisionnement en médicaments essentiels. On prévoit dix séries de séminaires d'une semaine chacun. Dix médecins assisteront à chaque série (45 MCD + 40 MD2 + 10 MCR + 5 du niveau central du MSP). Il est souhaitable que pour chaque série, les participants aient été recrutés dans toutes les régions de manière à éviter d'en affaiblir une par le départ en formation simultané de tous ses cadres.

D. Financement

17. La préparation des supports est prévue sur PPF, le financement des séminaires proprement dit étant réalisé par le PDRH.

E. Condition

18. La formation du MCD conditionne la mise en place du stock de médicaments dans les infrastructures prévues du district.

IV. Chirurgie d'urgence

19. Les deuxième médecins de district (MD2) seront formés en chirurgie abdominale d'urgence et en traumatologie. Certains infirmiers seront formés à l'anesthésie (techniques de rachianesthésie et bases de la réanimation). La population cible sera prioritairement les médecins et infirmiers des CS enclavés. Les chirurgiens de Guediawaye, Ziguinchor et Saint-Louis seront chargés de l'exécution des formations et les coopérations techniques française et belge chargées de sa réalisation. Le suivi sera assuré par les chirurgiens des hôpitaux régionaux du médecin. La supervision de la formation initiale sera la responsabilité de la DSP et les supervisions techniques ultérieures celle du médecin formé (le chirurgien régional, à raison d'une visite d'un jour tous les deux mois). La durée prévue d'une formation est quatre mois par médecin, pendant lesquels la DSP assurera leur remplacement par un stagiaire.

V. Formation des ICP aux activités opérationnelles, logistiques et administratives d'un PS

A. Objectifs de formation

20. L'infirmier chef de poste doit maîtriser les activités suivantes:

(a) activités médico-sanitaires (celles du paquet minimum d'activités) -- consultation curative (y compris la rationalisation de la prise de décision, la rationalisation de la prescription, la prise en charge psycho-sociale et l'empathie), la consultation prénatale, la consultation des nourrissons sains, le planning familial, la prise en charge des malades chroniques (tuberculeux et lépreux), la récupération nutritionnelle. Ces activités supposent deux types de capacité, à savoir techniques et organisationnelles.

- (b) **activités administratives** -- le recensement, l'inscription, le comptage, l'assistance et la co-gestion avec le comité de santé, le traitement discriminatoire des populations (selon qu'elles sont inscrites ou non), la supervision du clerc (billeteur), la tenue et l'interprétation du système d'information. Ce dernier point comprend en particulier le comptage et la mise à jour du dénominateur, le remplissage du rapport mensuel standard d'activité, la tenue des fiches individuelles et des cahiers.
- (c) **activités logistiques** -- la tenue des outils de comptabilité et de gestion des médicaments (cahier de commande, etc.), l'utilisation des instructions écrites.

B. Méthodologie de formation

21. La formation des infirmiers chefs de poste (ICP) commencera par un séminaire de 15 jours. Ensuite leur formation sera essentiellement assurée par des visites de supervision formative du médecin chef de district ou du deuxième médecin de district. Au cours de ces visites seront pris en compte les aspects cliniques, les aspects d'organisation du travail et les aspects de communication/éducation interpersonnelle. La formation complète d'un infirmier chef de poste demandera 15 visites (une visite de démonstration par le médecin, suivi de deux visites pendant lesquelles l'infirmier exécute les interventions, sous l'oeil du médecin). Ce processus sera répété pour cinq groupes d'intervention: (i) activités administratives -- inscription de la population/système d'information; (ii) gestion financière et pharmaceutique/organisation de la participation communautaire; (iii) activités curatives; (iv) activités PEV/TRO/Nutrition/IEC; et (v) activités prénatales/PF/MST/nourrissons sains/IEC.

22. Si l'on considère que chacun des deux médecins du district peut consacrer quatre visites par mois à cette activité, il dispose d'un potentiel de 48 visites de formation par an et il peut donc achever la formation de deux à trois ICP par an. Il est prévu de former quatre ICP par district par an. Au niveau national, huit séminaires de 15 jours (par groupe de 20 ICP) seront organisés chaque année, à partir de la deuxième année du projet. En quatre ans seront donc formés environ 720 ICP (4 ICP x 42 districts x 4 ans).

23. Une description détaillée du contenu de la formation organisée autour de neuf thèmes (consultation curative, consultation prénatale, consultation des nourrissons sains, prise en charge des malades chroniques, nutrition, planning familial, inscription de la population, tenue et interprétation du système d'information, gestion financière et pharmaceutique) est trouvée en Appendice 2 de la présente annexe.

C. Organisation des séminaires de formation

24. Un total de 32 séminaires de formation des ICP seront organisés pendant la période du programme, avec deux séminaires de 15 jours chacun tous les trois mois à partir de la deuxième année du programme, jusqu'à la fin de la quatrième année. L'Institut de Développement Sanitaire (IDS) sera chargé de la mise en oeuvre du programme, sous la supervision du MSPAS. Pour appuyer son propre personnel dans la mise en oeuvre de ce programme exigeant et afin d'établir des liens étroits entre le système de formation des infirmiers et sage-femmes et le programme de recyclage proposé, l'IDS fera appel à quelques enseignants des Ecoles des Infirmier(è)s et des Sage-Femmes pour participer en tant qu'enseignants du programme proposé. Les locaux de l'Ecole des Infirmier(è)s seront utilisées pour l'exécution des séminaires.

25. L'IDS sera également chargé du développement et de l'exécution d'un plan d'évaluation sur l'impact de cette formation. A cette fin, il établira un système de "feedback" de la part des MCD et des ICP-stagiaires et, vers la fin de chaque année de mise en oeuvre, effectuera des visites auprès d'un échantillon prélevé au hasard des anciens stagiaires en vue d'évaluer les aspects forts ainsi que les faiblesses du programme. L'IDS reverra le programme tous les ans et apportera tous changements nécessaires sur la base des résultats de ses examens.

APPENDICE

CALENDRIER DES FORMATIONS EN ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE

ACTIVITES	ANNEE 0	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4	ANNEE 5	ANNEE 6
A. Preparation d'un PDDS, Ouverture d'un PS - Preparation - Seminaires	XXX X X						
B. Gestion des medicaments et de l'auto-financement - Preparation - Seminaires		X XXX X					
C. Gestion des operations des district, supervision des ICP - Preparation - Seminaires			XXXXXX XX X				
D. Chirurgie d'urgence			XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	
E. Formation des ICP - Preparation - Seminaires - Supervision (formation sur place) - Missions de suivi/evaluation			XX X X X X XXXXXXXXXXXX X X	X X X X XXXXXXXXXXXX X X	X X X X XXXXXXXXXXXX X X	X X X X XXXXXXXXXXXX X X	
F. Formation pratique dans les Zones de formation - Organisation des services sur le terrain - Stages			XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX

APPENDICE

Formation des infirmiers chefs de poste aux activités opérationnelles, logistiques et administratives

Contenu et Méthodologie

I. Consultation curative

Objectifs:

- application des schémas thérapeutiques standardisés et négociation avec les patients
- empathie et prise en charge du problème du patient
- utilisation de la fiche curative, du cahier de consultation, et de la fiche de synthèse
- délégation du travail de nursing à un ASC
- organisation du circuit des patients

Méthodes:

Pour enseigner les schémas thérapeutiques, il y a intérêt à regrouper les infirmiers qui devront les appliquer en un groupe. Les schémas peuvent être enseignés en une journée. Pour chaque symptôme ou syndrome, l'enseignement joue des divergences de pratique entre participants pour montrer l'inefficience ou l'inefficacité de leurs schémas et promouvoir les nouvelles attitudes cliniques. Les 15 infirmiers chefs de poste peuvent participer au séminaire, mais si l'on ne demande qu'à une partie d'entre eux de rationaliser effectivement la thérapeutique, il vaut mieux ne former que ces derniers.

Comme chaque fois qu'il est question de travail administratif, ce sont des exercices qui suivent un briefing qui permettent le mieux d'enseigner l'utilisation des supports (fiches et cahiers). Il y a intérêt à prévoir la distribution d'un stock de supports que les participants pourront ramener chez eux et utiliser immédiatement.

L'empathie peut s'apprendre théoriquement, mais le mieux est d'organiser l'observation individuelle d'une consultation faite par un infirmier très empathique.

L'organisation du circuit des patients doit être faite par le médecin superviseur du PS où il profite de la disposition des lieux pour améliorer le confort, réduire les temps d'attente, éviter les bousculades.

II. Consultation prénatale (CPN)

Objectifs:

- théorie de la prénatale (détection des femmes à risque d'accouchement dystocique, y compris le calcul de la date théorique de l'accouchement et détection et prise en charge des anomalies de grossesse comme les infections des voies urinaires, les infections gynécologiques, les prééclampsies, et vaccination anti-tétanique)
- la pratique d'une prénatale, l'application des instructions, le contenu des deux contacts systématiques prévus pour toute grossesse et celui des consultations non planifiées
- l'utilisation de la fiche et du cahier de CPN
- le recrutement pour la post-natale et le planning familial
- l'organisation d'une PMI mobile

Méthodes:

La théorie et le travail administratif peuvent être enseignés en groupe. Mais il vaut mieux qu'ils le soient individuellement ou, à la rigueur, par groupes de deux parce que: (i) la partie pratique doit impérativement être enseignée par des démonstrations; (ii) celles-ci ne peuvent être organisées pour tous les CS d'un district simultanément car l'extension par niveau de soins n'est pas appropriée pour la CPN; et (iii) il n'est pas souhaitable qu'un intervalle de temps important sépare la formation théorique de l'enseignement pratique.

On préconise donc que soit combinés les enseignements théoriques et pratiques, et qu'ils soient fournis à des groupes de deux ou trois à la fois (une ou deux sessions par an).

L'apprentissage pratique s'effectue de la manière suivante:

- on regroupe dans un PS les infirmiers des PS voisins concernés par l'implantation de la CPN;
- quelques femmes enceintes sont convoquées pour le jour de la visite du médecin superviseur;
- devant un ou deux infirmiers, le médecin effectue quelques prénatales;
- ensuite, un infirmier en fera une, alternativement, avec le médecin;
- lors de la séance suivante, l'infirmier les fera toutes, sous la supervision du médecin.

Eventuellement, on peut accompagner cet apprentissage d'un stage dans un PS où la CPN rationalisée a déjà été intégrée.

L'apprentissage théorique préalable concerne la notion de risque, le traitement des anomalies de la grossesse, l'organisation d'une PMI mobile et le découpage de l'aire en sous-secteurs préventifs (qui seront utilisés aussi pour les CNS/PEV).

III. La consultation des nourrissons sains (CNS)

Objectifs:

- théorie de la CNS (monitoring anthropométrique, suivi et conseil psycho-social, traitement systématique de certaines maladies comme les parasitose ou la malaria, vaccinations, recrutement pour le planning familial)
- utilisation de la fiche de CNS (la fiche UNICEF), des feuilles de vaccination
- pratique de la CNS et application des instructions
- apprentissage des techniques de vaccination, supervision de la pesée et de son enregistrement

Méthodes: (voir CPN)

IV. Prise en charge des malades chroniques

Objectifs:

- théorie: la détection passive, la continuité des soins, la négociation avec les patients, application de la stratégie pour les prises de décision aux diverses phases de la maladie
- administration: utilisation de l'échéancier, réalisation des invitations écrites et des visites à domicile
- négociation du mode de distribution des médicaments avec le patient
- utilisation de la fiche opérationnelle tuberculose ou lèpre, du cahier de balance
- pratique: application des instructions écrites, récolte correcte d'une expectoration, prélèvement cutané, déroulement de la première consultation d'un nouveau cas

Méthodes:

Pratique: les apprentissages de la fixation d'une lame, de la collecte d'une expectoration et du prélèvement cutané peuvent être effectués lors d'un bref séjour dans un centre hospitalier où ces actes sont pratiqués fréquemment; le déroulement d'une consultation s'apprend par démonstration, comme pour la CPN. On recommande que le matériel imprimé, l'échéancier, les lames, etc., soient amenés le jour où le superviseur effectue les démonstrations. On suggère que des tuberculeux sous traitement soient convoqués ce jour afin d'initier pour chacun d'eux un dossier nouvelle formule.

Théorie: la théorie et le travail administratif peuvent être enseignés comme pour la CPN.

V. Nutrition

Objectifs:

- théorie: l'anthropométrie et les déterminants du statut nutritionnel
- pratique: apprentissage de la détection et du diagnostic des problèmes sous jacents par l'examen clinique standardisé pour malnourris et l'enquête diététique standardisée; préparation et administration de la pâte lait-huile-sucre reconstituée; discussion de la réhabilitation nutritionnelle à moyen terme (nouveau programme de repas, etc.)

- administration: utilisation du dossier, du cahier de balance, et tenue du cahier.

Méthodes:

- stage dans un centre de récupération nutritionnelle (CREN). A défaut, démonstration au PS par le médecin superviseur, précédé par un briefing introductif.

VI. Planning familial

Objectifs:

- pratique: application des critères de recrutement, choix d'une technique, prescription et suivi des acceptrices de pilule anticonceptionnelle et de DIU (y compris les décisions face aux oublis, le traitement des effets secondaires...)
- administration: utilisation de la fiche opérationnelle et des supports d'information.

Méthodes:

- stage dans un CS où un bon centre de PF existe.

VII. Inscription de la population

Objectifs:

- théorie: utilité de l'inscription et de la prise en charge discriminative d'une population
- pratique: dessein d'un plan de couverture en zone urbaine, visites à domicile, ouverture des dossiers familiaux, discussion des termes du contrat, calcul et mise à jour du dénominateur.

Méthodes:

- séminaires (éventuellement de groupe) avec exercices pratiques et démonstration. Durée estimée, un jour. (Note: les visites à domicile doivent être supervisées comme toute autre activité.)

VIII. Tenue et interprétation du système d'information

Objectifs:

- pratique: collecte des données dans les cahiers et les dossiers, tenue du rapport standard mensuel d'activité du PS, présentation graphique des tendances.
- théorie: interprétation des indicateurs et discussion de feedback possible.

Méthodes:

- séminaires en petits groupes (avec exercices) et démonstration. Durée estimée, deux jours.

IX. Gestion financière et pharmaceutique

Objectifs:

- tenue correcte de la feuille de comptabilité, du cahier de dépense, de la caisse d'avance
- supervision du billeteur
- sécurité des médicaments
- gestion et commande des médicaments, tenue des cahiers et supports
- activités d'assistance et de co-gestion avec les comités de santé
- co-signatures avec le Bureau du comité sur les chèques

Méthodes:

- séminaires et exercices pouvant être réalisés en groupe. Distribution du matériel, exercices de remplissage des documents et de prise de décision en situation fictive. Durée estimée, deux jours.

b:appen.3-5
annexes l
3-1-91

REPUBLIQUE DU SENEGAL

PROJET DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Popula^oion et Santé

Les Plans de Développement du District sanitaire

1. Pour pouvoir mettre en oeuvre la réforme des services de santé et la décentralisation au niveau du district sanitaire, un plan d'action, de couverture et de budgétisation des besoins intitulé "Plan de Développement du District Sanitaire, ou PDDS, sera élaboré par l'équipe-cadre de chaque district. Il s'agit d'un plan local qui décrit les objectifs à court terme de la stratégie de développement adoptée par l'équipe-cadre du district. La fréquence des obstacles que l'on rencontre dans l'exécution d'un PDDS et celle des changements de l'environnement, en font un processus itératif à cycle court; une révision annuelle est donc nécessaire. Dès lors il n'est pas souhaitable que le PDDS soit un document complexe, ni que son élaboration nécessite un long travail.

2. Le PDDS est également un outil de motivation et d'engagement pour les responsables du district sanitaire. Il sert de guide à la supervision par le médecin-chef de région, et de canevas pour l'évaluation. Il doit impérativement s'inscrire dans le cadre des normes édictées par le MSPAS; l'ignorance de certaines règles dans sa conception exposerait le développement sanitaire à des risques sérieux. L'appui technique à sa réalisation est fourni par le MCR (qui devrait donc être titulaire d'une maîtrise en santé publique).

3. Le PDDS indique comment l'organisation des services de santé à l'échelon du district se rapprochera de son organisation optimale, comment les structures parviendront progressivement à assurer les activités du paquet minimum, et comment les ressources seront procurées et utilisées.

4. Tous les PDDS d'une région sanitaire seront ensuite intégrés au "Plan de Développement de la Région sanitaire" (PDRS) après que les ajustements nécessaires auront été apportés au vu des moyens humains et financiers dont dispose la région.

Contenu du PDDS

5. Chaque PDDS sera composé de deux parties. La première partie comportera les éléments suivants:

- (a) un plan de couverture géographique qui délimite les zones de responsabilité de chaque PS existant ou à créer (une aire d'intervention) ne peut être couverte que par une seule zone et qui indique la localisation de chaque PS à l'intérieur de cette zone. Le plan de couverture indique également les priorités en matière d'ouverture de nouveaux PS et de rationalisation des PS existants.
- (b) un état qualitatif et quantitatif de la couverture en infrastructure et prestations sanitaires du district.

(c) un plan d'action de l'équipe-cadre du district. Son horizon est à deux ans et il est destiné à préciser les modalités d'évolution des services de santé vers la physionomie prévue pour eux par la planification nationale. Il décrit le profil des PS à créer et explique la rationalisation des activités, les activités à implanter, la rationalisation de l'utilisation des ressources disponibles et de celles qu'il faut se procurer y compris le redéploiement ou recrutement du personnel, le cas échéant, et le renforcement du plateau technique du PS et des fonctions de direction/coordination du district.

(d) un état des besoins comprenant un budget et sa comparaison avec les ressources disponibles.

6. La deuxième partie concernera:

(a) la coopération multisectorielle: définition de la contribution des autres partenaires et des modes de coopération.

(b) la promotion sanitaire et l'assainissement: identification des tâches prioritaires et définition des responsabilités en matière d'hygiène. Ce volet ne fait pas partie du paquet minimum d'activité des services de santé de base; il est cependant nécessaire que les problèmes d'hygiène importants et vulnérables soient ciblés par le personnel des districts lorsque les ressources le permettent.

Choix des activités

7. Le PDDS précise les objectifs du district sanitaire et il incombe à son équipe-cadre de décider du choix des activités à mener au niveau:

. du PS:

les activités opérationnelles (consultations curatives, prénatales, des nourrissons sains; récupération nutritionnelle; vaccination; PF; prise en charge des maladies chroniques).

les activités logistiques et gestionnaires (identification des sous-secteurs préventifs; PMI mois; recensement; rationalisation de la gestion financière et pharmaceutique; mobilisation des ressources; participation et inscription de la population au PS; activités du comité de gestion).

. du CS:

les activités opérationnelles et gestionnaires (mise en place d'un système d'information pour l'évaluation; réalisation du plateau technique, dont les urgences médicales/chirurgicales, le laboratoire, les radiographies); activités du comité de gestion.

. du district:

les activités logistiques et gestionnaires (constitution de l'équipe-cadre; formation des infirmiers; rationalisation de la gestion et contrôle financier des échelons de base; mise en place de la pharmacie du district; communication entre les structures; système d'information; rationalisation des activités et adaptation des programmes nationaux aux réalités locales; application des critères de fonctionnement du système intégré).

8. Le Plan d'action est organisé selon les axes suivants:

- (a) la constitution de l'équipe-cadre du district: sa composition, la répartition des PS à superviser, autres les membres de l'équipe, le partage de l'activité chimique, la formation de l'équipe en santé publique, les réunions, les modalités opérationnelles;
- (b) la formation des infirmiers, principalement les chefs de poste: définition du contenu et du lieu des stages et organisation de la formation;
- (c) la rationalisation de la logistique et de la gestion (en particulier pour la pharmacie d'approvisionnement);
- (d) la rationalisation des structures de référence et de l'utilisation des ressources. Trois aspects sont à considérer: (a) le renforcement de l'échelon de recours, (b) l'approvisionnement en médicaments essentiels, et (c) le plan de redéploiement du personnel;
- (e) la rationalisation des activités du PS, y compris l'adaptation des programmes nationaux et de leurs instructions aux conditions du district et l'adaptation des instructions nationales relatives à l'utilisation des ressources;
- (f) l'extension de la couverture: programmation dans le temps de nouvelles structures ou de nouvelles activités; amélioration de l'équipement des PS; réorganisation de certains PS;
- (g) la mise en place des comités de santé et le développement de leurs activités.

b:senpdds.3-6
annexes1
3-1-91

REPUBLIQUE DU SENEGAL

PROJET DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Population et Santé

Le programme de redéploiement et
de recrutement du personnel de santé publique

Cadre général de l'analyse

1. Il a été demandé à une firme de consultants sénégalaise de: (i) procéder au recensement du personnel présent au début de 1990 dans les divers services du MSPAS; (ii) d'aider ensuite la DAGE à actualiser et uniformiser son fichier du personnel avec ceux des autres sources (Fonction publique et Direction du budget); et (iii) analyser comment répartir le personnel existant pour permettre au MSPAS de mieux remplir ses fonctions et notamment mieux répondre aux objectifs prioritaires de la Politique nationale de santé (PNS) adoptée en décembre 1989. On notera que cette annexe ne prend pas en compte le personnel de la Direction de l'action sociale et des autres personnels qui ont été transférés au MSPAS après le remaniement ministériel d'avril 1990 de même d'ailleurs que celui des institutions non gérées par le MSPAS et donc se limite à celui de santé publique dépendant du MSPAS.

Diagnostic sur la situation actuelle

2. En janvier 1990, 5.601 agents du secteur santé ont été recensés. Ils se répartissent en: (a) le personnel de santé travaillant dans des services sous la tutelle du MSPAS, soit 5.434 individus composés de 5.320 nationaux (5.027 employés du MSPAS et 293 employés municipaux), et de 114 assistants techniques; et (b) 167 agents du MSPAS détachés dans des organismes dont la gestion ne dépend pas directement de ce ministère.

3. Le regroupement par catégories des 5.601 personnel de santé publique recensé, résumé dans le tableau 1 ci-dessous, est divisé en deux grandes catégories: (i) les spécialités de santé, largement représentées et clairement identifiables, comprenant le personnel médical (médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens et dentistes), paramédical (infirmier d'Etat (IE), sage-femme (SF), et agent sanitaire (AS)), et les aide-infirmiers; et (ii) les spécialités qui sont nombreuses et faiblement représentées chacune, à l'exception de ceux travaillant à l'HP. Cette Annexe se concentre sur la programmation de la première catégorie -- personnel médical et paramédical. En ce qui concerne la deuxième catégorie, elle différencie certaines spécialités techniques (agent d'hygiène, laborantin, etc.) de celles liées à la gestion administrative (comptable, secrétaire, commis, etc.) et du personnel de soutien (manoeuvre, planton, etc.); le détail se trouve dans le rapport des consultants. Globalement, on notera un premier élément concernant le personnel médical; 15% des médecins sont encore d'origine étrangère, malgré un chômage signalé dans les diplômés de la Faculté de médecine; cela tiendrait au manque d'attraction auprès des étudiants sénégalais de certaines spécialités notamment hospitalières, mais il apparaîtrait aussi que ces jeunes diplômés refusent d'aller pratiquer la médecine privée en dehors de la région de Dakar où la concurrence est déjà forte, situation aggravée par les conditions économiques qui se détériorent. Un

deuxième élément important pour l'avenir du secteur est la faiblesse numérique du personnel administratif.

Tableau 1: ALLOCATION DU PERSONNEL PAR QUALIFICATION

	<u>Total</u>	<u>Détachés</u>	<u>Dans les structures MSPAS</u>		<u>AT</u>
			<u>MSPAS</u>	<u>Municip.</u>	
Total	5.601	167	5.027	293	114
Médecins	493	15	407	-	71
dont généralistes	(298)	(11)	(248)	-	(39)
pharmaciens	(40)	(2)	(37)	-	(1)
Paramédicaux	2.404	106	2.250	37	11
Infirmiers d'Etat	905	69	806	22	8
Sage-femmes	464	24	428	9	3
Agents sanitaires	1.035	13	1.016	6	-
Aide-infirmiers	574	8	483	83	-
Autres catégories	2.130	38	1.887	173	32
Spécialité santé	215	26	171	2	16
Autres spécialités	1.044	11	1.004	13	16
dont hygiène publique	(508)	-	(505)	-	(3)
Administratifs	212	1	208	11	-
Personnel de soutien	661	-	504	157	-

4. Les 5.027 agents du MSPAS se répartissaient ainsi par structure (tableau 1 en appendice):

- 994 dans les postes de santé (auxquels s'ajoutent 230 employés municipaux).
- 1.118 dans les centres, avec 63 employés municipaux en plus.
- 666 dans les hôpitaux régionaux, dont 75 dans les hôpitaux de Dioum et Ourroussogui qui doivent être restructurés.
- 895 au CHU (composé de 4 hôpitaux à Dakar)
soit pour les soins directs: 3.673 (73% du total) dont 2.112 pour les districts (42% du total)
- 79 dans les régions médicales (RM)
- 210 aux services des grandes endémies (GE)
- 584 dans les services d'hygiène publique (HP)
- 44 pour la médecine scolaire (MS)
- 277 pour les structures spécialisées 1/ dont 150 au centre PMI-Médina et à l'IHS qui vont être restructurés.
- 165 aux services centraux du MSPAS
soit pour les services spécialisés: 1.354 (ou 25% du total).

1/ Ce sont: CNTS (transfusion sanguine, CPS (pédiatrie sociale), centres de santé Diop et Talibou Dabo, centre de PMI Médina, bureaux sanitaires au port et à l'aéroport, IHS (hygiène sociale), CMSF (pour les fonctionnaires), et CNA (appareillage).

On notera que deux hôpitaux et deux structures spécialisées seront restructurées en postes et centres conformément aux normes d'implantation admises au niveau des districts. Si on regroupe les postes de santé, les centres de santé, les équipes travaillant dans les régions médicales et les services des grandes endémies et ces quatre infrastructures, on obtient un pool de 2.912 employés qui sera directement impliqué dans le plan de redéploiement car toutes ces structures sanitaires ont fait l'objet d'un plan de redéploiement et de normes d'allocation par catégories.

5. Le Tableau 2, page 6, donne la localisation dans les dix régions et par grandes catégories. Comparé à la population résidente recensée en 1988, on constate des distorsions importantes. Alors que la région de Dakar concentre 22% du total de la population du pays, 45% du personnel employé par le MSPAS y travaille; cela reflète la concentration des services centraux et du CHU. Si on isole les structures donnant directement des soins -- postes, centres, hôpitaux -- ces distorsions sont sensiblement atténuées, puisque Dakar même avec le CHU ne concentre plus que 30% du total; on doit noter cependant l'impact, pour les deux régions de Fatick et Kolda, de l'absence d'un hôpital régional (HR).

Bases d'évaluation des besoins en personnel

6. Les normes retenues sont les suivantes:

- (a) pour le poste, qui couvre une zone de 10.000 habitants en moyenne: un paramédical, pour être chef de poste (ICP), soit un IE, une SF ou un AS avec une formation adéquate pour les préparer à des fonctions qui ne leur ont pas été enseignées dans les écoles professionnelles de santé; et des agents de soutien. Ces derniers seront payés par les associations de santé; le minimum est d'avoir un billeteur-secrétaire pour assurer le paiement des tarifs de visites, plus de 1 à 2 ouvriers-manoeuvres-plantons fonction des activités du poste.
- (b) pour le centre de référence, qui couvre un district sanitaire entre 150.000 et 300.000 habitants vers 1995, soit 20 postes de référence en moyenne, on devrait prévoir un personnel de 30 personnes comprenant: 3 médecins, afin d'assurer collectivement la supervision de tous les postes avec le médecin chef du centre (MCD); 14 paramédicaux, soit 4 SF et 10 IE/AS (on admet une certaine flexibilité entre les deux profils et que les AS peuvent être recyclés en IE s'il y a des AS en excès); 10 spécialistes, soit 1 chargé de la pharmacie (qui devrait être un AS), 3 techniciens (hygiène, assainissement, odontologie), 3 aide-infirmiers et 3 matrones; et 3 administratifs, dont 1 gestionnaire, 1 secrétaire et 1 chauffeur. On notera que la présence du troisième médecin est nécessaire quand les 20 postes à surveiller fonctionnent à plein et la population dépasse 250.000.
- (c) pour un district, qui supervise jusqu'à 20 postes, une équipe de 4 spécialistes doit soutenir les 3 médecins; il s'agit d'un superviseur SSP, qui peut être un IE avec ancienneté et brevet du centre de formation CESSI, 1 superviseur SMI/PF et 1 chargé de la pharmacie, qui peuvent être un IE ou un AS, et 1 chargé des programmes EPS; cette équipe sera assistée d'un administrateur-gestionnaire, un secrétaire et un chauffeur. On notera que pour les capitales régionales, où le centre de référence est l'HR, il faudra prévoir les 3 médecins et cette équipe de district en sus du personnel de l'HR.
- (d) pour les services régionaux, on se limite, dans les programmes décrits dans cette Annexe, à restructurer le service de la région médicale (RM), soit autour du médecin chef de région (MCR) 5 agents dont 1 IE et 3 administratifs; et celui des grandes endémies (GE), soit 1 médecin et 2 agents au niveau régional et 1 à 3 équipes mobiles en fonction de la région, chacune composée de 1 IE ou 1 AS, 1 administratif, et 1 agent. On a admis en raison du déficit aigu de médecins qu'il n'y aurait pas de médecin à temps plein pour les GE d'ici 1995.

- (e) pour un hôpital régional (HR), on se limitera à ajouter son personnel actuel l'équipe de district et des 2 ou 3 médecins nécessaires pour assurer les fonctions du district (voir plus haut) en plus de celles hospitalières et celles qui résulte du rôle de deuxième échelon dans toutes les capitales régionales, à l'exception de Dakar; une priorité sera de vérifier que ces HR disposent d'un chirurgien et d'un gynécologue formés. Le rapport des consultants a recommandé des normes, qui ont été discutées par un groupe de travail ad hoc convoqué par le MSPAS, mais sans être formellement endossées par la mission IDA. Pour la préparation de ce projet, le secteur hospitalier régional n'a pas en effet été pris en compte, car une étude plus complète ré-évaluant les fonctions de ces structures, notamment vis-à-vis des districts nouvellement définis, pour finaliser les normes de personnel et les possibilités de financement, est fortement recommandée, voir para. 17. 2/
- (f) pour le CHU, les consultants recommandent un personnel de 1.090 comparées aux 895 actuelles, soit 195 supplémentaires comprenant: (a) 35 au niveau du personnel médical comprenant 35 spécialistes, dont 15 psychiatres et 8 traumatologues mais 5 pharmaciens en trop; (b) 70 dans les paramédicaux comprenant 90 infirmiers spécialisés mais 13 sage-femmes et 7 agents sanitaires en trop; et (c) 95 autres agents dont essentiellement 87 aide-infirmiers. Ces normes n'ont pas été revues à ce stade, le CHU faisant l'objet d'un plan directeur de développement à long terme, financé par la BAD; on finalisera ses normes de personnel par la suite.

7. Pour le plan de redéploiement décrit dans cette Annexe, on retient donc les normes prévues en ce qui concerne le réseau de postes de santé, des centres de santé et des districts sanitaires (par.3). En ce qui concerne les hôpitaux régionaux (HR), on vérifiera que l'HR dispose d'un chirurgien et d'un gynécologue, et que le reste du personnel existant est au moins équivalent à celui d'un centre de santé. En ce qui concerne les catégories, on se concentrera sur comment satisfaire les besoins en personnel médical et paramédical des districts qui devront être renforcés en priorité d'ici 1995.

8. Rappelons en outre que la programmation de ces besoins sera liée: (i) à la préparation et à l'exécution des PDDS -- plan de développement des districts de santé -- et des PRDS qui les agrègent au niveau des régions médicales; et (ii) à la création et au fonctionnement d'un réseau de comités de santé au niveau de chaque poste, eux-mêmes réunis en associations au niveau des centres de référence correspondants (Annexe 3-10).

9. Dans le cadre du développement d'un système de santé performant et répondant aux objectifs de la PNS (en particulier la priorité aux SSP), il a été retenu, à l'horizon 1995, une structure pyramidale de services sanitaires (voir l'Annexe 3-4 sur la composante du PDRH relative à la promotion des districts, pour détails). Elle est basée, dans les 10 régions médicales existantes, sur 45 districts de santé dans lesquels seront mis en place 918 postes de santé reliés à 44 centres de référence (l'HR de Ziguinchor couvrant les districts de Ziguinchor et Oussouye). Il y aura donc 20 postes par district en moyenne, et pour jouer le rôle de centre de référence, 35 centres de santé et 9 HR dans les capitales régionales, en admettant que deux centres de santé -- Kolda et Fatick -- seront graduellement promus en HR.

2/ Pour un HR qui couvre une zone de 600.000 à 700.000 personnes, soit trois districts, le rapport des consultants prévoit un personnel de 130 personnes environ, dont 11 médecins, 49 paramédicaux (18 IE, 11 SF, et 20 AS), 36 aide-infirmiers et 34 autres spécialistes et agents de soutien. Néanmoins, avant d'adopter ces normes pour tous les 9 HR, il est nécessaire d'analyser plus en profondeur le rôle qui sera assigné à ces HR dans le nouveau système de référence qui est en train de se mettre en place. On notera qu'avec ces normes, tous les HR sont globalement largement déficitaires en personnel, et en pratique pour toutes les catégories.

10. Globalement, et pour le personnel médical et paramédical en dehors des activités strictement hospitalières dans les HR et au CHU, ce système nécessiterait avec les normes résumées (tableaux 2 et 3 ci-dessous) par rapport à la situation actuelle (tableau 1 ci-dessus):

- pour les postes de santé et leurs 918 ICP programmés d'ici 1995, on peut les comparer aux 732 paramédicaux actuellement dans ces postes -- combinant 343 IE, 96 SF et 293 AS -- ces derniers devant être recyclés avant de devenir ICP.

- pour les 45 districts, on aura besoin de:
 - . 85 médecins de santé publique (MSP) immédiatement et 44 progressivement en fonction du croît de la population (plus de 250.000 personnes par district; d'ici 1995, ce sera le cas dans 13 districts de 6 régions -- Dakar, Kaolack, Kolda, Louga, Saint-Louis et Ziguinchor -- Tableau 2 ci-joint). Il n'y aurait à l'heure actuelle que 43 médecins dans les centres existants. Ces 43 médecins pouvant être redéployés dans les districts devront être complétés par le recrutement de 25 médecins supplémentaires.

 - . 597 paramédicaux pour les 37 centres de santé (en y incluant ceux de Fatick et Kolda non encore transformés en HR) et les 45 districts comparés aux 624 paramédicaux actuellement en place, laissant un excès global au niveau national de 27 SF et AS, en acceptant que (a) IE et AS soient globalement interchangeables, moyennant un recyclage éventuel, et (b) 48 paramédicaux dans les services des RM (10 IE) et GE (10 AS plus 18 AS pour les équipes mobiles) remplacent les 105 qui y travaillent actuellement.

A ce personnel, il faut ajouter celui en provenance d'un certain nombre de structures converties en poste et en centre, et qui n'apparaît pas dans les estimations utilisées ci-dessus; il sera disponible pour être redéployé où cela est nécessaire.

Objectifs de redéploiement/recrutement sur la période 1990-95

11. L'objectif prioritaire retenu privilégie la mise en place du réseau de 45 districts sanitaires; cela exige donc de disposer du personnel suffisant pour les faire fonctionner ainsi que les 37 centres de référence et tous les postes existants ou à construire au fur et à mesure des possibilités de construction et ainsi que la formation des nouveaux ICP.

12. Un deuxième objectif concerne la mise en oeuvre de plans de restructuration et gestion du personnel pour toutes les structures de santé publique, autres que les districts (les hôpitaux bien sûr, mais aussi l'hygiène publique et les services spécialisés et administratifs) pour les rendre plus efficaces et adaptées aux orientations de la PNS, mais aussi aux ressources financières à long terme du pays. Pour cet objectif, on se réfère dans le projet PDRH à inclure un programme d'études pour préparer certains de ces plans de restructuration, voir par.17.

13. En ce qui concerne le personnel médical nécessaire au fonctionnement des districts, les besoins régionaux sont résumés dans le Tableau 2 ci-joint. Les médecins présents dans la région et susceptibles d'être intégrés dans une équipe de district ont été sélectionnés par la Direction de la santé publique (DSP); on en déduit le nombre de MSP qu'il faut trouver en dehors des régions. Compte tenu de la rareté en médecins, le MSPAS a examiné tous les autres redéploiements possibles dans toutes les structures autres que les districts avant de décider d'en recruter 25. De plus, d'ici 1995, 13 des 44

troisième médecin de santé publique prévus par les normes du centre de référence devront être affectés dans les 13 districts; environ qui dépasseront une population de 250.000 à cette date.

Tableau 2: BESOINS PAR REGIONS EN MEDECINS DE SANTE PUBLIQUE

<u>Régions</u>	<u>Objectifs à moyen terme</u> <u>de 3 MSP par district</u>	<u>Besoins pour les districts</u>				
		<u>Total</u>	<u>A former sur place</u>	<u>1990</u>	<u>A trouver hors région</u> <u>Pour 1995</u> <u>Après 1995</u>	
Dakar	3 x 8	24	12	4	7	1
Diourbel	3 X 4	12	5	3	-	4
Fatick	3 x 1 + 2 x 4 a/	11	2	4	-	5
Kaolack	3 x 4	12	4	4	1	3
Kolda	3 x 3	9	4	2	1	2
Louga	3 x 3	9	5	1	1	2
Saint-Louis	3 x 5	15	8	2	1	4
Tambacouda	3 x 3	9	3	3	-	3
Thiès	3 x 7	21	12	2	-	7
Ziguinchor	3 x 2 + 1 x 1 b/	7	5	-	-	-
Total		129	60	25	13	31

a/ En admettant que 2 médecins pour les 4 districts de Gossas, Guingeneo, Foundiougne et Sokone.

b/ En admettant qu'un seul médecin pour le district d'Oussouye.

14. En ce qui concerne le personnel paramédical, qui englobe les infirmiers d'Etat (IE), les sage-femmes (SF), et les agents sanitaires (AS), on doit distinguer entre les besoins en ICP dans les postes où les 3 catégories peuvent être affectées moyennant une formation adéquate; des paramédicaux destinés aux centres de référence où une spécialisation devrait être maintenue au niveau des SF. Les besoins régionaux sont résumés dans le Tableau 3 ci-joint.

Tableau 3: BESOINS PAR REGIONS EN PERSONNEL PARAMEDICAL POUR LES DISTRICTS

<u>Régions</u>	<u>Objectifs</u>			<u>Total</u>	<u>Présents</u>		<u>Besoin inter-régional</u>			
	<u>ICP</u>	<u>IE/AS</u>	<u>SF</u>		<u>IE/ASa/</u>	<u>SF</u>	<u>Déficit</u>	<u>ICP</u>	<u>IE/AS</u>	<u>SF</u>
Dakar	214	104	32	350	174 b/	157 b/	19	19	-	-
Diourbel	70	41	12	123	102	15	6	6	-	-
Fatick	59	44 c/	12	115	84	12	19	6	13	-
Kaolack	92	41	12	145	116	18	11	11	-	-
Kolda	69	39	12	120	92	10	18	12	4	2
Louga	69	28	8	105	85	15	5	5	-	-
Saint-Louis	89	41	12	142	178 d/	17	-53	-	-48	-5
Tambacouda	63	28	8	99	103	6	-10	-	-12	2
Thiès	122	80	24	226	156	40	30	30	-	-
Ziguinchor	71	15	4	90	140	22	-72	-	-54	-18
Total	918	461	136	1.515	1.230	312	-27	89	-97	-19

a/ Nets des besoins en IE/AS pour la RM et les GE, sauf pour Fatick qui doit les recruter à l'extérieur.

b/ Y compris les 26 IE/AS et les 28 SF présents dans les deux structures dites PMI de la Médina et IHS, qui vont être reconverties dans le nouveau système de districts.

c/ Y compris les 5 paramédicaux nécessaires pour la RM et les GE.

d/ Y compris les 28 IE/AS et 4 SF disponibles des deux hôpitaux de Dioum et Ouroussougi, qui sont converti.

15. Après redéploiement intra-régional au niveau des postes, centres, régions médicales et grandes endémies on peut estimer qu'il manque globalement 89 ICP, 17 IE/AS et 4 SF combinés mais avec un excédent de 137 paramédicaux (dans lesquels 23 SF), ce qui devrait permettre de satisfaire en priorité les manquants dans les régions déficitaires; il y aurait donc un excédent global de 27 paramédicaux. Ceci montre que le redéploiement pour satisfaire les normes de district peut s'effectuer sans recrutement; néanmoins, ce redéploiement intra- et inter-régional pose plusieurs types de problèmes que le MSPAS aura à résoudre: (i) un problème d'équivalence entre les spécialités, pour savoir combien d'AS peuvent être utilisés comme ICP dans les postes et IE dans les centres; (ii) un problème de procédures de transfert inter-régional affectant surtout trois régions, celles de Saint-Louis, Tambacouda, et Ziguinchor, puisque certains des positions où l'on pourrait transférer le personnel en excès ne seront disponibles qu'après la construction des postes de santé prévus dans les autres régions; et (iii) un problème de conversion des structures spécialisées en postes et centres, alors que l'on admis que ces structures seraient alignées aux normes d'ici 1995 (cela se pose à Dakar et Saint-Louis et concerne des médecins de centres et d'hôpitaux et des paramédicaux). En plus de la priorité donnée aux districts, on notera qu'en ce qui concerne les HR, il y aurait un déficit important en paramédicaux (en acceptant les normes retenues par le consultant, par.7); il faudra analyser au cas par cas comment le transfert de certains paramédicaux pourraient aider à améliorer les fonctions hospitalières tout en gardant la priorité à satisfaire les besoins des districts.

16. En ce qui concerne le personnel autre que médical et paramédical dans les districts, son redéploiement est évidemment plus complexe car il y a une plus grande hétérogénéité entre les qualifications existantes et celles qui seraient requises, en particulier dans les districts. Le rapport des consultants propose un plan de redéploiement intra- et inter-régional pour satisfaire les normes pour les centres et les hôpitaux. Ces propositions devront être finalisées au niveau de chaque région en un

programme qui visera en priorité à fournir les 37 centres de santé. Ce redéploiement pose deux problèmes immédiats:

- (a) le premier concerne, dans les postes de santé, le personnel de soutien qui devrait être redéployé ou pris en charge progressivement par les comités de santé correspondants;
- (b) le deuxième concerne le personnel administratif qui devrait jouer un rôle croissant pour le développement des districts. Actuellement il y a un déficit énorme en personnel administratif si l'on s'en tient aux classifications professionnelles; il est vraisemblable que du personnel de santé est utilisé pour ces fonctions. Dès 1991, un membre de l'équipe du district se verra confier les responsabilités de gestionnaire-comptable, et il est important de prévoir un programme spécial pour garantir que les besoins en formation de ce type seront bien pris en compte au niveau de chacun des districts; et
- (c) pour les autres spécialités, une comparaison grossière entre le nombre de personnes concernées par ces programmes et les besoins prévisibles au niveau des centres montrent un excédent important qui devrait donc permettre un redéploiement sans besoin de recourir à une réduction forcée d'effectifs, moyennant une formation supplémentaire, sur place sans doute; ce sera à prévoir dans le cadre du PDDS.

17. En ce qui concerne la gestion de l'ensemble du personnel du MSPAS, un programme d'études sera mis en oeuvre, complétant les contributions déjà prévues des autres donateurs. Compte tenu des problèmes déjà évoqués et la structure du MSPAS, le programme d'études de restructuration devra s'articuler autour de quatre volets principaux:

- plan de développement des hôpitaux régionaux. Le réseau prévu serait de 9 HR si on admet que les centres de santé de Fatick et Kolda seront promus graduellement en HR. Comme déjà mentionné, les fonctions qu'un HR doit assurer dans le contexte des nouvelles orientations de la PNS doivent être revues et détaillées. Il en découlera des besoins en personnel, équipement et charges récurrentes et une nouvelle stratégie de gestion; cette dernière est cruciale pour mettre en oeuvre le recouvrement des coûts. Il est recommandé qu'un groupe de travail soit mis en place pour la négociation du projet avec un donateur qui assure les appuis externes (la France par exemple accorde une grande priorité aux HR). Le contenu de ce plan devrait être disponible pour discussions un an après.
- plan de développement du CHU. Le même dispositif est à prévoir, avec l'assistance d'un autre donateur, la BAD étant intéressée.
- plan de restructuration des services spécialisés. Compte tenu des services impliqués dans le redéploiement vers les districts, l'accent sera mis sur: (i) les autres services à caractère national - hygiène publique et médecine scolaire -- tous deux aussi régionalisés; et (ii) les services spécialisés au nombre de huit, sachant que deux d'entre eux -- PMI de la Médina et IHS -- sont intégrés dans le plan des huit districts de Dakar (para. 5). Ces services doivent être réévalués dans le but de: (i) diminuer les charges récurrentes, et donc la contribution requise du budget du MSPAS; et (ii) les intégrer autant que possible dans le système pyramidal de services qui est mis en place.
- restructuration et renforcement du MSPAS. L'Administration centrale de l'Etat fait l'objet d'un programme de restructuration dans le cadre des programmes d'ajustement structurel et avec l'assistance d'un projet financé par l'IDA.

Programme de redéploiement pour 1990-91

18. Le bon démarrage du programme de promotion des districts de santé exige qu'un personnel médical et paramédical y soit affecté immédiatement, et donc qu'il soit en place, en particulier, pour la mise en vigueur du projet PDRH; ce personnel sera donc à redéployer d'abord à partir des ressources régionales. Rappelons que les priorités de ce premier programme annuel de redéploiement sont les suivantes: (i) constitution de l'équipe médicale des SSP autour du MCR et regroupant tous les médecins de la région qui pourront participer au fonctionnement des districts de santé (para. 11). Cette approche devrait permettre la disponibilité d'un médecin pour devenir chef de district (MCD) et d'un second médecin pouvant effectuer collégalement avec le MCD la supervision des postes dans tous les 45 districts; et (ii) la disponibilité d'un ICP pour tous les postes existants qui seront maintenus. Le tableau ci-joint résume ces besoins par régions. A cela, on peut ajouter qu'au niveau des HR (qui deviennent centres de référence), la priorité sera donnée à leur fournir un chirurgien et un gynécologue.

19. En ce qui concerne le personnel médical, il s'agira de réallouer des médecins actuellement en fonction dans les centres (et les anciennes circonscriptions médicales), et les structures qui dans chaque région seront aménagées pour tenir compte des nouvelles normes uniformisées de personnel dans les nouveaux districts et leurs centres de santé et/ou de référence. Ces structures incluent les services régionaux autour du MCR, les services régionaux des grandes endémies, et certaines formations à reconvertir (telles que la PMI de la Médina et l'IHS dans la région de Dakar et les 2 hôpitaux de N'Dioum et Ouroussogi dans celle de Saint-Louis). Après examen des possibilités de transfert, le MSPAS s'est engagé à allouer 60 médecins actuellement en fonction aux 45 districts nouvellement créés. Pour compléter les 85 médecins généralistes nécessaires aux équipes de ces 45 districts, le Gouvernement a inscrit 25 positions budgétaires pour le MSPAS dans la Loi de finances 1991-92; les recrutements seront complétés avant décembre 1992.

20. En ce qui concerne le personnel paramédical, il ne devrait pas y avoir d'obstacles à satisfaire les besoins immédiats au niveau des 565 postes existants qui sont conservés dans le plan des districts à l'horizon 1995 (tableau 4 ci-joint). Pour les normes au niveau des centres, on a besoin en priorité de 17 IE/AS et de 4 SF, qui pourront être aisément trouver dans les régions fortement excédentaires (tableau 3).

21. En ce qui concerne le personnel administratif, le problème est double (par. 16): on manque de personnel formé, et on doit promouvoir ce type de qualifications dans les districts restructurés. On recommande donc de mettre en oeuvre un programme de renforcement du personnel administratif qui comprendra:

un premier programme de formation sur place. Ce programme devra permettre de faire face à ces besoins les plus urgents et définir comment convertir certains personnels avec un profil non administratif à remplir ces tâches prioritaires. En particulier, on examinera comment former un administrateur-comptable et un billeteur pour le centre, et un trésorier et un billeteur pour comité de poste. Cette formation sera donnée dès le démarrage des comités et reprise chaque année dans une réunion autour du MCD pour examiner l'exécution du PDDS et des budgets.

Tableau 4: PREMIER REDEPLOIEMENT DU PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL DANS LES DISTRICTS ET A EFFECTUER DES 1990

Régions	<u>Médecins de districts</u>					<u>Infirmiers chef de poste</u>			
	Besoins	En fonction		A recruter		Total	IE	SF	AS
		MCD	2ème	MCD	2ème				
Dakar	16	8	4	-	4	78	42	36	-
Diourbel	8	4	1	-	3	28	23	2	3
Fatick	6	2	-	3	1	54	29	-	25
Kaolack	8	3	1	1	3	65	34	3	28
Kolda	6	3	1	-	2	44	21	1	22
Louga	6	3	2	-	1	54	31	4	19
Saint-Louis	10	5	3	-	2	79	65	7	7
Tambacouda	6	2	1	1	2	52	24	-	28
Thiès	14	7	5	-	2	65	43	5	17
Ziguinchor	5	3	2	-	-	46	31	2	13
Total	85	40	20	5	20	565	343	60	162

une réflexion à long-terme sur les profils nécessaires. Une telle étude devrait: (a) examiner de façon plus détaillée mais dans un schéma global de gestion comment exécuter les tâches administratives, budgétaires et comptables du district; (b) définir les profils des postes correspondants dans la structure des besoins en personnel du district; et (c) promouvoir une formation en administration de la santé dans le système formel d'éducation et qui puisse répondre à ces besoins. Cette réflexion englobera bien sûr les problèmes rencontrés au niveau des hôpitaux (par.6).

Programmation, suivi et contrôle

22. Les programmes annuelles de redéploiement et recrutement sont donc définis en deux phases: un plan d'urgence pour l'année fiscale 1990-91, et un plan à moyen terme pour les années fiscales 1991-92 à 1995-96. Le premier plan demande une réallocation du personnel pour (a) remplir 60 de 85 postes de médecins au niveau de district par le redéploiement du personnel; et recruter les 25 médecins restants sur le budget de l'année fiscale 1991-92; (b) satisfaire les besoins en paramédicaux pour les 565 postes de santé existants à retenir sous les normes de couverture nouveaux et pour 37 centres de santé; (c) doter tous les hôpitaux régionaux d'au moins un chirurgien et un gynécologue; et (d) nommer ou identifier un agent administratif (peut-être un paramédical, dans l'absence d'un administrateur formé) pour chaque district. Ce plan devra impliquer: (a) le redéploiement de 20 médecins vers les districts; (b) le recrutement de 25 médecins supplémentaires; (c) la formation de 565 ICP à partir des 732 paramédicaux actuellement dans des postes de santé (ou éventuellement dans des centres); et (d) le redéploiement de paramédicaux vers les centres et districts. Le recrutement du personnel sanitaire est protégé dans certaines limites sous le programme de restructuration de la fonction publique du SAL IV, et le recrutement proposé ne dépasserait pas ces limites.

23. Le plan à moyen terme (1991-96) accorde la priorité aux actions suivantes: (a) l'affectation d'un infirmier, sage-femme ou agent sanitaire à chaque nouveau poste de santé au fur et à mesure de l'expansion; (b) le redéploiement du personnel de soutien au niveau du poste de santé, qui

pourrait être réengagé par les organisations communautaires de santé sous financement des revenus provenant de la tarification des services; (c) le redéploiement du personnel aux centres et postes existants considérés en excès selon les nouvelles normes de couverture et de tous personnel en excès dans les centres à retenir; (d) le recrutement d'un troisième médecin pour les districts où la population excède 250.000 (en 1995, environ 13 districts) et du personnel administratif au niveau des districts; et (e) la définition des normes pour le personnel des hôpitaux et d'autres structures spécialisées et la réallocation, le recrutement ou le renvoi du personnel selon ces normes. L'allocation du personnel à l'intérieur et parmi les districts sera un élément clé des plans de développement du district sanitaire ainsi que les plans régionaux.

24. Pendant les négociations, l'IDA a obtenu du Gouvernement l'assurance que ce dernier: (i) au plus tard le 30 juin 1991, aura terminé la mise en oeuvre des mesures de redéploiement et de recrutement définies par le plan d'urgence pour l'année fiscale 1990-91; et (ii) jusqu'à la fin de 1996, mettra en oeuvre les mesures de redéploiement et recrutement définies pour le moyen terme (années fiscales 1991-96).

**b:senanper.3-7
annexes3 (3-1-91)**

REPUBLIC OF SENEGAL
HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT PROJECT

Population and Health

Financing District Health Services

1. This annex analyzes the operating costs of the district health system described in Annex 3-4, and their anticipated evolution over the five-year restructuring period of 1991-95, both at the level of the individual facility as well as at the national level. It also proposes a financing scheme for supporting operating costs, focusing mainly on government budget and user fee contributions, including the role of community health organizations (CHOs). Although local governments are potential contributors to the system, they are excluded from the analysis because there is not a strong tradition of local government contribution to operational costs in health in Senegal (except in Dakar) and significant participation is not anticipated over the next few years. Except for replacement costs for vehicles at the district level, which are included in the analysis, other costs of amortization on major investments (infrastructure, equipment) are excluded; the assumption is that the international donor community would continue to support the bulk of investment costs at least for the medium term. Focus is therefore given to the flow-of-funds problem which has been plaguing health services in Senegal and preventing improvements in service quality and coverage.

Health Posts

2. Operating Costs. The total operating costs of a health post (HP) would vary according to the level of service utilization. At the low end of the scale, with utilization at 2,500 new cases per year (as in the case of a health post located in a remote rural area with dispersed population), total cost would be around 2.9 million CFAF per year, averaging 1,144 CFAF per episode (new case); at the upper end, with utilization at 7,500 new cases per year (as in a fully functioning urban health post), total cost would be 5.3 million CFAF per year, or 704 per episode. The average cost of drugs per episode would be 280 CFAF. Table 1 shows these costs broken down by category of expenditure.

3. Sources of Funds. Table 1 also proposes a financing plan for HPs. At this level, user fees are expected to cover 100% of the cost of drugs and of salaries for support personnel (45% of total cost, 76% of costs excluding the nurse's salary) plus a small proportion of other operating costs, with Government budget allocations covering the nurse's salary and the bulk of other costs. Total user fee contributions would amount to 1-3 million CFAF per year per HP, for utilization rates of 2,500-7,500 episodes per year, and would correspond to an average client contribution of around 100 CFAF per episode. This rate is higher than current rates of 250-350 CFAF but lies within what is considered to be affordable in Senegal.

Health Centers

4. **Operating Costs.** Like for the health post, operating cost at the health center (HC) would depend on the level of service utilization. In addition, the mix of cases served at the center (primary consultations, referrals or hospitalizations) would also affect costs, in particular the cost of drugs. This case mix has been observed to evolve significantly over a three-year period immediately following restructuring of a health center, with primary consultations increasing dramatically at first then gradually slowing down as services at the HP level improve. Table 2 shows the expected evolution in a health center's costs after restructuring (for a center serving a population of 200,000). At the end of a three-year transition period following restructuring, total operating costs would level off at 69.3 million CFAF per year, of which 59% would go to salaries, 32% to drugs and 9% to other costs.

5. **Sources of Funds.** Given the higher unit cost of services at the health center (HC) level, the share of client contributions would be significantly less at this level than at the HP level, covering only 5% of total cost (12% of costs excluding salaries) (see Table 2). These contributions would be derived from fees to be charged for hospitalization (1000 CFAF per stay) and from laboratory fees (250 CFAF per exam); no fees would be charged for referral services. The balance of health center costs (64.7 million after transition) would be supported by Government, with the largest part of this assistance going to salaries (63% of Government contribution) and the rest going to drugs (27%) and other costs (9%).

District Management Services

6. **Operating Costs.** District management services consist of the managerial, administrative, and supervisory responsibilities of the district management team. Principal cost elements include salaries of the District Medical Officers, to the extent that some portion of their time is applied to these tasks, salaries for support staff, the logistical costs of supervision, and other routine operating costs. For purposes of this annex, district doctors' salaries have been included under health center costs, except for the seven regional capitals where there would be no health center (the regional hospital would serve as the health center) and for the District of Oussouye which would not have a health center because of its small population size. In the latter two cases, doctors' salaries are included in estimating costs of district management services. Table 3 shows total operating cost for district management services. These would total 5.0 million CFAF per district, excluding doctors' salaries.

7. **Sources of Funds.** It is recommended that all costs of district management services be covered through Government budget contributions.

The District Health System

8. **Costs and Financing at the National Level.** As shown in Table 4, the proposed district health system, once in place (in 1995), would cost around 6.1 billion CFAF annually to operate: 3.4 billion (55%) for salaries, 1.8 billion (31%) for drugs, and 0.9 (14%) billion for other costs. Health posts would absorb 55% of total costs, health centers 41% and district management services 4%. These estimates are based on a population size of 8.7 million, the projected population for 1995. They are also based on assumptions of improved levels of utilization and operational efficiency as well as reductions in drug prices to international market levels, conditions which are hoped to be in place after restructuring

of the sector during the period 1991-95. These assumptions are described in detail in Appendix 1 to this annex.

9. The aggregate financing plan for the district system is shown in Table 5. In 1995, after the period of restructuring, user fees would cover 27% and Government contribution 73% of the total cost of the district system. The bulk of user fee contributions (92%) would be made at the health post level. Sixty-eight percent of Government allocation would go to salaries, 15% to drugs, and 17% to other costs. Although a distinction is made between two non-salary categories (drugs and other costs) in the above analysis, this distinction would, in the long-run, become more schematic than real. It is expected that district resources from user fees and from government non-salary contributions would eventually be managed as a combined pool, with allocational decisions made directly by district managers (at the district/center as well as the post level) in conjunction with local health committees.

10. Mobilizing Resources for the District System. It is estimated that a total of 4.3 billion CFAF is currently available to fund the district system, from two principal sources: 4.0 billion from the national budget (or 35% of total MOHSA budget allocation for FY90-91) and 0.3 billion from user fees. Of this total, 3.3 billion would go to salaries, 0.6 billion to drugs, and 0.5 billion to other costs. Comparing current funding levels with projected needs for FY95-96 would thus indicate a need to increase the overall level of resources for the district system during the years 1991 to 1995 by 1.7 billion, almost all of it needed for non-salary payments. The funding gap could be as much as twice that amount, however, if no improvement in current drug prices and prescription practices are realized.

11. The resource mobilization effort needed over the five-year period is shown in the table below. The proposed scheme reflects consideration that has been given to the limited prospects for budget expansion in the medium-term, as well as the large potential for increasing user fees, assuming the right conditions prevail. Hence, it relies heavily on an increase in revenues from user fees, from 0.3 to 1.6 billion over the five-year period. While Government contribution to salary costs would decline (on the assumption that necessary changes in current staff mix can be accomplished through appropriate redeployment, hiring and dismissal - see Annex 3-7), non-salary allocations would have to increase from 0.9 billion to 1.4 billion.

Resource Mobilization Requirements FY95-96 (in billion CFAF)

	<u>FY90-91</u>	<u>FY95-96</u>	<u>Annual Rate of Increase (%)</u>
Total Cost	4.33	6.06	7.0
Salaries	3.29	3.36	0.4
Drugs	0.57	1.85	26.6
Other costs	0.47	0.85	12.6
Gov't budget	4.03	4.43	1.9
Salaries	3.14	3.00	-0.9
Drugs	0.42	0.67	9.8
Other costs	0.47	0.76	10.1
User fees	0.30	1.63	40.3
Salaries	0.15	0.36	19.1
Drugs	0.15	1.18	51.1
Other costs	(-)	0.09	(-)

12. **Community Health Organizations.** The preceding sections have described how the proposed resource mobilization will be accomplished at the post and center levels with respect to user fees. Under the proposed financing plan, client (or community) contributions are essential to the functioning of the HP, and the organization of a local health committee to mobilize and manage the required resources is a sine qua non for HP survival. In addition, sufficient resources must be mobilized, whether from direct user fees or from other sources (local governments, etc.). If current practice of relying on user fees continues, rates would need to increase to around 400 CFAF per episode. It must be noted that the proposed fee structure is itself not as important as is the total financial contribution expected from users (or the community). Hence, current practice of allowing local health committees to set fees can be kept, with the caveat that total revenues should reach the levels specified above if the post is to function properly. Alternative financing schemes such as insurance-type arrangements and/or contributions from local governments could also eventually be considered.

13. It is equally important that revenues earned from user fees are used appropriately, that is: (a) channelled back into HP operations (and not hoarded or used for other "projects") and (b) allocated appropriately between drugs (at least 70% of revenues), salaries (around 25%), and other recurrent items (around 5%). These elements will have to be included in the "contract" to be signed between Government and the health committee.

14. Given the relatively small contribution expected from clients at the HC level, there is less justification for active participation of the local health association (Association pour la Santé) in resource mobilization and management. It is therefore suggested that HC fees be collected and managed directly by HC personnel. The health association (or the local government) may choose, however, to raise supplementary resources to subsidize fee payments for all or select clients (e.g., lower-income clients) or to improve service quality.

15. Finally, there are important pre-conditions for realizing the over five-fold increase in user fees hoped for over the next five years: supply of an initial stock of drugs at all district health facilities to stimulate use of services and restore confidence in the system, application of new fee structures simultaneously with the injection of drug supplies, appropriate training on service delivery and management for health personnel, improved organization of health committees to facilitate resource mobilization and to participate in management of funds. The present project would support policy measures and investments to help satisfy the above conditions.

16. **Budget allocations.** With respect to budget allocations, the proposed total increase of 0.5 billion CFAF for non-salary costs over the five-year period would represent an annual increase of around 1% per year of current total MOHSA budget allocations. If MOHSA's share of national budget allocation were allowed to increase from its current level of 4.7% to around 7% by 1995 (the WHO-recommended level is 10%), and assuming that the national budget remains at least constant (in real terms), the 0.5 billion would represent no more than 10% of the total increase in MOHSA's budget and is hence clearly affordable. The projected increase in MOHSA's budget would be in line with Government's stated policy of protecting social sector expenditures during the current period of budget restructuring, and is being proposed under the ongoing Public Expenditure Review.

17. The resource mobilization effort required of government during the period under discussion involves not only increased budgetary allocations for the district, however, but also measures

to ensure that the full amounts allocated are actually made available at the district level. This would involve an effort to facilitate actual transfers from Treasury through MOHSA, to the district level, and to increase spending autonomy at that level. Measures to correct existing constraints and permit budget autonomy at the district level by 1992 would be undertaken under the proposed project.

b:senanfin.3-8
annexes1
3-1-91

TABLE 1:
Financing Plan for a Health Post
(in '000 CFAF)

	Number of New Cases per Year		
	7,500	6,000	2,500
TOTAL COST	5,280	4,120	2,860
Salaries			
-Health Post Nurse	1,500	1,500	1,500
-Support personnel	720	480	240
Drugs (200 CFAF/NC)	2,100	1,400	700
Maintenance	100	100	100
Utilities, transp	200	200	100
Others	600	440	220
SOURCES OF FUNDS	5,280	4,120	2,860
A. User Fees (400 CFAF/new case)			
1. Salary, support personnel	720	480	240
2. Drugs	2,100	1,400	700
3. Other costs	180	120	60
Total receipts, user fees	3,000	2,000	1,000
B. Government Contribution			
1. Nurse's salary	1,500	1,500	1,500
2. Drugs	0	0	0
3. Other costs	700	620	300
Total gov't contribution	2,200	2,120	1,800

TABLE 2:
Financing Plan for a Restructured Health Center (in ,000 CFAF)
(for a population of 200,000)

	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Year 5
TOTAL COST	57,900	83,830	74,037	69,340	69,340
Salaries	40,950	40,950	40,950	40,950	40,950
Drugs	10,950	30,880	27,087	22,300	22,300
Maintenance	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500
Materials	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000
Water, elec., tel.	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500
SOURCES OF FUNDS	57,900	83,830	74,037	69,340	69,340
A. User Fees					
1. Laboratory fees (2,000 exams, 0250/exam)	500	500	500	500	500
2. Hospitalizations (1000 CFAF)					
-Number of cases	2,000	3,840	3,740	4,120	4,120
-Receipts	2,000	3,840	3,740	4,120	4,120
Total receipts, user fees	2,500	4,340	4,240	4,620	4,620
B. Government Contribution					
1. Salaries	40,950	40,950	40,950	40,950	40,950
2. Drugs	0,450	32,540	22,847	17,770	17,770
3. Other costs	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Total, Government contribution	55,400	70,490	69,797	64,720	64,720

TABLE 3:
Annual Recurrent Costs, District Management Services
(in ,000 CFAF)

		Outside the Reg'l Capital	Regional Capital	District of Oussouye
Salaries				
-doctor(s)	(a)	4,500		2,250 (b)
-other staff	3,000	3,000		3,000
Fuel (for supervision)	750	750		375
Other costs	250	250		125
Amortization, vehicle	1,000	1,000		500
	-----	-----		-----
Total		5,000	9,500	6,250

- (a) Doctors' salaries included in cost of health center
(see Table 2)
(b) Only one doctor is required because of small
population area.

TABLE 4:
Annual Recurrent Costs of the District Health System, 1991-95
(in ,000 CFAF)

	1991	1992	1993	1994	1995
	----	----	----	----	----
Health Posts	1,978,840	2,294,480	2,645,640	2,991,520	3,337,400
Total no. health posts	656	718	784	846	909
-Salaries	1,161,360	1,297,620	1,441,860	1,593,680	1,725,900
-Drugs	517,300	639,100	779,800	918,400	1,057,000
-Other costs	299,380	357,760	423,980	480,240	554,500
Health Centers	1,826,955	2,767,789	2,466,913	2,381,136	2,481,112
Total no. health centers	34	34	34	34	34
-Salaries	1,287,878	1,322,685	1,354,454	1,406,223	1,477,242
-Drugs	344,378	1,191,224	902,539	768,873	791,710
-Other costs	198,700	198,880	199,920	206,040	212,160
District Management Services	242,750	242,750	242,750	242,750	242,750
Total no. districts	42	42	42	42	42
-Salaries	159,750	159,750	159,750	159,750	159,750
-Other costs	83,000	83,000	83,000	83,000	83,000
TOTAL COST, DISTRICT SYSTEM	4,641,745	5,244,939	5,355,303	5,615,406	6,061,262
-Salaries	2,668,988	2,780,655	2,966,664	3,149,853	3,362,892
-Drugs	861,678	1,830,324	1,682,339	1,687,273	1,848,710
-Other costs	571,080	634,560	706,300	778,280	849,660

**TABLE 5:
Financing Plan for the District Health System, 1991-95
(in ,000 CFAF)**

	1991	1992	1993	1994	1995
Health Posts	1,978,640	2,294,480	2,645,640	2,991,520	3,337,400
Total no. health posts	656	719	783	846	909
1. User Fees	739,660	913,600	1,114,600	1,312,000	1,510,000
2. Gov't contribution	1,239,640	1,381,480	1,531,640	1,679,520	1,827,400
-Nurse's salary	984,600	1,078,500	1,174,500	1,269,000	1,363,500
-Drugs	0	0	0	0	0
-Other costs	255,640	302,980	357,140	410,520	463,900
Health Centers	1,820,955	2,707,769	2,466,913	2,381,136	2,481,112
Total no. health centers	34	34	34	34	34
1. User Fees	19,656	35,646	76,638	79,325	122,522
2. Gov't contribution	1,801,299	2,672,664	2,390,274	2,301,811	2,358,590
-Salaries	1,297,878	1,322,685	1,364,454	1,406,223	1,477,242
-Drugs	324,721	1,156,179	831,900	689,547	669,188
-Other costs	186,700	193,800	199,920	206,040	212,160
District Management Services	242,750	242,750	242,750	242,750	242,750
Total no. districts	42	42	42	42	42
1. User Fees	0	0	0	0	0
2. Gov't contribution	242,750	242,750	242,750	242,750	242,750
-Salaries	159,750	159,750	159,750	159,750	159,750
-Other costs	83,000	83,000	83,000	83,000	83,000
TOTAL COST, DISTRICT SYSTEM	4,041,745	5,244,939	5,355,303	5,615,406	6,061,262
1. User Fees	759,656	949,646	1,191,638	1,391,325	1,632,522
2. Gov't contribution	3,283,689	4,296,894	4,170,664	4,224,080	4,428,740
-Salaries	2,431,628	2,505,935	2,698,704	2,834,973	3,006,492
-Drugs	324,721	1,156,179	831,900	689,547	669,188
-Other costs	526,740	579,780	640,060	699,560	759,060

APPENDIX

Aggregating Costs of the District System at the National Level¹

1. This appendix explains the assumptions used in estimating the aggregate operating cost of the district system over the period 1991-95. They reflect, to a large extent, assumptions made about the phasing in of restructuring efforts planned during this period as well as the expected effectiveness - in terms of resulting improvements in functionality - resulting from these efforts.
2. **Health Posts.** For purposes of estimating aggregate costs at the national level health posts are classified into four categories, each with an assumed level of utilization: functional urban HPs (7,500 new cases per year), functional HPs in densely populated rural areas (5,000 NC per year), functional HPs in dispersed rural areas (2,500 NC per year), and non-restructured or restructured but non-functional HPs (2,500 NC per year). Estimates are made on the assumption that the restructuring of health posts would be completed over a period of five years, phased in (schematically) as follows: for each district, 3 HPs in 1991, 4 in 1992 and 5 each in 1993-95. Based on experience in Senegal and in other African countries, it is expected that 50% of restructured HPs would become fully functional, with the rest remaining at low operational levels either because of a weak health post nurse or an unmotivated community. In the case of success, the transition to full functionality could occur within a year of restructuring. Appendix Table 1.1 shows the expected evolution in numbers of HPs, by category, based on demographic projections, the above restructuring program and an expected success rate of 50%.
3. Appendix Tables 1.2 and 1.3 show, respectively, the annual recurrent costs and financing plan for all health posts for the years 1991-95. By 1995, the aggregate of HPs would cost 3.3 billion CFAF to operate, of which user fees would finance 38% (65% if the nurse's salary is excluded). Note that this plan implies a large investment in construction of new HPs which number 656 at present and would have to increase to over 900 by 1995 to ensure complete coverage. This applies in particular in urban areas, where HP construction is a high priority investment need.
4. **Health Centers.** Aggregate cost and financing at the national level for the period 1991-95 would be determined by anticipated increases in district-level population and the timing of the HC restructuring program. Restructuring of all health centers would take place during the first year of implementation of the proposed project. Hence, the transition period for all HCs would be underway during the years 1991-94, stabilizing at "steady state" operational levels starting in 1994. On the

¹The aggregate financing plan presented in this Appendix is based on the district system discussed at the time of appraisal, i.e., 34 centers and 42 districts. At negotiations, it was agreed that for political and geographical reasons the number of centers would be increased to 37 and the number of districts to 45 (see Annex 3-4 for details). However, Government agreed that personnel and budgetary norms would be reduced for four districts that had been created by the splitting of two previous ones, keeping total recurrent cost requirements for these four districts equal to those of two "standard" districts. In practical terms this means that the overall costs and financing of the district system at the national level would increase by only one health center and one district team or around two percent of the total presented here. There is no change in the number of health posts.

ANNEXE 3-8
Appendice, Page 2

financing side, because they involve the installation of new tariff systems and generally more expensive services, it is also assumed that cost recovery mechanisms would be in place only after a period of transition. For purposes of this annex, cost recovery at the HC level is assumed to be 25% functional (on average) in 1991-92, 50% functional in 1993-94, and 75% functional in 1995 and thenceforth. Finally, increases in the average population size per district over the period 1991-95 would affect not only non-salary costs but also the number of doctors required in a district. By 1995, 13 districts in the country would have populations exceeding 250,000 and hence would need a third doctor. To simplify the analysis, salary costs for the 13 "third" doctors are added in lump-sum in 1995.

5. The aggregate financing plan for all health centers has been projected as shown in Appendix Table 1.4. The aggregate of HCs would cost 2.5 billion CFAF to operate by 1995, of which 60% would be for salaries, 32% for drugs and 9% for other costs. Under the proposed financing plan, user fees would finance 5% of total cost (12% excluding salaries).

6. District Management Services. Appendix Table 1.5 shows aggregate recurrent costs for all district management services, aggregated for the 34 districts outside the regional capitals, the seven regional capitals, and the District of Oussouye.

APPENDIX TABLE 1.1:
Total Number of Health Posts, 1991-1995

	1991	1992	1993	1994	1995
	----	----	----	----	----
Total no. HP	656	719	783	846	909
1. Restructured Health Posts					
HPs restructured per district	3	4	5	5	5
Annual Total HPs Restructured	126	168	205	205	205
-Urban	54	72	88	88	88
-Rural, dense	58	77	94	94	94
-Rural, dispersed	14	18	23	23	23
Cumulated Total HP Restructured	126	294	499	704	909
-Urban	54	126	215	303	391
-Rural, dense	58	135	230	324	418
-Rural, dispersed	14	32	55	77	100
Cumulated Total, Functional HPs (50% of restructured HPs)	63	147	251	353	455
-Urban	27	63	100	152	190
-Rural dense	29	68	115	162	209
-Rural, dispersed	7	16	26	39	56
2. Unrestructured or non-functional HPs					
	530	572	532	493	454

APPENDIX TABLE 1.2:
Annual Recurrent Costs, All Health Posts, 1991-1995
(in '000 CFAF)

	1991	1992	1993	1994	1995
	----	----	----	----	----
A. Functional, urban (7,500 NC/yr)	142,500	332,040	576,240	662,560	1,034,880
Total no. HPs	27	63	100	152	190
-Salaries	59,940	139,800	239,760	337,440	435,120
-Drugs	58,760	132,360	228,860	319,200	411,600
-Other costs	23,920	60,480	107,620	145,920	188,160
B. Functional, rural dense (5,000 NC/yr)	119,480	268,160	473,880	667,440	861,680
Total no. HPs	29	68	115	162	209
-Salaries	57,420	134,640	227,760	326,760	413,820
-Drugs	48,660	95,280	161,660	226,860	292,680
-Other costs	21,400	58,240	84,460	113,820	155,180
C. Functional, rural dispersed (2,500 NC/yr)	29,020	45,760	85,680	111,540	143,600
Total no. HPs	7	16	28	39	50
-Salaries	12,180	27,840	48,720	67,680	87,000
-Drugs	4,960	11,280	19,660	27,360	35,600
-Other costs	2,940	6,720	11,700	16,500	21,000
D. Unrestructured/Non-functional (2,500 NC/yr)	1,096,980	1,035,920	1,521,520	1,469,980	1,298,440
Total no. HPs	593	572	532	493	454
-Salaries	1,031,820	995,280	925,680	857,820	789,960
-Drugs	415,160	460,480	372,480	345,160	317,860
-Other costs	249,900	340,240	223,440	267,000	190,620
ALL HEALTH POSTS	1,978,040	2,294,480	2,645,040	2,991,520	3,337,480
Total no. HPs	656	719	783	846	909
-Salaries	1,161,360	1,297,620	1,441,860	1,583,880	1,725,960
-Drugs	517,360	639,160	779,860	918,460	1,057,660
-Other costs	299,320	357,700	423,320	489,240	554,860

APPENDIX TABLE 1.3:
Sources of Funds, All Health Posts, 1991-1995
(in '000 CFAF)

	1991	1992	1993	1994	1995
	----	----	----	----	----
A. Functional, urban	142,600	332,640	570,240	802,500	1,034,800
Total no. HPs	27	63	100	152	190
-User Fees	81,000	189,000	324,000	450,000	580,000
-Gov't contribution	61,600	143,640	246,240	346,500	446,800
-Nurse's salary	40,500	94,500	162,000	220,000	294,000
-Drugs	0	0	0	0	0
-Other costs	21,000	49,140	84,240	118,500	152,800
B. Functional, rural dense	119,400	280,100	473,000	607,440	801,000
Total no. HPs	29	60	115	162	209
-User Fees	50,000	130,000	230,000	324,000	410,000
-Gov't contribution	61,400	144,100	243,000	343,440	443,000
-Nurse's salary	43,500	102,000	172,500	243,000	313,500
-Drugs	0	0	0	0	0
-Other costs	17,900	42,100	71,300	100,440	129,500
C. Functional, rural dispersed	20,020	45,760	80,000	111,540	143,000
Total no. HPs	7	16	28	39	50
-User Fees	7,000	16,000	28,000	39,000	50,000
-Gov't contribution	13,020	29,760	52,000	72,540	93,000
-Nurse's salary	10,500	24,000	42,000	58,500	75,000
-Drugs	0	0	0	0	0
-Other costs	2,520	5,760	10,000	14,040	18,000
D. Unrestructured or not fully functional	1,095,000	1,035,920	1,521,520	1,409,900	1,290,440
Total no. HPs	593	572	532	493	454
-User Fees	593,000	572,000	532,000	493,000	454,000
-Gov't contribution	1,102,900	1,003,920	989,520	916,900	844,440
-Nurse's salary	689,500	850,000	798,000	739,500	681,000
-Drugs	0	0	0	0	0
-Other costs	213,400	205,920	191,520	177,400	163,440
ALL HEALTH POSTS	1,970,040	2,294,400	2,645,040	2,991,520	3,337,400
Total no. HPs	656	719	783	846	909
-User Fees	739,000	913,000	1,114,000	1,312,000	1,510,000
-Gov't contribution	1,239,040	1,301,400	1,531,040	1,679,520	1,827,400
-Nurse's salary	904,000	1,078,500	1,174,500	1,269,000	1,303,500
-Drugs	0	0	0	0	0
-Other costs	255,040	302,900	357,140	410,520	403,900

APPENDIX TABLE 1.4:
Financing Plan for All Health Centers, 1991-95
(in ,000 CFAF)

	1991	1992	1993	1994	1995
Total No. Health Centers (of which % functional)	34 25	34 25	34 50	34 50	34 75
Average Population	185,000	190,000	196,000	202,000	208,000
TOTAL COST	1,820,955	2,707,709	2,466,913	2,381,136	2,481,112
-Salaries	1,287,878	1,322,685	1,364,454	1,406,223	1,477,242
-Drugs	344,378	1,191,224	902,539	768,873	791,710
-Other costs	188,700	193,800	199,920	206,040	212,160
SOURCES OF FUNDS	1,820,955	2,707,709	2,466,913	2,381,136	2,481,112
1. User Fees	19,656	35,646	76,638	79,325	122,522
2. Gov't contribution	1,801,299	2,672,064	2,390,274	2,301,810	2,358,590
-Salaries	1,287,878	1,322,685	1,364,454	1,406,223	1,477,242
-Drugs	324,721	1,156,179	831,900	689,547	669,188
-Other costs	188,700	193,800	199,920	206,040	212,160

APPENDIX TABLE 1.5:
Annual Recurrent Costs, All District Management Services
(in '000 CFAF)

	Outside the Reg'l Capital	Regional Capital	District of Ouessouye	ALL DISTRICT TEAMS
Total no. districts	34	7	1	42
-Salaries	102,000	52,500	5,250	159,750
-Other costs	68,000	14,000	1,000	83,000
Total cost	170,000	66,500	6,250	242,750

REPUBLIQUE DU SENEGAL

PROJET DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Population et Santé

Réforme de la Pharmacie nationale d'approvisionnement

I. Background

1. Le secteur pharmaceutique du Sénégal est caractérisé par un secteur privé très développé et dynamique et un secteur public en perte de vitesse et peu efficient. La production locale est assurée par deux unités :

- . La SIPOA qui produit une centaine de produits génériques, avait obtenu un monopole de fait de la fourniture au secteur public pour les produits qu'elle fabrique. Elle cherche à fabriquer davantage de spécialités destinés au secteur privé. L'Etat qui y est un actionnaire minoritaire se désengage au profit de pharmaciens privés.
- . PARKEDAVIS quant à lui ne produit que des spécialités.

Le secteur commercial comprend trois grossistes importateurs et environ 120 pharmacies implantées principalement en zone urbaine et 140 dépôts pharmaceutiques tenus par des commerçants sous la tutelle des officines. Le secteur public est constitué par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) qui est chargée d'alimenter l'ensemble des formations sanitaires publiques et répond en partie aux besoins des organisations communautaires de santé.

2. Les médicaments sont vendus à des prix fixés selon le barème suivant: frais d'importation de 13% du prix de base, une marge du grossiste de 22% du prix de revient et une marge du détaillant de 48,5% du prix de vente soit le double du prix d'achat hors taxe. Une marge réduite de 9,9% et 9% respectivement est appliquée à un certain nombre de médicaments de la liste sociale. Cette marge destinée théoriquement à favoriser la distribution, a eu un effet contraire, car peu incitative à la vente, ce qui a limité la diffusion des produits de la liste sociale.

3. Faute de moyens suffisants, l'Etat ne parvient plus à prendre en charge l'ensemble des besoins pharmaceutiques des formations sanitaires et la participation des communautés au coût du médicament ne permet pas à l'heure actuelle de couvrir ces besoins. A l'insuffisance des ressources s'ajoute la défaillance du système d'approvisionnement. Des régimes de distribution occupent une part non négligeable des approvisionnements, il existe une multiplicité de dons et un marché illicite se développe, difficile à estimer, mais porteur de risque en terme de santé publique.

II. Contraintes et difficultés du secteur pharmaceutique

4. Les difficultés du secteur pharmaceutique sont un des éléments des problèmes que traverse d'une manière générale le système sanitaire sénégalais. En effet, le Sénégal connaît depuis les années quatre-vingts une dégradation de l'accès des populations aux soins de santé primaires due en particulier à une réduction en termes réels des ressources des services de santé et d'une défaillance du système de gestion de ces ressources et leur utilisation inefficace. Cette situation a affecté la crédibilité des formations sanitaires qui ne délivrent pratiquement plus de médicaments aux patients, surtout les populations les plus démunies qui ne parviennent pas à honorer les prescriptions qu'ils reçoivent en raison de leur coût dans les officines privées.

5. La participation financière des populations qui pouvait constituer un complément au budget de l'Etat n'est pas suffisamment mobilisée dans le système sanitaire, faute de prestations crédibles marquées par des pénuries fréquentes de médicaments; parfois quand ils existent, leur gestion par les formations sanitaires est défectueuse. Après avoir atteint 400 millions de FCFA en 1985, les montants de la participation sont passés à 210 millions en 1987. La part consacrée aux médicaments dans le système de participation des populations (50% des ressources déclarées) ne progresse pas et au même moment on remarque un glissement des dépenses des comités de santé vers la prise en charge des salaires de personnel et une dérive par rapport aux objectifs de co-gestion pour les soins de santé primaires. Face à cette limitation des ressources et l'augmentation du prix du médicament, on constate une baisse du pouvoir d'achat très sensible du budget.

6. L'utilisation et les prescriptions irrationnelles des médicaments plus orientées sur les produits de marque plutôt que sous leur forme générique résultent d'un manque de formation des prescripteurs non sensibilisés aux médicaments essentiels (ME) et d'autre part du manque d'information objective sur les médicaments.

7. Le système public d'approvisionnement et de distribution de médicaments est déficient et occasionne de fréquentes pénuries dues en grande partie aux difficultés financières de la PNA et aux contraintes qui pèsent sur celle-ci. Ces contraintes sont liées à son fonctionnement administratif, à son organisation et à la nature de son activité. L'exécution des dépenses de la PNA se fait selon la procédure des bons d'engagements, liquidation et paiement pour ses différents fournisseurs et créanciers. La PNA, service public rattaché au ministère de la Santé, fonctionne selon les règles rigoureuses mais lentes de l'administration; cette lenteur affecte son système d'approvisionnement mis au compte des procédures d'acquisition imposées au secteur public avec de régulières ruptures de stock; des paiements hors délais contractuels qui rendent la PNA tributaire de ces fournisseurs qui lui accordent des crédits longues-durées et en majorant leur prix de vente du coût des financements. Malgré les efforts récents de paiement de sa dette, la PNA traîne encore des arriérés de paiements qui remontent d'avant 1986. Le désistement de certains fournisseurs du fait de ces anomalies a réduit les possibilités de la PNA de recourir à une concurrence plus large pour son approvisionnement.

8. Les procédures d'achat utilisées font peu appel à la concurrence, cependant elles ont gagné en efficacité en raison de l'amélioration du paiement des fournisseurs. Pour les médicaments génériques qu'elle fabrique, la SIPOA est le fournisseur exclusif de la PNA (en vertu d'une convention passée avec l'Etat), ce qui représente le marché le plus important de la PNA (44%). En ce qui concerne les autres produits, les appels à la concurrence sont diffusés pour une consultation des fournisseurs, ce qui permet une comparaison des offres destinées à orienter le choix des fournisseurs. Pour des produits

à fournisseurs exclusifs, des marchés directs de gré à gré sont passés (ce qui représente la plupart des produits qui ne sont pas traités sous Dénomination Commune Internationale (DCI), et sont achetés sous nom de marque).

9. En ce qui concerne les prix d'achat, la comparaison des prix de quelques médicaments essentiels (1988) obtenus par contrat de gré à gré avec ceux obtenus sur appel d'offre par un pays voisin fait apparaître des différences allant de 30 à 150% (ex. Diazepam, chloroquine, mébendazole, gentamycine, phénobarbital, métronidazole, isoniazide, etc.). On peut donc s'attendre à réaliser des économies significatives par l'application d'une politique d'acquisition plus appropriée.

10. Malgré la disponibilité de moyen de stockage, le système reste peu efficace. Le nombre de références (environ 830 références codées) et la multiplicité des produits en stock obsolète est un facteur de dispersion qui ne simplifie pas le suivi et la gestion des produits.

11. Pour la distribution des médicaments aux formations sanitaires, la PNA fonctionne selon plusieurs circuits financiers et administratifs ceci pour différents services du secteur de la santé et les autres services de l'Etat comme les lycées et l'armée. Ces différents circuits se traduisent par des procédures et des contrôles divers pour chacun, ce qui complique de manière tout à fait inutile. Le circuit de paiements effectués par les comités de santé est plus direct mais ces recettes échappent à la PNA au profit du trésor public; ainsi on ne parvient pas à recycler ses ressources dans l'achat de médicaments.

12. Enfin les effectifs ne sont pas stables, il existe un problème aigu de motivation pour les pharmaciens qui ne restent pas dans le secteur public.

13. Par ailleurs, le secteur privé, malgré son dynamisme, en couvrant 94% du marché des médicaments, ne s'intéresse pas encore aux médicaments sous forme générique qui répond aux besoins de la majorité de la population à faible revenu. Les pharmacies et dépôts restent concentrés en milieu urbain et les médicaments sont peu accessibles en zone rurale par ce réseau.

14. Le Gouvernement a adopté en septembre 1989 une politique nationale de santé qui accorde la priorité aux soins de santé primaires. Cette politique consacre une place importante à la promotion de médicaments essentiels feront l'objet d'une liste officielle adoptée par l'Etat sous forme d'arrêté et acceptable par l'IDA. Aussi est-il prévu le renforcement de leur système d'approvisionnement et de distribution. C'est dans ce contexte que se situe la réforme de la PNA.

III. Objectifs et stratégie de la réforme de la PNA

A. Objectifs et contexte de la réforme

15. L'analyse de la situation a mis en évidence la défaillance des systèmes actuels à assurer une accessibilité suffisante de la majorité de la population aux médicaments. Cela se traduit par une couverture pharmaceutique limitée et une situation de pénurie au sein des formations sanitaires publiques.

16. La réforme de la PNA procède de la stratégie globale de promouvoir une grande utilisation et une constante disponibilité de ME. Elle s'accompagnera donc de la formation des prescripteurs à l'usage des ME et d'une vaste campagne auprès des prescripteurs et du public. La mise en place de pharmacies de districts et leur gestion améliorée dans le cadre des programmes de

renforcement des districts (cf. Annexe 3-4) constitueront un appoint à la réforme.

17. La PNA en tant que structure publique doit assurer l'approvisionnement du secteur sanitaire public en médicaments et produits essentiels (PE) correspondants aux listes nationales, de manière régulières et fiables et à moindre coût, en s'adaptant à une demande évolutive des différentes formations sanitaires. Pour cette raison, la PNA doit parvenir à une autonomie d'actions lui permettant de fonctionner comme un grossiste répartiteur conforme à son activité commerciale d'achat et de distribution de ME, mais cohérent avec ses objectifs sociaux et non lucratifs. Elle doit concilier les impératifs de gestion privée et les devoirs de sa mission d'intérêt général. Son activité se limitera aux ME et PE dont elle n'aura cependant pas l'exclusivité (le secteur privé pourra distribuer ces produits). Elle aura libre accès au marché international en faisant jouer la concurrence nationale.

18. Ses moyens de fonctionnement seront financés grâce à l'application d'une marge forfaitaire, pour un premier temps, sur le prix d'achat et qui lui assure au moins la couverture de ses coûts d'acquisition, de stockage et de distribution. Ce principe conduira pour le cas des formations sanitaires publiques à budgétiser des crédits évaluatifs pour chaque exercice en tenant compte de cette marge. La PNA tiendra des comptes séparés pour chaque client important et chaque district pour suivre la consommation des crédits alloués à chaque formation. Au delà du réseau de la PNA, la logistique et la gestion du médicament reviendra aux clients concernés.

19. Quant au secteur privé, il pourrait servir de support à la distribution de médicaments essentiels, à condition qu'il soit incité à le faire et qu'il y trouve son intérêt. En effet l'achat au niveau international à des prix compétitifs de médicaments génériques est en "contradiction" avec le mécanisme de fixation des prix de vente qui tend à favoriser l'achat du médicament le plus cher (cf. para 2).

20. A l'heure actuelle, et selon une logique commerciale, le secteur privé vend principalement des produits de marque plus onéreux que les médicaments génériques et donc plus rémunérateurs puisque le système de rémunération est lié à la marge. On pourrait imaginer que, dans le cadre de la politique de médicaments essentiels, les grossistes importent des médicaments génériques dont le prix d'achat est beaucoup plus faible que les produits de marques équivalents. Mais si on maintient une rémunération liée à une marge en %, les pharmacies et les grossistes ne seront pas incités à distribuer des ME moins rémunérateurs à marge égale et d'autant plus si elle est diminuée. Il faudrait donc proposer un système de rémunération qui assure un revenu égal par ME en valeur absolue aux produits de marque équivalents et qui aboutit à un prix public de vente moins élevé. On peut donc envisager un système de fixation des prix différents qui, conformément aux objectifs lucratifs du secteur, favorise davantage la distribution de médicaments génériques, moins chers pour le consommateur, tout en répondant à l'intérêt recherché par les distributeurs. Cependant, il existe des limites, voire des obstacles, à ce type de solution liés principalement :

- au problème éthique que soulève l'application de marges deux fois plus importantes sur les médicaments essentiels que sur les autres produits au nom d'un objectif strictement commercial;
- à l'implantation géographique directement liée à la rentabilité et au pouvoir d'achat, ce qui réduit la disponibilité;
- à la pression des laboratoires fournisseurs sur les prescripteurs et les grossistes

importateurs. La puissance marketing des laboratoires de produits de marque est en effet très supérieure à celle des fournisseurs de génériques de taille en général plus petite ;

- à l'absence de régulation par le consommateur qui n'intervient pas directement sur la demande (d'où le poids des prescripteurs); il n'y a pas en fait de concurrence réelle.

21. Compte tenu de ces éléments et de la difficulté de mettre en place des contrôles qui soient réellement efficaces, il y a un risque réel de dérive par rapport à une politique de ME. Et contrairement à d'autres biens de consommation et aux lois habituelles du marché, la libéralisation du marché des médicaments et le développement de la concurrence n'entraînent pas une baisse des prix pour le consommateur. Il sera mené dans le cadre du PDRH (Population et Santé) une étude sur la stratégie à long terme de la distribution de Médicaments essentiels, qui examinera toutes les voies possibles d'approvisionnement des formations sanitaires en ME/PE y compris par le secteur privé.

B. Réforme de la PNA

22. La réforme de la PNA vise à créer les conditions lui permettant d'avoir une souplesse d'intervention par la mise en oeuvre des mesures et actions identifiées ci-dessus. Une vision du rôle particulier que doit jouer la PNA à long terme dans une stratégie globale de promotion de ME demande une réflexion encore plus approfondie. Pour cela, la PNA sera maintenue, pour une phase transitoire d'au moins trois ans, comme service administratif de l'Etat avec une relative autonomie de fonctionnement.

23. Les conditions pour garantir cette autonomie sont essentiellement de trois ordres :

- l'accès immédiat et régulier aux fonds budgétaires alloués à l'achat de ME par l'aménagement des modalités et procédures de paiement en vigueur;
- l'accroissement et la diversification des ressources en dehors de l'Etat;
- la mise en place d'une structure fonctionnant de façon performante et adaptée à la mission de la PNA par la modification des procédures d'acquisition des médicaments et la restructuration interne de la PNA.

24. Pour permettre l'accès facile aux fonds, réduire les délais de paiement et améliorer les conditions d'approvisionnement de la PNA par une plus grande participation de fournisseurs, il sera ouvert deux comptes bancaires: l'un recevra les fonds destinés aux formations sanitaires et sera alimenté pour un montant initial de 350 millions de FCFA; pour le réapprovisionner, la PNA soumettra au Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (MEFP) au moins tous les trois mois les pièces justificatives pour les paiements effectués, le MEFP s'engageant à réapprovisionner ce compte au maximum un mois après le dépôt de ces pièces justificatives. Le second recevra directement les recettes provenant de la participation des comités de santé et autres clients hors Etat.

25. La séparation de ces comptes procède du souci de conserver au niveau de la PNA les ressources nées de la participation des populations et permettre ainsi d'apprécier leur évolution. Le Directeur de la PNA sera l'administrateur des crédits chargé d'engager les dépenses selon le plan annuel d'utilisation arrêté dans le programme de la PNA; et les fonctions d'ordonnateur des paiements resteront

dévolues au MEFP.

26. Il a été accordé à la PNA une dérogation aux procédures de passation de marchés publics pour les années 1991-94. Des procédures d'achat de ME seront basées sur la constitution d'une commission spéciale de marchés du médicament composée de représentants désignés du MSPAS et du MEFP, faisant recours à (i) des conditions de présélection des soumissionnaires autorisés à participer aux appels d'offres et de publication des offres en utilisant la dénomination commune internationale (DCI) pour les ME; et (ii) aux critères techniques et financiers de choix de fournisseurs et selon les délais habituellement requis en matière d'appel à la concurrence internationale. Des procédures de passation des marchés sont recommandées à l'Appendice B; le Gouvernement doit les finaliser en accord avec l'IDA avant la première requête de déboursement pour des médicaments sur le crédit IDA.

27. La dette de la PNA d'avant 1986, d'un montant de 365 millions de FCFA, sera apurée durant les exercices budgétaires 1990/91 et 1991/92. Les mesures suivantes de restructuration interne de la PNA sont arrêtées:

- (a) Un texte réglementaire sera pris, rattachant la PNA au cabinet du Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale; les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) relèveront hiérarchiquement de la PNA de façon à recentrer leur rôle de succursale pour cette dernière, plutôt que de dépendre de l'autorité sanitaire régionale qui peut être tentée de leur assigner des activités en dehors de la mission de la PNA. L'organigramme de la PNA sera adapté à ses nouvelles fonctions de management, d'achat, de stockage, de distribution, clients et de contrôle de gestion. L'organisation de ses activités et les procédures décrites par l'étude figurent en Appendice A. Les effectifs seront quantitativement et qualitativement ajustés dans le cadre du Plan de redéploiement du personnel du Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale. Le projet recrutera à titre exceptionnel, le personnel dont le profil ne sera pas trouvé suite à ce redéploiement tel que le contrôleur de gestion et les pharmaciens manquants.
- (b) Une comptabilité commerciale, conformément au plan comptable en vigueur au Sénégal, sera mise en place en liaison avec la comptabilité budgétaire. Il sera élaboré un guide de procédure de fonctionnement dont la mise en oeuvre embrassera toutes les fonctions de la PNA et sera conçu de manière évolutive pour s'adapter à son activité. Ces deux mesures seront réalisées avec l'aide d'assistances techniques spécialisées chargées d'aider à la conception et à l'exécution par un processus interactif et une formation in situ destinés à l'appropriation par le personnel de la PNA de ces nouveaux outils. Il est par ailleurs prévu l'informatisation de ces procédures.
- (c) Le stock de médicaments périmés de la PNA sera réformé et le stock restant ajusté pour le rendre conforme aux listes de ME et PE dès la première année du programme et l'adapter progressivement à la demande des formations sanitaires. Les coûts nés des prestations offertes par la PNA dans la gestion des dons et programmes spécifiques seront supportés par les structures ayant initié ces activités. Pour les spécialités des hôpitaux, la PNA fera des commandes spécifiques et séparées des ME et la gestion de ces stocks sera assurée par les hôpitaux mêmes.

IV. Conditionnalités, calendrier et indicateur de réalisation
(voir tableaux ci-joints)

28. La PNA, par la mise en oeuvre des mesures de restructuration identifiée ci-dessus afin d'atteindre les objectifs visés (cf. para. 17) doit durant la période que couvre le programme parvenir à la situation suivante:

échapper au déficit de trésorerie que lui impose l'Etat et disposer d'une trésorerie autonome qui évoluera selon les estimations des recettes et dépenses présentées au Tableau 2 en annexe. Cette évolution favorable sera rendue possible d'une part par la prise en charge par le projet du financement du stock initial de médicament pour la PNA et les formations sanitaires et d'autre part du développement de la participation des populations à la prise en charge d'une partie du coût des médicaments. Cette participation de l'ordre de 20% en 1989 pourrait atteindre 45% des recettes de la PNA en 1993 et 52% en 1994 et 58% à la fin du programme.

Cependant, la viabilité financière de la PNA restera tributaire du niveau de prix de vente du médicament. En l'absence de données comptables fiables sur les coûts d'exploitation de la PNA due au défaut d'un système comptable analytique et commercial, il n'est pas possible de disposer d'une politique de prix basée sur une structure tarifaire élaborée à partir des données comptables même si la PNA ne prend pas en charge tous les coûts du fait encore de son statut de service administratif. En attendant de mener dans le cadre du programme une étude sur le recouvrement des coûts et les taux de marge applicable au médicament, il a été retenu d'appliquer une marge forfaitaire de 5% sur les prix d'achat des médicaments; suite à une analyse préliminaire, cette marge ne couvrira que les frais d'acquisition des médicaments. Le budget de l'Etat continuera à supporter pour la période transitoire de restructuration, les frais de personnel, de gestion (eau, électricité, téléphone) et de transport pour un montant annuel moyen de 40 millions FCFA (cf. Tableau 4).

29. La PNA doit parvenir au cours du programme à couvrir progressivement ces charges pour l'instant supportées par le budget tout en équilibrant ses recettes et ses charges d'exploitation. Selon les hypothèses d'évolution des recettes et les charges d'exploitation retenues dans la limite des prévisions budgétaires, le compte d'exploitation dégagera un résultat positif à partir de la troisième année du programme et restera équilibré les années suivantes.

30. Toutefois, à cet horizon une modification du statut de la PNA vers une autonomie conduirait à une variation de charges à la hausse dont la couverture dépendra du niveau de tarif à adopter suite à l'étude sur le recouvrement des coûts. Une évaluation au bout de la 3e année est nécessaire pour apprécier l'impact des mesures préconisées et proposer des correctifs si nécessaires pour atteindre les objectifs de restructuration de la PNA.

31. Le tableau ci-après constitue les actions à mettre en oeuvre avant l'entrée en vigueur du projet et durant la première année d'exécution. Ces actions seront confortées au fur et à mesure que la PNA atteindra sa montée en puissance, sur la période du programme. Tout au long de cette mise en oeuvre dans le cadre du suivi et de l'évaluation du PDRH (cf. Annexe 4-4) les points suivants seront revus pour apprécier les conditions de succès de la réforme de la PNA:

les conditions d'établissement et de mise à jour de la liste des

- soumissionnaires pré-sélectionnés
- les niveaux de prix obtenus pour chaque ME en DCI comparés à des prix normatifs suggérés par des agences internationales gérées par l'OMS et l'UNICEF
- le niveau des inscriptions budgétaires pour l'achat de ME
- le rythme et le délai d'alimentation du compte bancaire recevant les crédits budgétaires
- l'évolution des recettes de la participation
- le rythme et les délais d'approvisionnement de la PNA, le niveau des stocks en quantité et valeur et la consommation
- le délai de paiements des fournisseurs
- le respect de la formule d'approvisionnement du CHU et des hôpitaux en ce qui concerne les spécialités
- la liste des achats et l'inventaire des stocks conformes aux ME et PE
- les cas de pénurie de stocks
- le fonctionnement des structures mise en place selon les nouvelles procédures
- le degré de respect des procédures comptables et de fonctionnement
- la production annuelle des comptes de l'exercice trois mois après l'exercice budgétaire.

Le Directeur de la PNA est chargé de l'exécution de ces actions et assurera leur coordination avec l'unité d'administration du PDRH et les autres volets de la composante santé.

V. Contenu et résumé des coûts

32. Le projet financera principalement le stock initial de ME tant au niveau des districts que pour l'ajustement du stock existant au niveau de la PNA. Il sera fait appel aux services de spécialistes pour la mise en place des outils de gestion, la formation du personnel. Enfin, il sera procédé à de légers travaux d'aménagements et d'équipements des locaux et des études complémentaires portant sur le recouvrement des coûts et une stratégie à long terme de distribution de ME au Sénégal. Le coût total de la composante non compris la formation des prescripteurs et les campagnes d'information et les études sur le développement d'une stratégie à long terme est de 1.119 millions de FCFA dont 875 millions destinés à l'acquisition de ME et 101,8 millions de coûts récurrents.

TABLE 1:
COUT DES INVESTISSEMENTS ET DE FONCTIONNEMENT (EN 000 FCFA)

ANNEXE 3-9
Page 9 sur 10

INVESTISSEMENTS	1991	1992	1993	1994	1995
Genie civil	21,654	21,655	0	0	0
Mobilier	0	2,808	0	0	0
Equipement	12,365	12,365	0	0	0
Services specialistes	24,108	24,108	24,108	0	0
Formation	9,100	9,100	0	0	0
Stock initial medica- ments	200,000	600,000	0	0	0
TOTAL Investissement	267,227	670,036	24,108	0	0
FONCTIONNEMENT					
Couts recourants (lies aux investissements pour le projet)	25,122	25,122	25,122	25,122	25,122
Achat de medicaments	771,000	427,000	1,045,000	1,191,000	1,285,000
Personnel	33,800	36,252	38,700	41,503	44,408
Frais de gestion	2,050	2,152	2,200	2,373	2,492
Amortissement	22,000	22,000	22,000	22,000	22,000
Transport	1,600	1,600	1,604	1,604	1,604
TOTAL Fonctionnement	856,252	514,006	1,135,446	1,284,282	1,381,306
TOTAL GENERAL	1,123,479	1,184,002	1,159,554	1,284,282	1,381,306

TABLE 2:
SOURCES ET UTILISATIONS DES FONDS (EN MILLIONS FCFA)

	1991	1992	1993	1994	1995
SOURCES					
Budget Etat	720	684	650	617	587
Participation popula- tion	306	360	541	668	802
Financement exterieur	282	695	49	0	0
TOTAL	1,318	1,739	1,240	1,285	1,389
UTILISATION					
Investissement	267	670	24	1,284	1,381
Fonctionnement	856	514	1,135	1,284	1,381
TOTAL	1,123	1,184	1,159		
Solde	(195)	(654)	(80)	(718)	(769)
Solde cumule	195	749	830	830	830

TABLE 3:
EVOLUTION DES RECETTES (EN MILLIONS FCFA)

	1991	1992	1993	1994	1995
Formations sanitaires	720	684	650	617	587
Participation	306	360	541	668	802
TOTAL	1,026	1,044	1,191	1,285	1,389

Source: Etude Gestion et Organisation PNA. CREDES, mars 1990.

TABLE 4:
CONTRIBUTION BUDGETAIRE DE L'ETAT (HORS ACHAT MEDICAMENTS ET AMORTISSEMENT)
(EN MILLIONS FCFA)

	1991	1992	1993	1994	1995
Personnel	33.9	36.3	38.8	41.5	44.4
Frais de gestion	2.0	2.2	2.3	2.4	2.6
Transport	1.6	1.7	1.7	1.8	1.8
TOTAL	37.5	40.2	42.8	45.7	48.7

TABLE 5:
COMPTE D'EXPLOITATION SIMPLIFIE (EN MILLIONS FCFA)

	1991	1992	1993	1994	1995
Recettes	1,026	1,044	1,191	1,285	1,389
Achat ME (1)	971	1,027	1,045	1,191	1,285
Frais de gestion	62.6	65.3	67.9	70.8	73.8
Amortissement	22.6	22.6	22.6	22.6	22.6
Resultat	30.2	70.9	56.5	0.6	7.6

(1) Y compris les frais variables d'importations.

APPENDICE A

Organisation des principales activités de la PNA ^{1/}

1. Le fonctionnement de la PNA doit s'appuyer sur la simplification et la rationalisation des procédures, et sur l'utilisation de documents appropriés dans l'objectif d'une efficacité maximale.

1. **Les procédures d'achats**

2. La fonction d'acquisition est primordiale, son efficacité est fonction de plusieurs éléments:

i) la centralisation d'un nombre limité de ME et PE correspondant aux besoins (et à la demande),

ii) la connaissance du marché international,

iii) la capacité de payer les fournisseurs.

(a) **Définition des besoins**

3. La première étape consiste à quantifier les besoins sur la base des nomenclatures de référence (issues des listes de ME et PE) en fonction des éléments suivants: les données de consommation, les paramètres d'approvisionnement, les niveaux de stocks et l'expression des besoins des clients. Un système de collecte de ces données sera progressivement mis en place (y compris au niveau des PRA) et l'exploitation de ces données pourra être informatisée à la PNA.

4. Ce travail aboutira à l'établissement d'une liste de prévision à partir de laquelle se feront les achats et sera programmé un plan d'approvisionnement.

(b) **Acquisition**

5. Pour mieux orienter les achats sur le marché international il sera nécessaire d'établir un système de recensement et de mise à jour d'informations commerciales concernant : les produits en générique, les producteurs/fournisseurs de génériques, les tendances du marché international, les indices de prix, etc.

6. Les techniques d'achat devront faire intervenir la concurrence et utiliseront des procédures spéciales d'appels d'offres internationaux ou restreints selon les produits (**voir Appendice B pour les procédures recommandées** qui devront être finalisées avant déboursement des fonds prévus par le crédit pour des achats de médicaments). Cela inclut la présélection des soumissionnaires, l'utilisation des DCI (dénomination commune internationale), et l'achat de génériques. Par ces procédures une économie

^{1/} Extrait étude d'organisation CREDES.

ANNEXE 3-9
Appendice, Page 2

substantielle (de l'ordre de 30%) pourra être réalisée par rapport aux achats actuels.

7. La nature spécifique des produits pharmaceutiques impliquera la rédaction d'un cahier des chargés spécifiques dont les clauses devront être définies en vue de garantir une qualité conforme aux normes usuelles pharmaceutiques (identification des fournisseurs, péremption dénomination, qualité pharmaceutique...).

8. Le recours au système de certification de l'OMS doit être utilisé pour permettre la sélection des soumissionnaires et l'achat de générique, en attendant que le Laboratoire National de contrôle puisse prendre le relais en ce qui concerne certains aspects du contrôle de qualité.

(c) **Approvisionnement**

9. Les commandes seront planifiées selon une périodicité établie en fonction des délais d'approvisionnement et des niveaux de stock. Contrairement au fonctionnement actuel de type centrale d'achat, la PNA approvisionnera les clients à partir d'un stock, ce qui suppose la détention et la gestion d'un stock permanent suffisant pour répondre à la demande.

10. Le suivi de toutes les procédures administratives liées aux approvisionnements et aux livraisons (importation, dédouanement, transit, etc..) est indispensable pour raccourcir les délais d'exécution.

(d) **Modalité de paiement**

11. Il est primordial de pouvoir assurer vis-à-vis des fournisseurs des garanties de paiement dans des délais acceptables, sous peine de perdre la confiance des fournisseurs et de connaître les mêmes difficultés que par le passé. Dans ce contexte, le MEFP a accepté de garantir le réapprovisionnement du compte bancaire de la PNA au maximum 1 mois après la soumission par la PNA des pièces justificatives.

12. Pour cela, il est prévu que la trésorerie soit un élément de base de contrôle de gestion.

2. **Gestion physique des stocks**

13. L'organisation des magasins de la PNA devra être révisée afin d'améliorer les conditions de stockage, d'optimiser la rotation des stocks (règle FIFO) et de suivre le niveau des stocks grâce à une gestion physique et comptable rigoureuse. En particulier les stocks périmés seront réformés et une méthode de rangement plus rationnelle sera adoptée.

14. L'organisation devra permettre en outre une circulation logique des flux (circuit d'entrée et de sortie des produits), et un déroulement fonctionnel des opérations (zone de préparation, zone de vérification, zone de conditionnement, etc.).

15. Un modèle de gestion sera généralisé sur la base de méthode classique (codification, fiches de stocks, etc) et un système informatique d'exploitation simple sera installé utilisant les ordinateurs existant à la PNA en attendant l'acquisition d'unités supplémentaires fournies par le projet pour l'informatisation intégrale des différentes fonctions de la PNA. L'ensemble des procédures et des

documents correspondants sera mis au point et rédigé par écrit.

16. Par ailleurs les conditions de surveillance et de sécurité des magasins devront être renforcées.

17. Les mêmes règles d'organisation seront appliquées aux PRA.

3. Procédures de distribution

18. Cette activité sera organisée en fonction de la demande des clients. Les commandes seront exprimées sur des documents préimprimés, traitées par le département client et préparées au niveau des magasins selon un planning et une périodicité établie en accord avec le client.

19. La logistique de livraison dépendra des systèmes retenus, et des moyens seront prévus pour conditionner les commandes préparées dans les magasins.

20. Des documents appropriés devront être mis au point (bordereau de commande, de préparation, de livraison, de facturation) à l'aide des moyens informatiques disponibles. Ceci afin de simplifier les procédures actuelles et dans un souci d'efficacité et de fiabilité maximum.

PHARMACIE NATIONALE D'APPROVISIONNEMENT

Mesures/Activites	Actions a prendre	Responsables	Echeances	Conditionalite	Indicateur de realisation
1. Mesures d'aménagement des procédures de paiement et réduction des délais et sauvegarde trésorerie de la PNA	Ouverture d'un compte bancaire sur la caisse d'avance	MEF	Novembre 1990	Negociation	Ouverture compte et son alimentation
	Fonctionnement régulier de la caisse et du compte	MEF	Durée du projet	Deboursement des fonds de la composante pendant toute la durée du projet	
	Création d'un deuxième compte bancaire pour les recettes provenant des comités de santé	MEF	Novembre 1990	Negociation	Evolution recettes participation
2. Plan d'apurement dette PNA (365 millions FCFA)	Paiement des 200 millions engagés au titre de gestion 1989/90	MEF	Novembre 1990	Confirmation paiement des 200 millions durant les négociations	Règlement effectif des 200 millions
	Confirmation ouverture de crédit pour exercice 1990/91 et 1991/92	MEF	Juin 1990 Juin 1991	Negociation	Obtention dérogation
3. Dérogation aux procédures de passation des marchés	Obtention dérogation pour 3 ans aux procédures de marchés publics pour les médicaments	CNCA	Novembre 1990	Negociation	
	Création de la commission ad hoc	MSPA	Novembre 1990	Negociation	Constitution commission
4. Procédures de passation des marchés de médicaments	Système de préqualification des soumissionnaires	PNA CNCA Consultant	1ère année du projet	Acceptable à l'IDA avant la première requête de paiements sur crédit IDA	Publication des procédures
	Utilisation de la dénomination commune internationale				
	Vérification des envois au point de fabrication				
	Autres procédures				
5. Liste sociale	Réduction	MSPAS	Décembre 1990	Negociation	
6. Texte portant sur l'organisation de la PNA et des PRA	Publication du texte	MSPAS	Décembre 1990	Negociation	Texte réglementaire

(page 2)

7. Readaptation de personnel a l'organigramme	Proposition de redploiement et de recrutement	PNA	Octobre 1990		
	Mise en place du personnel	PNA	Octobre 1990		Mise en place du personnel selon organigramme
8. Mise en place des outils de gestion	Definir le cadre comptable et proceder a la mise en place	PNA et Cabinet comptable	Demarrage Octobre 1990 et poursuite durant les 2 annees du projet		Production des comptes
	Elaboration du guide de procedure de fonctionnement et mise en place	PNA et Assistance technique (AT)	Demarrage AT octobre 1991		Production manuel de fonctionnement des procedures (2e semestre 1991)
	Informatisation	PNA et AT	Demarrage etude debut 1991 Mise en place du materiel 2e semestre 1991		
9. Reforme du stock	Recensement Classification Traitement Execution	MSPAS/MEF	Execute avant fevrier 1991		Disparition des stocks perimes
10. Ajustement qualitatif du stock	Rendre le stock conforme aux ME et PE	PNA	1ere annee du projet		Liste des achats et inventaires des stocks
11. Ajustement quantitatif du stock	Modalite de mise a disposition du stock a la peripherie par les differents bailleurs de fonds (Suisse, USAID)	MSPAS/PNA	A partir de juillet 1991 pour la 1ere annee du projet		Niveau des stocks a la PNA
	Injection progressive selon besoins supplementaires et evolution consommation		Demarrage juillet 1991		
12. Etudes architecturales	Execution etude	Specialiste Architecture (PNA)	Avant Juin 1991		Resultat de l'etude
13. Formation	Plan de formation a definir	PNA	Octobre 1990		
	Mise en oeuvre	PNA/AT	Demarrage Novembre 1990		Organisation des seminaires et nombre de seances

Pharmacie nationale d'approvisionnement

(page 3)

14. Etude sur la strategie a long terme de distribution de medicaments au Senegal	Etude	Consultant	3e annee du projet		Rapport d'etude
15. Etude sur le recouvrement des couts et efficacite des PRA	Etude	Consultant	3e annee du projet	Decision sur role futur des PRA	Rapport d'etude
16. Evaluation	Revue de toutes les actions et mesures	MSPAS/ Consultant	3e annee du projet	Possibilite de reorientation des actions	Rapport d'evaluation

B:PNA.WK1
(annexes2)
3-1-91

APPENDICE B

Procédures recommandées pour la passation des marchés de médicaments essentiels

1. La passation des marchés pour les médicaments essentiels est un peu plus complexe que celle des autres biens et services financés par le Projet, car des critères spécifiques pour garantir la conformité des médicaments fournis aux impératifs de qualité doivent être définis et maintenus tout au long du processus de sélection, d'achat et de réception des commandes. Les procédures qui sont recommandées dans cette annexe devront être conformes aux recommandations de l'OMS et aux Directives de l'IDA pour les passations des marchés faisant appel à la concurrence internationale et seront donc finalisées avec leur assistance. Les deux éléments importants de ces procédures sont: (i) l'établissement et la mise à jour d'une liste unique de pré-sélection de "fournisseurs" en médicaments essentiels; et (ii) l'utilisation de spécifications des médicaments en dénomination commune internationale.

2. Sélection des fournisseurs. Elle comprend deux phases: la pré-sélection des fournisseurs et le suivi en continu de leurs performances. L'exécution rigoureuse de ces deux phases est la meilleure garantie d'établir un système efficace de contrôle de qualité dans le contexte du Sénégal. La sélection sera limitée aux producteurs primaires de médicaments puisque le principal critère de qualité sera la conformité avec laquelle ce producteur respecte les "Bonnes Pratiques Industrielles" telles qu'elles sont définies par l'OMS -- Good Practices in Manufacturing and Quality Control of Drugs, in Official Records of the WHO, No. 226, Annex 12, 1975. Un distributeur quelconque ne sera autorisé à soumissionner à un appel d'offres de médicaments que s'il est explicitement autorisé par un producteur pré-sélectionné à le faire; l'autre possibilité est pour un distributeur qui a déjà obtenu l'autorisation de mise sur le marché au Sénégal pour un produit ayant les spécifications requises.

3. La tâche de procéder à cette pré-sélection est délicate, puisqu'il y a au moins 300 producteurs primaires qui peuvent demander cette pré-sélection; il faudra donc obtenir la documentation nécessaire d'une troisième partie indépendante habilitée; en accord avec l'OMS et dépendant du pays concerné, il pourra s'agir, soit l'agence de contrôle du pays du producteur, soit une agence internationale. Cette sélection implique, au moins, les critères suivants de sélection: un nombre minimum d'années (cinq ans en général) à fabriquer un médicament spécifié dans une forme et un dosage fixés, un certificat de bonne pratique de moins de deux ans certifié par l'OMS, des copies certifiées de commandes récentes de médicaments essentiels à des pays non industrialisés et aux conditions climatiques similaires à celle du Sénégal, et des documents financiers certifiés ou "audités". Périodiquement, tous les 2 ans sans doute, on procédera à la révision de cette liste de pré-sélection, soit en excluant ceux pour lesquels des performances non satisfaisantes sont signalées, soit pour accepter des producteurs qui soumettraient les documents pour satisfaire aux critères mentionnés. Les procédures de publicité seront finalisées en accord avec l'OMS et l'IDA.

4. Spécifications du produit et de son conditionnement. Tout médicament essentiel ne pourra faire l'objet d'un appel d'offres que s'il est sur la liste officielle promulguée par le Ministre de la santé publique. La spécification de chaque médicament essentiel fera l'objet de soins particuliers pour éviter toute ambiguïté. D'abord, on utilisera exclusivement la liste officielle des noms de médicaments selon la procédure appelée DCI en français "dénomination commune internationale" ou en anglais, "international non-proprietary name". Pour chaque produit, on indiquera le contenu et la forme du

ANNEXE 3-9
Appendice, Page 8

dosage, y compris les durées de validité basées sur une norme pharmacopéenne appropriée à chaque cas (norme étrangère en vigueur). En ce qui concerne les normes de conditionnement et de labellisation, on se conformera à celles éditées dans le document de l'OMS sur les bonnes pratiques industrielles, en y incluant certaines spécifications pour tenir compte des particularités climatiques du Sénégal.

5. **Problèmes de contrat.** Leur contenu devra être conforme à celui en usage pour les autres produits faisant l'objet d'un commerce international. Comme il s'agit de médicaments, avec chaque envoi ou "consignment" le soumissionnaire fournira le certificat de qualité donnant les résultats des différents tests obligatoires -- vérification de composition, analyse chimique, stérilité, test microbien. Certains médicaments devront être expédiés dans des conditions précises de température et stockage, et une clause spécifiera les conditions sous lesquelles un produit qui ne respecte les normes prescrites pourra être refusé.

6. **Procédures de passation des marchés.** L'adjudication des appels d'offres de médicaments pourra se faire sur base de passation pluriannuelle des marchés pour chaque médicament avec échelonnement des livraisons; cette procédure apparait à la fois plus facile pour sélectionner les offres que celle par lot de médicaments et plus efficace pour obtenir les meilleurs prix. Seuls les fournisseurs pré-sélectionnés pourront participer. Les prix soumis seront définitifs pour la première livraison et estimatifs pour les autres livraisons avec confirmation trois mois avant la date fixée pour ces livraisons. L'organisme habilité se réservera le droit d'ajuster le volume de la livraison suivante aux besoins exacts des acheteurs. Un échelonnement de ces livraisons devrait permettre de limiter le stockage et préserver la qualité des produits.

7. **Mesures pour assurer la qualité.** Tout soumissionnaire devra joindre tous les documents de contrôle de qualité avec chaque envoi. La procédure recommandée est de requérir une inspection de contrôle avant expédition. Localement, chaque envoi pourra faire l'objet de vérifications ponctuelles par sondage. Cela exigera le renforcement de la structure nationale de contrôle, et l'identification des substances qui sont le plus sensibles thérapeutiquement ou à l'environnement. Le renforcement de ces mesures implique que la méthode de remplacement de médicaments défectueux soit explicitée dans les termes des contrats d'achat, ainsi que le critère d'élimination de tout fournisseur défectueux de la liste de pré-sélection.

8. **Exceptions.** En cas d'urgence -- épidémie, désastre naturel -- les médicaments pourront être achetés en utilisant une procédure exceptionnelle. Après déclaration d'urgence par le Ministre de la santé publique, la passation en direct d'un marché est autorisée à condition de ne pas excéder la limite de 60.000 dollars EU équivalent. Les quotations devront provenir d'au moins trois fournisseurs pré-sélectionnés; les délais de livraison pourront être utilisés comme critères de sélection du soumissionnaire. Les agences de santé appartenant à l'ONU seront invitées à soumissionner.

9. **Préparation des documents.** Une condition de déboursement des fonds destinés aux médicaments sera la finalisation des procédures à utiliser et de la première liste de producteurs pré-sélectionnés. Pour ce faire, le Ministère de la Santé se fera assister d'un expert international, sélectionné en accord avec l'IDA et l'OMS, pour aider la Commission des marchés, la PNA et autres organismes habilités à se mettre d'accord sur le contenu détaillé des dossiers d'appels d'offres, les critères de pré-sélection des soumissionnaires, les critères de sélection et autres procédures de passation des marchés.

10. Etapas recommandées pour la passation d'un marché.

- (1) Consolidation, éventuellement sur base pluriannuelle, des besoins pour chaque médicament en dénomination commune internationale et transmis par les ordonnateurs habilités -- médecin-chef de district, directeur d'hôpital, distributeur agréé, etc.**
- (2) Vérification par la PNA et les services habilités de la disponibilité des fonds pour financer ces commandes.**
- (3) Consultation éventuelle avec l'IDA, l'OMS et autres bailleurs de fonds sur les procédures à utiliser si des changements sont proposés par rapport aux procédures définies dans les Accords de crédit ou précédemment utilisées.**
- (4) Mise à jour de la liste des producteurs pré-sélectionnés sur la base des critères de l'OMS.**
- (5) Contact avec les producteurs pré-sélectionnés pour les avertir de la publication de l'appel d'offres pour vendre les dossiers à ceux qui manifestent de l'intérêt à soumissionner.**
- (6) Réceptionner les offres au minimum à 45 jours de la date limite figurant sur les dossiers d'appels d'offres.**
- (7) Ouverture publique des offres à l'heure et à l'endroit fixés avec lecture à haute voix du nom du soumissionnaire et de son offre de prix et autres conditions y afférent.**
- (8) Après vérification de la conformité des documents techniques joints à l'offre, évaluation des offres pour déterminer la plus avantageuse suivant les critères et procédures qui auront été définis dans le dossier d'appels d'offres.**
- (9) Accord avec l'IDA ou autre bailleur sur le rapport d'évaluation et le choix de l'adjudicataire du ou des marchés.**
- (10) Ratification de l'adjudication par l'autorité habilitée et notification du soumissionnaire ayant fait l'offre la plus avantageuse.**
- (11) Vérification des acomptes ou lettres de crédit comme stipulés dans le dossier.**
- (12) Mise en oeuvre des mesures d'inspection et de contrôle de qualité telles que prévues dans le contrat.**
- (13) Acceptation de la commande, réception des envois sur la base de l'échelonnement défini dans le contrat, et paiement éventuel des retenues de garantie.**
- (14) Examen du déroulement de la passation du marché et comparaison entre les prix obtenus et des comparateurs internationaux de prix afin de définir des correctifs éventuels, notamment de la liste de pré-sélection (voir (4)) et à soumettre aux autorités compétentes et à l'IDA et à l'OMS; et consultation si nécessaire et conformément à la réglementation pour mettre à jour la liste officielle des médicaments essentiels à prescrire par type de structure sanitaire publique.**

REPUBLIQUE DU SENEGAL

PROJET DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Population et Santé

Le système d'organisations communautaires
participant à l'effort de santé

Révision des structures actuelles

Le système actuel d'organisations communautaires de santé (OCS)

1. La participation des populations à l'effort de santé se fait à tous les niveaux du système de santé par l'intermédiaire des comités de santé et les associations pour la santé (APS) et pour les hôpitaux (APH). Seules les associations sont codifiées par un Arrêté ministériel du 25 février 1983. Les comités et associations, qui constituent le réseau d'OCS participant à l'effort de santé, sont autonomes par rapport aux structures sanitaires publiques et ont pour objectif principal de participer à la gestion et au financement de leurs activités.
2. Au niveau des formations sanitaires peut se former un comité de santé, composé de représentants des populations desservies par une même structure sanitaire. Le comité de santé est représenté par deux bureaux, un de gestion, comprenant sept membres, et un de co-gestion. Le bureau de gestion est chargé d'exécuter les plans d'action, tandis que le bureau de co-gestion est chargé de l'exécution des actions et du budget de fonctionnement. Il existe également trois commissions, chacune ayant des fonctions administratives et financières, sanitaires et promotionnelles. Les fonds du budget du comité proviennent de deux sources différentes: les recettes tirées des tarifs prélevés sur chaque visite et les revenus obtenus des cotisations, activités rémunératrices ou des appuis financiers externes. Le Président et le trésorier du comité sont co-signataires de toutes les opérations bancaires du comité. Le Médecin-Chef de la circonscription ou l'Infirmier-Chef de Poste détient le chéquier, et coordonne et adapte les plans d'action du comité à la politique définie par le Ministère de la santé.
3. Au niveau de la circonscription médicale (correspondant au niveau administratif du département), l'organe de participation est l'APS, représentée par une assemblée générale élue par les comités de santé. L'APS est seule reconnue par le Ministère de l'Intérieur comme l'organe officiel chargé de la tutelle des comités de santé. En tant que telle, elle peut créer ou dissoudre un comité et possède un pouvoir de décision sur celui-ci dans les domaines de l'information, formation, éducation, évaluation et supervision. A l'instar du comité, l'APS comprend un bureau de gestion (élu par son assemblée générale tous les deux ans), un de co-gestion et trois commissions, avec des attributions identiques. Le budget de fonctionnement de l'APS est alimenté par un versement mensuel de 7% des recettes de chaque comité qui peuvent également couvrir les dépenses des comités si besoin est.
4. Au niveau des hôpitaux se sont formées récemment des APH dont la composition, le fonctionnement, et les attributions des responsables sont semblables à ceux des comités de santé, adaptés aux besoins spécifiques de l'hôpital.

5. Les OCS ont joué un rôle important dans la gestion financière des recettes dans un contexte de raréfaction des ressources budgétaires, ces recettes représentant la principale source de financement pour l'achat des médicaments dans les postes et centres de santé. Néanmoins, une enquête nationale, menée par le MSPAS pour la préparation du projet, a confirmé un certain nombre de faiblesses dans leur fonctionnement. Ces faiblesses, qui ont contribué à décroître la participation des communautés à l'effort de santé publique provoquant un plafonnement des fonds mobilisés, concerneraient:

- (a) le fait que seule une APS a une existence légale et possède une tutelle sur les comités au niveau des postes. Cette tutelle confère à l'APS un tel pouvoir de décision sur les communautés se sont senties exclues des activités et s'en sont donc progressivement désintéressées.
- (b) l'impression que les APS et APH ont été prises en main par des notables, les conditions de ré-élections et de vérification de gestion étant imprécises dans l'arrêté ministériel. Les associations ont alors été perçues comme servant des intérêts particuliers.
- (c) l'absence de contrôle externe des fonds collectés, et par conséquent souvent thésaurisés, avec une faible priorité donnée aux besoins des centres, tels que les médicaments.
- (d) la faible participation du personnel de santé dans la définition des activités des OCS.

6. Pour promouvoir la participation des communautés à l'amélioration de leurs conditions sanitaires et la décentralisation de la gestion des structures de santé publique qui les concernent, et renforcer les moyens de contrôle sur les activités des OCS, le Gouvernement a décidé de modifier les principes (statut, représentativité, rôle et fonctions) qui ont guidé la création des OCS et le système légal et réglementaire existant. De nouveaux principes, exposés ci-après, ont été adoptés par le MSPAS, après consultation avec des personnalités nationales et les principaux donateurs concernés, y compris l'IDA. Ces principes ont maintenant été transcrits dans le système légal et réglementaire, discutés avec l'IDA, et soumis aux autorités concernées pour approbation définitive et publication officielle (conditions de mise en vigueur du projet), permettant ainsi la prise d'un certain nombre de mesures légales et réglementaires qui régiront le réseau des OCS (para. 14).

7. La restructuration du système d'OCS touchera principalement le comité de santé pour lui donner un statut légal, une autonomie financière et de gestion, les règles de contrôle, clairement spécifiées, et la gestion financière, établie de telle sorte pour donner priorité aux besoins des infrastructures sanitaires. Dans le programme, cette restructuration ne concerne pas les APH dont le statut, semblable dans les textes officiels à celui des autres comités de santé ne devrait néanmoins être mis en oeuvre qu'une fois achevée l'étude sur le fonctionnement des hôpitaux régionaux et du CHU prévue par le MSPAS.

Organisation d'un réseau d'associations restructuré

8. Un comité de santé se compose d'une assemblée générale et des organes d'exécution. Les membres de l'assemblée générale sont: (a) pour un poste de santé rurale, tous les chefs de carré de villages ou leurs représentants, et les représentants des groupements de femmes et des associations de jeunes; (b) pour un poste de santé urbain, tous les délégués de quartiers, et les représentants des groupements de femmes et des associations de jeunes; et (c) pour un centre de santé, les représentants des comités de poste (qui dépendent du centre pour la référence) et du comité des riverains du centre.

Les organes d'exécution sont le bureau, le sous-comité chargé de la co-gestion avec les responsables des formations sanitaires, le sous-comité chargé des actions sanitaires, et le sous-comité chargé du contrôle.

9. L'assemblée générale sera responsable d'approuver le programme d'action, les tarifs et conditions de participation ou d'accès aux formations sanitaires, et de l'utilisation des fonds disponibles aux fins de promouvoir, d'une part, les activités des formations de santé, et d'autre part, les actions d'amélioration de l'environnement sanitaire et de l'hygiène publique de la zone couverte correspondante. Le budget distinguera dans sa présentation: les activités de la formation sanitaire financées principalement à partir des recettes; et les actions sur la zone financées exclusivement par les autres revenus.

10. La gestion de ce budget sera confiée au bureau, élu par l'assemblée générale pour deux ans et comprenant au moins 3 membres servant de président, trésorier, et secrétaire. Le bureau sera en outre responsable de: percevoir les tarifs sur les visites; honorer les dépenses prévues aux budgets annuels approuvés par l'assemblée générale; passer, avec le responsable de la formation -Infirmier-Chef du Poste ou Médecin Chef du District-, les commandes de produits pour la formation sanitaire, notamment de médicaments et produits essentiels. Le bureau sera soumis à des règles strictes et précises de gestion, notamment en ce qui concerne les procédures comptables et l'allocation des fonds, et rendra compte de ses activités à l'assemblée deux fois par an. Grâce à la nouvelle loi, à voter par l'Assemblée nationale du Sénégal, soumettant les comités au Code des obligations civiles et commerciales, les membres des bureaux pourront répondre en justice d'actes contraires aux règlements en vigueur, offrant une garantie de contrôle et sanction qui faisait défaut pour les comités actuels.

11. Les bureaux de chaque comité de poste de santé de la zone de référence relevant d'un centre de santé ou éventuellement d'un hôpital régional) constitueront l'assemblée générale du comité du district (Association pour la santé) qui sera responsable, avec le Médecin-Chef du District, du fonctionnement du centre de référence et de l'exécution des programmes d'actions au niveau du district; à ces représentants pourront se joindre ceux du comité des riverains du centre pour lesquels il joue le rôle de poste. 1/ Leur principale fonction est évidemment d'assurer l'exécution des programmes et du budget découlant des PDDS (la mise en oeuvre des PDDS est décrite à l'Annexe 3-4, et la gestion financière d'un district de santé est présentée en détail à l'Annexe 3-8). Ce budget sera alimenté soit par les tarifs perçus sur les consultations et interventions du centre de référence, des tarifs éventuels sur les visites référées par les postes de santé, ou soit par une contribution forfaitaire venant des comités de santé relevant du district, soit par des contributions financières externes. Ces revenus serviront à compléter le financement des activités du district, définies par le PDDS et le MCD, en particulier en ce qui concerne le fonctionnement du centre de référence. Comme il en est pour le poste de santé, la gestion du budget reposera sur un bureau élu par l'assemblée générale. Les procédures de gestion, en particulier les procédures comptables, et les mesures de contrôle s'appliquant à l'association de district et à son bureau seront semblables à ceux pour le comité de poste et son bureau.

Aspects financiers

12. Sous le plan de financement proposé pour les districts sanitaires (voir Annexe 3-8), les contributions des clients canalisées à travers les comités de santé sont essentielles au fonctionnement du

1/ Il faut noter que, dans le cadre de la réforme du secteur de la santé proposée, le district sanitaire remplace la circonscription médicale comme unité opérationnelle du système de prestation des services (Annexe 3-4).

poste de santé, et à un moindre niveau, pour le centre de référence. Pour le poste, le comité doit mobiliser les revenus suffisants pour couvrir 100% du coût des médicaments et des salaires du personnel de soutien ainsi qu'une partie des coûts récurrents; des allocations budgétaires gouvernementales couvriront uniquement le salaire de l'infirmier et d'autres coûts récurrents. L'obligation totale de la communauté serait 1 à 3 millions FCFA par an, ceci dépendant du taux d'utilisation, et correspondrait à une contribution moyenne par client de 400 FCFA par visite. En plus de la mobilisation des fonds suffisants à l'opération des postes de santé, le comité devra assurer l'utilisation appropriée de ces fonds, à savoir: (a) assurer l'utilisation des fonds dans les opérations du poste (avec l'obligation de tenir des comptes séparés pour les fonds utilisés pour d'autres "projets"), et (b) assurer leur allocation appropriée entre les composantes suivantes -- médicaments, au moins 70% des revenus; salaires, environ 25%; et d'autres dépenses récurrentes, environ 5%. 2/ Ces éléments de gestion financière feront partie des règlements que le Gouvernement doit édicter pour la gestion des comités de santé et définissant les obligations spécifiques de chaque partie concernée.

13. Bien qu'une contribution relativement plus faible soit attendue des clients au niveau du district et surtout du centre de santé (voir Annexe 3-9 pour détails), il est prévu un système de fixation, collecte et gestion des revenus au niveau du district semblable à celui qui existe au niveau des postes et qui impliquera une co-gestion avec le MCD. Les textes officiels prévoient que les comités sont entièrement responsables de l'utilisation dans le district des revenus qui collectent. Cette approche est un complément crucial aux mesures de décentralisation budgétaire au niveau du district mises en oeuvre en parallèle par le Gouvernement. Comme tout comité, l'association du district (en association avec les collectivités locales éventuellement) pourra choisir de mobiliser des ressources supplémentaires en vue de subventionner les contributions de tous les clients ou seulement une certaine catégorie moins favorisée. Ces ressources supplémentaires pourraient également servir à améliorer la qualité des services fournis, en plus de financer des programmes pour améliorer les conditions sanitaires au niveau du district.

Aspects légaux et réglementaires

14. Pour permettre la mise en place du réseau d'associations ainsi restructuré, il est nécessaire que les mesures légales et réglementaires suivantes soient adoptées:

- (a) la modification du Code des obligations civiles et commerciales pour y inclure les associations participant à l'effort de santé publique, et ce après approbation de l'Assemblée Nationale.
- (b) la publication du décret, signé par le Président de la République, fixant les obligations particulières auxquelles seront soumises les associations.
- (c) la publication du statut-type et de règlement pour les comités de santé et leurs associations. Ce décret sera co-signé par les Ministres de la Santé publique et de l'Intérieur.

2/ On notera que dans les statuts officiels adoptés par le gouvernement, il est stipulé que 60% au moins des revenus du comité doivent être affectés à des médicaments. Les calculs de l'Annexe 3-8 montre qu'en moyenne un comité de poste devrait avoir à dépenser 70% de ses revenus en médicaments, à moins qu'il ne puisse améliorer la consommation unitaire par rapport aux normes adoptées dans cette Annexe.

- (d) la mise en oeuvre par les autorités administratives des procédures de transition pour les comités des APS existants qui seront abolis et soumis au nouveau règlement. En ce qui concerne leurs actifs, ils seront reversés aux nouveaux comités de santé.

15. Des projets de textes ont été discutés avec le MSPAS au moment de l'évaluation et finalisés à la négociation. Leur approbation définitive et leur publication est une condition de mise en vigueur du crédit IDA.

Mise en place des comités de santé et leurs associations

16. Lorsque ce cadre légal et réglementaire aura été officiellement adopté, on pourra alors procéder à la mise en place des associations. Le Médecin-Chef du district sera responsable de programmer cette mise en place, en collaboration avec les autorités du district (préfets et sous-préfets). Une fois le Plan de développement du district sanitaire adopté, un échéancier sera finalisé pour les postes de santé, en raison de 3 à 5 postes par an sur 5 ans. Dès l'approbation de cet échéancier par les autorités régionales (Médecin-Chef Régional et gouverneur), un programme de mise en oeuvre sera établi par le Médecin-Chef du district, éventuellement en consultation avec le bailleur de fonds participant à la promotion des activités du district. Ce programme de mise en oeuvre comprendra les tournées de sensibilisation, la réunion des représentants à l'assemblée générale de chaque comité en commençant par les postes, et des journées d'information avec les bureaux et membres des sous-comités de santé élus par ces assemblées.

17. Chaque programme de mise en oeuvre, incluant l'échéancier de mise en place des associations de santé, sera soumis au Médecin-Chef de Région pour non-objection. Une copie sera transmise au MSPAS pour information. La mise en place des associations sera également suivie par, d'une part, le service en charge des soins de santé primaire à la Direction de la santé publique qui préparera un rapport semestriel à cet égard, et d'autre part, au moins dans la phase initiale, un membre du cabinet du Ministre de la santé désigné par le Ministre.

Appui prévu dans le cadre du programme pour promouvoir les OCS

18. Parallèlement aux mesures institutionnelles, des moyens d'appui pour promouvoir les associations devront être disponibles. Le programme financera ces moyens qui incluent:

- (a) des campagnes de sensibilisation pour informer le grand public des droits et obligations des comités de santé et leur rôle dans la promotion de la santé de base. Ces informations seront communiquées par les moyens d'information-éducation-communication classiques (émissions de télévision et de radio, journaux, affiches). Les campagnes de sensibilisation seront particulièrement cruciales lors des élections des comités. Le programme financera spécifiquement la conception de ces campagnes, dont la durée est prévue pour 9 semaines, ainsi que deux émissions de télévision et six de radio chaque année pendant cinq ans, et la diffusion de 200.000 affiches.
- (b) un opuscule à l'intention du grand public contenant les objectifs recherchés en instituant les comités et les bénéfices pour les communautés. Cet opuscule sera préparé par un spécialiste en littérature de vulgarisation populaire (2 semaines) et traduit en six langues nationales, financés dans le cadre du programme. Cet opuscule pourra être utilisé dans

les cours d'alphabétisation fonctionnelle, comme ceux prévus pour les groupements de femmes (Annexe 3-2).

- (c) un manuel à l'usage des membres des comités et leurs associations contenant le fonctionnement, les procédures, leurs droits et responsabilités, ainsi que les procédures et documents comptables et de gestion standardisés pour faciliter leur travail et les moyens de contrôle. La préparation de ce manuel requièrera 24 semaines de deux spécialistes, prévus en deux temps, financés sur fonds PPF.
- (d) une étude sur l'efficacité du système de recouvrement des coûts, y compris les réactions de tous les groupes bénéficiaires des comités de santé, notamment leur degré de connaissance sur ces comités et de leur participation. Cette étude sera programmée à la mi-parcours de l'exécution du programme.

La formation des comités sera dispensée par l'Infirmier-Chef de Poste et/ou par le médecin Chef de district en coopération avec les autorités préfectorales et sous-préfectorales, qui, pour ce faire, recevront une formation sur l'organisation de comités de santé. Cette formation est prévue dans la composante Services de Santé du District. Plus particulièrement, l'Infirmier-Chef de Poste formera les billeteurs aux rudiments du système comptable ainsi que les responsables des comités à la nature des responsabilités, obligations et procédures des organes d'exécution et des responsables du système de santé public.

b:senanocs.310

(annexes)

3-1-91

REPUBLIQUE DU SENEGAL

PROJET DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Population et Santé

Indicateurs de suivi

A la suite de la démarche analytique qui a été faite dans un premier temps pour l'ensemble des projets PAIP, deux conclusions peuvent être tirées:

I. Il est possible de faire une typologie de l'ensemble des projets actions et mesures du PAIP, ainsi trois types peuvent être retenus:

- Projets d'actions et d'investissements
- Projet d'études et de recherche
- Mesures législatives et réglementaires

II. A partir de la démarche analytique qui a permis de cerner de plus près les types d'indicateurs, il est possible de procéder à une démarche plus synthétique, permettant d'aboutir à des indicateurs plus généraux.

III. Indicateurs synthétiques, suivant les trois types de projets et mesures retenues:

A. Projets d'Actions et d'Investissements

<u>Objectifs</u>	<u>Indicateurs</u>
Réduction mortalité maternelle et infantile - réduction taux de fécondité	- taux de couverture en consultations prénatales - taux de prévalence contraceptive - personnel de santé formé
Infrastructures - aménagement, urbanisme	- nature et nombre d'infrastructures construites réfectionnées ou réhabilitées par semestre - nature et nombre de plans adoptés
Equipements - confections de matériaux	- nombre et nature d'équipements achetés - nombre de matériaux conçus, réalisés/semestre

Recrutement

- personnel national
 - . technique
 - . administratif
 - personnel international
- recrutement d'experts, de cadres techniques et administratifs, nationaux/semestre
 - recrutement d'experts internat/semestre

Appui institutionnel

- législatif et réglementaire
- création de structures de coordination, de gestion, de suivi, d'évaluation/semestre
 - nombre et nature des textes adoptés par semestre

Formation et recyclage

- matériels didactiques conçus par semestre
- supports didactiques élaborées et mis en oeuvre/semestre
- nombre de formateurs formés ou en cours de formation par semestre
- nombre et catégories de personnes formées par semestre
- actions de post-alphabétisation et groupes concernés/semestre
- actions de recyclage et groupes cibles concernés/semestre
- matériels didactiques conçus pour les recyclages/semestre

B. Projets, d'Etudes et de Recherche

L'indicateur clef à retenir demeure l'état d'avancement par période (Semestre) qui peut être repéré à partir des étapes suivantes:

- disponibilité des termes de référence, revue de littérature
- recrutement techniciens nationaux, internationaux
- mise en place de l'équipement adéquat
- enquêtes complémentaires
- activités de terrain
- disponibilité des premières conclusions
- adoption du document par le gouvernement

C. Mesures Législatives et Réglementaires

L'indicateur clef reste "nature des textes et état d'avancement".

Les étapes à repérer dans le temps par semestre pouvant être:

- textes en cours d'élaboration
- textes élaborés
- textes en cours d'adoption
- textes adoptés

MATRICE D'INDICATEURS POUR LE SUIVI SEMESTRIEL
DU PROGRAMME POPULATION

PROGRAMME D'INVESTISSEMENTS, D'ACTIONS ET DE MESURES	MAITRE D'OEUVRE	DUREE	OBJECTIFS	INDICATEURS DE PROGRES	COMMENTAIRES
ALPHABETISATION FONCTIONNELLE DANS LES ENTREPRISES	MTFP ONFP	5 ans	Creation et equipement de 1.000 classes Alphabetisation de 2.000 employes	Nombre de classes crees par entreprise Nombre d'employes alphabetises	
ALPHABETISATION FONCTIONNELLE DES ELUS ET NOTABLES	MEN DAEB	5 ans	Alphabetiser 6.000 notables et 12.000 élus locaux des 317 communautes rurales.	Nombre de notables alphabetises Nombre d'élus locaux alphabetises	
ALPHABETISATION FONCTIONNELLE DES GROUPEMENTS DE FEMMES	MI MDCFE	5 ans	Alphabetisation de 6.000 femmes aux 6 langues nationales Formation de 200 monitrices dans la methodologie d'une alphabetisation fonctionnelle Production de 99.800 manuels pedagogiques	Nombre de femmes alphabetisees Nombre de responsables de groupements feminins formes Nombre de monitrices formees par langue nationale Nombre de manuels concus et realises par langue	
PROJET D'APPUI POUR L'AMELIORATION DES FAITS D'ETAT-CIVIL	MI DCL	5 ans	Rapprocher les population des centres d'Etat-Civil et promouvoir la declaration spontanee des faits d'Etat-Civil des populations a travers des concours d'affiches et de sketches	Nombre de sketches realises Nombre d'affiches realisees Nombre d'oeuvres realisees Nombre de tee-shirts imprimes Taux de frequentation des centres d'Etat-Civil	
MISE EN PLACE D'UNE BASE DE DONNEES SUR LA POPULATION	MEFP DP	5 ans	Amelioration des sytemes sectoriels d'informations en matiere de population Mise en place d'un reseau d'informations grace a l'interconnexion des differeents sytemes d'informations	Supports standardises confectionnes Fichiers cartographiques constitues; Fichiers alphanumeriques constitues	

PROGRAMME D'INVESTISSEMENTS, D'ACTIONS ET DE MESURES	MAITRE D'OEUVRE	DUREE	OBJECTIFS	INDICATEURS DE PROGRES	COMMENTAIRES
INTEGRATION DE L'EDUCATION A LA VIE FAMILIALE EN MATIERE DE POPULATION DANS LE SYSTEME EDUCATIF	MEN	3 ans	Integrer l'EVF/EMP dans les programmes d'enseignement Contribuer a la generalisation de l'EVF/EMP dans l'ensemble du systeme educatif senegalais et a l'amelioration du statu de la femme	Formation: Nombre de cadres formes en EVF/EMP Nombre de seminaires organises Infrastructures: Nombre d'eleves/etablissement; Nombre de femmes/etablissement	
PROGRAMME NATIONAL DE NUTRITION	MSPAS	5 ans	Reduction de 50% de la prevalence de malnutrition	Nombre de personnel sanitaire forme en nutrition Nombre d'auxiliaires formes en nutrition Nombre d'agents techniques formes en nutrition Nombre et type d'infrastructures sanitaires renovees equipees (CREN) Nombre d'anemies suivies Nombre d'enfants malnutris traites/structure sanitaire Taux de prevalence de la malnutrition	
FINALISATION DU PLAN NATIONAL D'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE (PNAT)			Repartition equilibree de la population et des activites economiques Reduction des tendances naturelles des migrations du milieu rural vers le milieu urbain Localisation optimale des infrastructures et equipements	Plan inter-regional adopte Nombre de plans speciaux realises Nombre de bassins fluviaux amenes Nombre de schemes regionaux approuves Nombre de projets de developpement fonctionnels par zone Nombre de plans d'aménagement adoptes	

PROGRAMME D'INVESTISSEMENTS, D'ACTIONS ET DE MESURES	MAITRE D'OEUVRE	DUREE	OBJECTIFS	INDICATEURS DE PROGRES	COMMENTAIRES
Mesures legislatives				Adoption du Conseil interministeriel, de la Commission nationale et des commissions regionales d'aménagement du territoire	
MAITRISE DU DEVELOPPEMENT DES VILLES PAR LES PLANS ET OPERATIONS D'URBANISME	METL DUA		Doter les villes intermediaires de plan d'urbanisme Integrer les plans d'urbanisme dans le processus de planification	Nombre de schemas d'urbanisme approuves Nombre de schemas d'aménagement foncier operationnels Nombre de plans de lotissement realises Nombre d'habitats anarchiques restructures Nombre de quartiers renoves Nombre de voiries creees Nombre et type d'equipements realises Adoption d'une methodologie d'integration des objectifs des plans d'urbanisme dans la planification Integration des objectifs dans les PRDI et PIC	
PROMOTION DE LA FEMME (A) EXTENSION DES PROGRAMMES D'ALLEGEMENT DES TRAVAUX FEMININS (B) CREATION DE PETITS PROJETS PRODUCTIFS (C) INTENSIFICATION DU PROGRAMME D'IMPLANTATION D'EQUIPEMENTS AUX FEMMES (GARDERIES, CASE-FOYERS)	MOCFE MI	5 ans	Acquisition de 3.000 equipements Implantation de 400 petits projets Construction de cases-foyers et de garderies d'enfants	Nombre et type d'equipements livres aux groupements Nombre de projets productifs soumis au financement Nombre de projets finances Nombre de projets fonctionnants Nombre de cases-foyers construits; nombre de garderies realisees	

PROGRAMME D'INVESTISSEMENTS, D'ACTIONS ET DE MESURES	MAITRE D'OEUVRE	DUREE	OBJECTIFS	INDICATEURS DE PROGRES	COMMENTAIRES
<p>PROMOTION DES JEUNES</p> <ul style="list-style-type: none"> - EDUCATION A LA VIE FAMILIALE - RENFORCEMENT DE LA PERFORMANCE DES ASSOCIATIONS - MISE EN OEUVRE D'ACTIVITES PARTICIPATIVES 	<p>MJS DJASE</p>	<p>5 ans</p>	<p>Sensibilisation des 100.000 jeunes aux problemes de population</p> <p>Restauration, rehabilitation et equipements d'infrastructures socio-educatives (30 centres departementaux d'education populaires et sportive, CDEPS, 20 foyers de jeunes)</p>	<p>Nombre de jeunes relais selectionnes</p> <p>Nombre de journees de reflexion et semaines culturelles</p> <p>Nombre de jeunes presents/seminaire</p> <p>CDEPS refectionnes</p> <p>Foyers de jeunes construits</p> <p>Aires de jeux et quartiers restaures</p> <p>Jeunes orientes vers des programmes d'emploi ou de formation professionnelle</p>	
<p>PROGRAMME DE REINSERTION DES EMIGRES</p> <ul style="list-style-type: none"> - VOLET IEC/POLITTIQUES ECONOMIQUES DES EMIGRES - VOLET SUR LE FINANCEMENT DES PROJETS DE REINSERTION - VOLET RENFORCEMENT DU BUREAU D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION SOCIALE (BAOS) 	<p>LDE</p>	<p>5 ans</p>	<p>Assurer une bonne information des promoteurs</p> <p>Ameliorer l'encadrement et le suivi des emigres</p> <p>Ameliorer la formation professionnelle des futurs promoteurs</p> <p>Assurer le financement annuel d'au moins 40 projets inities par les emigres</p>	<p>Nombre d'emigres formes par type d'activite professionnelle</p> <p>Nombre de projets selectionnes</p> <p>Nombre de projets finances par type d'activite</p>	

PROGRAMME D'INVESTISSEMENTS, D'ACTIONS ET DE MESURES	MAITRE D'OEUVRE	DUREE	OBJECTIFS	INDICATEURS DE PROGRES	COMMENTAIRES
AMELIORATION DU SUIVI DE LA GROSSESSE	MSPAS	5 ans	<p>Reduire de moitie la mortalite maternelle</p> <p>Ameliorer la qualite des services SMI/PF</p> <p>Restaurer les infrastructures sanitaires</p> <p>Augmenter le taux de frequentation en terme de consultation prenatale</p>	<p>Nombre d'infirmiers, de matrones et d'auxiliaires formes en SMI/PF</p> <p>Centre de SMI et Poste de sante restaures</p> <p>Taux de couverture en consultations prenatales</p> <p>Nombre de grossesses a risques suivies</p>	
PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE	MSPAS	5 ans	<p>Reduction de la mortalite maternelle et infantile et la reduction du taux de fecondite</p> <p>Creation d'un environnement socio-culturel favorable a un changement de comportement des individus et des couples</p>	<p>Personnel de sante forme en SMI/PF</p> <p>Taux de prevalence contraceptive</p> <p>Taux de mortalite maternelle</p> <p>Nombre de structures sanitaires construites ou refectionnees</p> <p>Nombre d'animateurs et d'auxiliaire formes en IEC/PF</p> <p>Nombre de femmes connaissant une methode contraceptive</p> <p>Nombre de femmes utilisant des methodes contraceptives modernes</p>	

PROGRAMME D'INVESTISSEMENTS, D'ACTIONS ET DE MESURES	MAITRE D'OEUVRE	DUREE	OBJECTIFS	INDICATEURS DE PROGRES	COMMENTAIRES
MESURES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES	MEFP DP		Adopter les mesures/textes	Adoption de textes portant sur la creation et l'organisation: - du Comite technique de vuisi des projets et programmes en matiere de population (CTSP) - du Conseil national de la population et des ressources humaines - de la Commission nationale de la population et des ressources humaines - des Comites regionaux de la population et des ressources humaines - du Comite consultatif Information, Education et Communication (IEC) Mise en place de ces comites et commissions	

b:matrice.wk1
sen2

SENEGAL
Projet de Developpement des Ressources Humaines I
Population et Sante

PROGRAM COST SUMMARY

	FCFA			US\$			% Foreign Exchange	% Total Base Costs
	Local	Foreign	Total	Local	Foreign	Total		
A. Programme Plan. Familiale								
1. P.F./Serv.Sante-SMI	41.0	233.7	274.7	0.2	0.9	1.1	85.1	2.5
2. PF/Secteur Prive et Para.	87.9	281.1	369.0	0.3	1.1	1.4	76.2	3.3
3. Plan.Fam./IEC	124.0	490.0	614.0	0.5	1.9	2.4	79.8	5.5
Sub-Total	252.9	1004.8	1257.7	1.0	3.9	4.8	79.9	11.4
B. Promotion de la Femme								
1. Alphan. Fonctionnelle	526.6	69.6	596.2	2.0	0.3	2.3	11.7	5.4
2. Extension Case-foyers	269.8	320.9	590.7	1.0	1.2	2.3	54.3	5.3
3. Acces aux tech. appro.	61.3	402.3	463.6	0.2	1.5	1.8	86.8	4.2
4. Renfcmt. Institu., Femmes	19.2	174.4	193.6	0.1	0.7	0.7	90.1	1.7
Sub-Total	876.9	967.1	1844.0	3.4	3.7	7.1	52.4	16.6
C. Projets pour les Jeunes	160.3	325.7	485.9	0.6	1.3	1.9	67.0	4.4
D. Renformt. Institutionnel	59.2	136.4	195.6	0.2	0.5	0.8	69.7	1.8
E. Ref. Serv. Sante-District								
1. Programme Formation Pers.	287.4	215.5	502.9	1.1	0.8	1.9	42.8	4.5
2. Reforme Niveau District	1586.4	2329.5	3915.9	6.1	9.0	15.1	59.5	35.3
3. Gestion Finan., District	1.4	18.2	19.7	0.0	0.1	0.1	92.6	0.2
4. Promo Comites de Sante	16.7	133.7	150.4	0.1	0.5	0.6	88.9	1.4
Sub-Total	1891.9	2696.9	4588.8	7.3	10.4	17.6	58.8	41.4
F. Medicaments Essentiels								
1. Pharm. National d'Approv.	42.4	201.2	243.5	0.2	0.8	0.9	82.6	2.2
2. Stocks de Depart, Medica.	0.0	875.1	875.1	0.0	3.4	3.4	100.0	7.9
3. Campagnes d'Information	8.7	84.2	92.9	0.0	0.3	0.4	90.6	0.8
4. Strategie a long terme	0.3	36.1	36.4	0.0	0.1	0.1	99.1	0.3
Sub-Total	51.4	1196.6	1248.0	0.2	4.6	4.8	95.9	11.3
G. Ref. Plan. et Gestion	32.1	90.3	122.4	0.1	0.3	0.5	73.8	1.1
H. Coord. et Gestion Projet								
1. Bur. de Coord., Plan	57.2	298.2	355.4	0.2	1.1	1.4	83.9	3.2
2. Unite de Coord, Sante	68.6	321.9	390.4	0.3	1.2	1.5	82.4	3.5
3. Unite de Coord, Interieur	82.0	299.1	381.1	0.3	1.2	1.5	78.5	3.4
Sub-Total	207.8	919.1	1126.9	0.8	3.5	4.3	81.6	10.2
I. Refinancement PPF et SPPF	78.0	130.0	208.0	0.3	0.5	0.8	62.5	1.9
Total BASELINE COSTS	3610.5	7467.0	11077.5	13.9	28.7	42.6	67.5	100.0
Physical Contingencies	261.9	651.7	893.6	1.0	2.4	3.4	70.7	8.1
Price Contingencies	576.4	1185.3	1761.7	2.2	4.5	6.8	66.9	15.9
Total PROJECTS COSTS	4448.9	9284.0	13732.9	17.1	35.7	52.8	67.6	124.0

Program and Project Costs

Population and Health

HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT PROJECT

REPUBLIC OF SENEGAL

SENEGAL
Projet de Developpement des Ressources Humaines I
Population et Sante
Summary Accounts Cost Summary

	FCFA			USS			% Foreign Exchange	% Total Base Costs
	Local	Foreign	Total	Local	Foreign	Total		
I. INVESTMENT COSTS								
A. GENIE CIVIL (LCB)	119.4	178.3	297.7	0.5	0.7	1.1	59.9	2.7
B. GENIE CIVIL (ICB)	1324.4	1976.9	3301.3	5.1	7.6	12.7	59.9	29.8
C. MOBILIER (LCB)	42.7	169.8	212.5	0.2	0.7	0.8	79.9	1.9
D. MOBILIER (ICB)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
E. EQUIPEMENT (LCB)	55.4	495.8	551.2	0.2	1.9	2.1	90.0	5.0
F. EQUIPEMENT (ICB)	163.5	1464.7	1628.3	0.6	5.6	6.3	90.0	14.7
G. VEHICULES	0.0	7.8	7.8	0.0	0.0	0.0	100.0	0.1
H. SERVICES SPECIALISTES								
1. CONSULTANTS LOCAUX	722.1	0.0	722.1	2.8	0.0	2.8	0.0	6.5
2. CONSULTANTS INTERNAT.	0.0	642.2	642.2	0.0	2.5	2.5	100.0	5.8
Sub-Total	722.1	642.2	1364.3	2.8	2.5	5.2	47.1	12.3
I. FORMATION								
1. FORMATION LOCALE	788.9	0.0	788.9	3.0	0.0	3.0	0.0	7.1
2. FORMATION A L'ETRANGER	0.0	120.4	120.4	0.0	0.5	0.5	100.0	1.1
3. FORMATION REGIONALE	0.0	18.6	18.6	0.0	0.1	0.1	100.0	0.2
Sub-Total	788.9	139.0	927.9	3.0	0.5	3.6	15.0	8.4
J. PRODUITS PHARMACEUTIQUES	0.0	915.7	915.7	0.0	3.5	3.5	100.0	8.3
K. CONTRACEPTIFS	0.0	88.3	88.3	0.0	0.3	0.3	100.0	0.8
L. REFINANCEMENT PPF ET SPPF	78.0	130.0	208.0	0.3	0.5	0.8	62.5	1.9
Total INVESTMENT COSTS	3294.4	6208.5	9502.9	12.7	23.9	36.5	65.3	85.8
II. RECURRENT COSTS								
A. FRAIS DE FONCTIONNEMENT	316.2	1258.5	1574.6	1.2	4.8	6.1	79.9	14.2
Total BASELINE COSTS	3610.5	7467.0	11077.5	13.9	28.7	42.6	67.5	100.0
Physical Contingencies	261.9	631.7	893.6	1.0	2.4	3.4	70.7	8.1
Price Contingencies	576.4	1185.3	1761.7	2.2	4.5	6.8	66.9	15.9
Total PROJECTS COSTS	4448.9	9284.0	13732.9	17.1	35.7	52.8	67.6	124.0

Values Scaled by 1000.0 - 12/28/1990 15:52

SENEGAL
Projet de Developpement des Ressources Humaines I
Population et Sante

SUMMARY ACCOUNT BY PROGRAM COMPONENT

(FCFA)

	P.F./Ser v.Sante- SMI	PF/Secte ur Prive et Para.	Plan.Fam ./IEC	Alphab. Fonction nelle	Extensio n Case-foy ers	Acces aux tech. appro.	Renfcm. Institu. , Femmes	Projets pour les Jeunes	Renformat Institut ionnel	Program e Formatio n Pers.	Reforme Niveau District	Gestion Finan., District	Promo Comites de Sante
I. INVESTMENT COSTS													
A. GENIE CIVIL (LCB)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	81.9	0.0	1.0	162.4	0.0	0.0
B. GENIE CIVIL (ICB)	0.0	0.0	0.0	0.0	491.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2809.7	0.0	0.0
C. MOBILIER (LCB)	35.2	6.9	0.9	0.0	27.8	0.0	1.9	0.0	0.0	3.2	121.0	0.0	0.0
D. MOBILIER (ICB)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
E. EQUIPEMENT (LCB)	0.0	79.5	0.0	68.5	4.7	0.0	86.5	98.0	0.0	0.0	0.0	0.0	127.4
F. EQUIPEMENT (ICB)	83.9	29.7	206.0	0.0	0.0	447.2	10.3	23.7	2.5	175.5	462.4	0.0	0.0
G. VEHICULES	0.0	0.0	7.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. SERVICES SPECIALISTES													
1. CONSULTANTS LOCAUX	0.0	0.0	34.3	0.0	66.6	0.0	0.0	40.5	54.7	142.6	322.5	0.5	1.9
2. CONSULTANTS INTERNAT.	4.2	0.0	67.9	8.0	0.0	0.0	48.8	25.5	127.8	0.0	0.0	18.2	19.1
Sub-total	4.2	0.0	102.2	8.0	66.6	0.0	48.8	65.9	182.6	142.6	322.5	18.7	21.0
I. FORMATION													
1. FORMATION LOCALE	5.2	52.0	22.4	519.7	0.0	16.4	1.3	40.3	2.6	113.4	0.0	1.0	2.0
2. FORMATION A L'ETRANGER	0.0	0.0	40.0	0.0	0.0	0.0	4.3	4.7	0.0	0.0	28.6	0.0	0.0
3. FORMATION REGIONALE	0.0	0.0	3.5	0.0	0.0	0.0	1.8	0.0	0.0	3.5	5.3	0.0	0.0
Sub-total	5.2	52.0	65.9	519.7	0.0	16.4	7.4	45.0	2.6	117.0	33.9	1.0	2.0
J. PRODUITS PHARMACEUTIQUES	0.0	40.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
K. CONTRACEPTIFS	45.2	43.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
L. REFINANCEMENT PPF ET SPPF	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total INVESTMENT COSTS	173.9	251.8	382.8	596.2	590.7	463.6	154.9	314.4	187.7	439.2	3911.9	19.7	150.4
II. RECURRENT COSTS													
A. FRAIS DE FONCTIONNEMENT	100.8	117.3	231.1	0.0	0.0	0.0	38.7	171.5	7.9	63.6	4.0	0.0	0.0
Total BASELINE COSTS	274.7	369.0	614.0	596.2	590.7	463.6	193.6	485.9	195.6	502.9	3915.9	19.7	150.4
Physical Contingencies	22.0	28.4	41.4	33.2	55.7	45.5	14.6	34.5	9.9	34.1	373.6	1.0	13.9
Price Contingencies	38.8	57.5	98.7	99.5	93.8	77.4	29.1	77.7	6.9	70.5	694.8	2.2	21.5
Total PROJECT COSTS	335.5	455.0	754.1	728.9	740.3	586.5	237.3	598.1	212.4	607.5	4986.3	22.9	185.9
Taxes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Foreign Exchange	287.0	349.5	602.9	87.2	407.6	509.2	213.6	406.0	145.6	267.3	2975.4	21.2	165.6

Values Scaled by 1000.0 12/28/1990 15:55

Page 3 of 11 ANNEX 3-12

SENEGAL
Projet de Developpement des Ressources Humaines I
Population et Sante

SUMMARY ACCOUNT BY PROGRAM COMPONENT
(FCFA)

	Pharm. National d'Approv.	Stocks de Depart, Medica.	Campagne s d'Inform ation	Strategi e a long terme	Renf. Plan. et Gestion	Bur. de Coord., Plan	Unite de Coord, Sante	Unite de Coord, Interieu r	Refinanc ement PPF et SPPF	Total	Physical Contingencies		Price Contingencies	
											%	Amount	%	Amount
I. INVESTMENT COSTS														
A. GENIE CIVIL (LCB)	44.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.2	0.0	297.7	10.0	29.8	16.0	47.7
B. GENIE CIVIL (ICB)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3301.3	10.0	330.1	19.1	629.8
C. MOBILIER (LCB)	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	3.5	6.4	0.0	212.5	10.0	21.2	14.8	31.4
D. MOBILIER (ICB)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
E. EQUIPEMENT (LCB)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	551.2	10.0	55.1	15.7	86.5
F. EQUIPEMENT (ICB)	28.8	0.0	0.0	0.0	19.4	25.3	51.1	62.4	0.0	1628.3	10.0	162.8	15.4	251.0
G. VEHICULES	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.8	10.0	0.8	10.1	0.8
H. SERVICES SPECIALISTES														
1. CONSULTANTS LOCAUX	0.0	0.0	0.0	0.0	14.3	11.1	10.1	23.1	0.0	722.1	5.0	36.1	6.4	46.2
2. CONSULTANTS INTERNAT.	51.1	0.0	6.4	36.1	55.2	101.8	50.9	21.2	0.0	642.2	5.0	32.1	10.6	68.3
Sub-total	51.1	0.0	6.4	36.1	69.5	112.9	61.1	44.3	0.0	1364.3	5.0	68.2	8.4	114.5
I. FORMATION														
1. FORMATION LOCALE	0.8	0.0	0.0	0.3	11.4	0.0	0.0	0.0	0.0	788.9	5.0	39.4	16.8	132.3
2. FORMATION A L'ETRANGER	14.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.9	15.7	0.0	120.4	5.0	6.0	12.4	14.9
3. FORMATION REGIONALE	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.4	0.0	18.6	5.0	0.9	13.9	2.6
Sub-total	15.0	0.0	0.0	0.3	11.4	0.0	12.9	20.1	0.0	927.9	5.0	46.4	16.1	149.8
J. PRODUITS PHARMACEUTIQUES	0.0	875.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	915.7	10.0	91.6	14.5	133.0
K. CONTRACEPTIFS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	88.3	10.0	8.8	17.7	15.6
L. REFINANCEMENT PPF ET SPPF	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	208.0	208.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total INVESTMENT COSTS	141.8	875.1	92.9	36.4	100.3	141.2	128.5	141.4	208.0	9502.9	8.6	814.9	15.4	1460.2
II. RECURRENT COSTS														
A. FRAIS DE FONCTIONNEMENT	101.8	0.0	0.0	0.0	22.1	214.2	261.9	239.7	0.0	1574.6	5.0	78.7	18.1	285.7
Total BASELINE COSTS	243.5	875.1	92.9	36.4	122.4	355.4	390.4	381.1	208.0	11077.5	8.1	893.6	15.8	1745.8
Physical Contingencies	16.0	87.5	9.0	1.8	7.1	19.2	22.3	22.9	0.0	893.6				
Price Contingencies	31.6	126.4	13.9	5.9	15.1	60.1	62.7	61.5	0.0	1745.8	7.7	134.9		
Total PROJECT COSTS	291.1	1089.0	115.8	44.1	144.6	434.7	475.4	465.5	208.0	13717.0	7.5	1028.5	12.7	1745.8
Taxes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Foreign Exchange	240.7	1089.0	105.0	43.7	107.3	363.0	390.8	364.4	130.0	9272.0	7.8	725.1		

Values Scaled by 1000.0 1/2/1991 12:10

REPUBLIC OF SENEGAL
HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT PROJECT
Population and Health
SUMMARY AND PROGRAM COST ESTIMATES
(US\$ million) g/

	<u>Estimated Costs b/</u>		
	<u>Local</u>	<u>Foreign</u>	<u>Total</u>
1. Strengthening the National Family Planning Program	0.2	0.9	1.1
2. Promoting the Status of Women	3.4	3.7	7.1
3. Reaching Young Men and Women	0.6	1.3	1.9
4. Institutional Strengthening for Promoting the National Population Program	0.2	0.5	0.8
5. Developing the District Health System	7.3	10.4	17.6
6. Promoting Essential Drugs	0.2	4.6	4.8
7. Institutional Strengthening in the Health Sector	0.1	0.3	0.5
8. Project Coordination and Management	0.8	3.5	4.3
9. Refinancing of PPF and SPPF	0.3	0.5	0.8
TOTAL BASE COSTS	13.6	28.2	41.8
Physical Contingencies	1.0	2.4	3.4
Price Contingencies	2.2	4.5	6.7
<u>TOTAL PROGRAM COSTS</u>	<u>17.1</u>	<u>35.7</u>	<u>52.8</u>

g/ Totals may not add up due to rounding.

b/ Net of taxes and duties.

b:program.4-1
(sen-rpt1)

SENEGAL
Projet de Developpement des Ressources Humaines I
Population et Sante

PROJECT COST SUMMARY

	FCFA			US\$			% Foreign Exchange	% Total Base Costs
	Local	Foreign	Total	Local	Foreign	Total		
A. Programme Plan. Familiale								
1. P.F./Serv.Sante-SMI	34.8	183.0	217.9	0.1	0.7	0.8	84.0	2.7
2. PF/Secteur Prive et Para.	61.9	171.5	233.4	0.2	0.7	0.9	73.5	2.9
3. Plan.Fam./IEC	67.3	312.3	379.5	0.3	1.2	1.5	82.3	4.7
Sub-Total	163.9	666.9	830.8	0.6	2.6	3.2	80.3	10.2
B. Promotion de la Femme								
1. Alphan. Fonctionnelle	310.4	52.7	363.0	1.2	0.2	1.4	14.5	4.5
2. Extension Case-foyers	202.1	213.9	416.0	0.8	0.8	1.6	51.4	5.1
3. Acces aux tech. appro.	36.8	241.4	278.1	0.1	0.9	1.1	86.8	3.4
4. Renforc. Institu., Femmes	12.3	132.9	145.1	0.0	0.5	0.6	91.5	1.8
Sub-Total	561.5	640.8	1202.3	2.2	2.5	4.6	53.3	14.8
C. Projets pour les Jeunes	88.5	341.0	429.4	0.3	1.3	1.7	79.4	5.3
D. Renformt. Institutionnel	38.2	40.2	78.4	0.1	0.2	0.3	51.3	1.0
E. Renf. Serv. Sante-District								
1. Programme Formation Pers.	120.0	200.0	320.0	0.5	0.8	1.2	62.5	3.9
2. Reforme Niveau District	1271.9	1771.4	3043.2	4.9	6.8	11.7	58.2	37.4
3. Gestion Finan., District	1.4	18.2	19.7	0.0	0.1	0.1	92.6	0.2
4. Promo Comites de Sante	14.3	112.3	126.6	0.1	0.4	0.5	88.7	1.6
Sub-Total	1407.6	2101.9	3509.5	5.4	8.1	13.5	59.9	43.1
F. Medicaments Essentiels								
1. Pharm. National d'Approv.	36.2	182.5	218.7	0.1	0.7	0.8	83.5	2.7
2. Stocks de Depart, Medica.	0.0	642.6	642.6	0.0	2.5	2.5	100.0	7.9
3. Campagnes d'Information	6.5	64.9	71.5	0.0	0.2	0.3	90.9	0.9
4. Strategie a long terme	0.3	36.1	36.4	0.0	0.1	0.1	99.1	0.4
Sub-Total	43.1	926.2	969.2	0.2	3.6	3.7	95.6	11.9
G. Renf. Plan. et Gestion	26.8	81.5	108.3	0.1	0.3	0.4	75.3	1.3
H. Coord. et Gestion Projet								
1. Bur. de Coord., Plan	31.7	204.2	235.9	0.1	0.8	0.9	86.6	2.9
2. Unite de Coord, Sante	48.4	255.5	303.9	0.2	1.0	1.2	84.1	3.7
3. Unite de Coord, Interieur	47.1	214.6	261.8	0.2	0.8	1.0	82.0	3.2
Sub-Total	127.2	674.3	801.5	0.5	2.6	3.1	84.1	9.8
I. Refinancement PPF et SPPF	78.0	130.0	208.0	0.3	0.5	0.8	62.5	2.6
Total BASELINE COSTS	2534.8	5602.7	8137.5	9.7	21.6	31.3	68.9	100.0
Physical Contingencies	185.7	475.2	660.9	0.7	1.8	2.5	71.9	8.1
Price Contingencies	274.0	779.3	1053.3	1.1	3.0	4.1	73.6	12.9
Total PROJECTS COSTS	2994.5	6857.2	9851.7	11.5	26.4	37.9	69.6	121.1

Values Scaled by 1000.0 - 2/27/1991 11:50

SENEGAL
 Projet de Developpement des Ressources Humaines I
 Population et Sante
 Summary Accounts Cost Summary

	FCFA			US\$			% Foreign Exchange	% Total Base Costs
	Local	Foreign	Total	Local	Foreign	Total		
I. INVESTMENT COSTS								
A. GENIE CIVIL (LCB)	224.2	334.7	558.9	0.9	1.3	2.1	59.9	6.9
B. GENIE CIVIL (ICB)	853.6	1274.1	2127.7	3.3	4.9	8.2	59.9	26.1
C. MOBILIER (LCB)	37.0	147.5	184.5	0.1	0.6	0.7	79.9	3.3
D. MOBILIER (ICB)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
E. EQUIPEMENT (LCB)	45.7	409.1	454.8	0.2	1.6	1.7	90.0	5.6
F. EQUIPEMENT (ICB)	96.0	859.8	955.8	0.4	3.3	3.7	90.0	11.7
G. VEHICULES	0.0	296.2	296.2	0.0	1.1	1.1	100.0	3.6
H. SERVICES SPECIALISTES								
1. CONSULTANTS LOCAUX	569.8	0.0	569.8	2.2	0.0	2.2	0.0	7.0
2. CONSULTANTS INTERNAT.	0.0	606.6	606.6	0.0	2.3	2.3	100.0	7.5
Sub-Total	569.8	606.6	1176.4	2.2	2.3	4.5	51.6	14.5
I. FORMATION								
1. FORMATION LOCALE	454.0	0.0	454.0	1.7	0.0	1.7	0.0	5.6
2. FORMATION A L'ETRANGER	0.0	117.5	117.5	0.0	0.5	0.5	100.0	1.4
3. FORMATION REGIONALE	0.0	14.2	14.2	0.0	0.1	0.1	100.0	0.2
Sub-Total	454.0	131.7	585.7	1.7	0.5	2.3	22.5	7.2
J. PRODUITS PHARMACEUTIQUES	0.0	667.0	667.0	0.0	2.6	2.6	100.0	8.2
K. CONTRACEPTIFS	0.0	43.4	43.4	0.0	0.2	0.2	100.0	0.5
L. REFINANCEMENT PPF ET SPPF	78.0	130.0	208.0	0.3	0.5	0.8	62.5	2.6
Total INVESTMENT COSTS	2358.3	4900.1	7258.4	9.1	18.9	27.9	67.5	89.2
II. RECURRENT COSTS								
A. FRAIS DE FONCTIONNEMENT	176.5	702.6	879.1	0.7	2.7	3.4	79.9	10.8
Total BASELINE COSTS	2534.8	5602.7	8137.5	9.7	21.6	31.3	68.9	100.0
Physical Contingencies	185.7	475.2	660.9	0.7	1.8	2.5	71.9	8.1
Price Contingencies	274.0	779.3	1053.3	1.1	3.0	4.1	73.6	12.9
Total PROJECTS COSTS	2994.5	6857.2	9851.7	11.5	26.4	37.9	69.6	121.1

Values Scaled by 1000.0 - 2/27/1991 11:58

SENEGAL
Projet de Developpement des Ressources Humaines I
Population et Sante
Summary Account by Project Component
FCFA

	P.F./Ser v.Sante- SMI	PF/Secte ur Prive et Para.	Plan.Fam ./IEC	Alphab. Fonction nelle	Extensio n Case-foy ers	Acces aux tech. appro.	Renforcat. Institu. , Femmes	Projets pour les Jeunes	Renformt Institut ionnel	Programm e Formatio n Pers.	Reforme Niveau District	Gestion Finan., District	Promo Comites de Sante
I. INVESTMENT COSTS													
A. GENIE CIVIL (LCB)	0.0	0.0	0.0	0.0	327.7	0.0	0.0	81.9	0.0	1.0	95.9	0.0	0.0
B. GENIE CIVIL (ICB)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2127.7	0.0	0.0
C. MOBILIER (LCB)	34.5	6.9	0.9	0.0	18.5	0.0	1.9	0.0	0.0	3.2	103.1	0.0	0.0
D. MOBILIER (ICB)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
E. EQUIPEMENT (LCB)	0.0	49.4	0.0	49.7	3.2	0.0	65.1	116.3	0.0	0.0	0.0	0.0	106.0
F. EQUIPEMENT (ICB)	84.0	18.3	113.6	0.0	0.0	268.3	2.6	23.7	2.5	14.5	361.0	0.0	0.0
G. VEHICULES	0.0	0.0	7.8	0.0	0.0	0.0	7.8	0.0	0.0	161.0	0.0	0.0	0.0
H. SERVICES SPECIALISTES													
1. CONSULTANTS LOCAUX	0.0	0.0	24.1	0.0	66.6	0.0	0.0	26.8	35.3	46.8	322.5	0.5	1.7
2. CONSULTANTS INTERNAT.	4.2	0.0	67.9	8.0	0.0	0.0	40.3	118.8	35.0	0.0	0.0	18.2	17.0
Sub-total	4.2	0.0	92.0	8.0	66.6	0.0	40.3	145.6	70.3	46.8	322.5	18.7	18.7
I. FORMATION													
1. FORMATION LOCALE	5.2	39.5	7.7	305.4	0.0	9.8	1.0	4.1	2.0	65.9	0.0	1.0	2.0
2. FORMATION A L'ETRANGER	0.0	0.0	37.1	0.0	0.0	0.0	4.3	4.7	0.0	0.0	28.6	0.0	0.0
3. FORMATION REGIONALE	0.0	0.0	1.8	0.0	0.0	0.0	1.8	0.0	0.0	3.5	2.7	0.0	0.0
Sub-total	5.2	39.5	46.7	305.4	0.0	9.8	7.0	8.8	2.0	69.5	31.2	1.0	2.0
J. PRODUITS PHARMACEUTIQUES	0.0	24.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
K. CONTRACEPTIFS	19.1	24.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
L. REFINANCEMENT PPF ET SPPF	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total INVESTMENT COSTS	147.2	162.8	260.9	363.0	416.0	278.1	124.6	376.3	74.8	295.9	3041.4	19.7	126.6
II. RECURRENT COSTS													
A. FRAIS DE FONCTIONNEMENT	70.7	70.6	118.7	0.0	0.0	0.0	20.5	53.2	3.7	24.1	1.8	0.0	0.0
Total BASELINE COSTS	217.9	233.4	379.5	363.0	416.0	278.1	145.1	429.4	78.4	320.0	3043.2	19.7	126.6
Physical Contingencies	17.8	17.8	25.1	20.6	38.3	27.3	11.1	32.6	4.0	25.0	286.5	1.0	11.6
Price Contingencies	28.0	29.3	47.2	44.8	58.2	37.2	19.2	60.3	3.3	39.2	436.7	2.2	17.1
Total PROJECT COSTS	263.6	280.5	451.8	428.5	512.5	342.7	175.5	522.3	85.8	384.2	3766.4	22.9	155.4
Taxes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Foreign Exchange	223.1	209.3	374.7	65.3	270.5	298.7	160.9	419.3	43.8	247.0	2232.8	21.2	138.3

Values Scaled by 1000.0 2/27/1991 11:51

SENEGAL
 Projet de Developpement des Ressources Humaines I
 Population et Sante
 Summary Account by Project Component
 FCFA

	Pharm. National d'Approv.	Stocks de Depart, Medica.	Campagne s d'Inform ation	Strategi e a long terme	Renf. Plan. et Gestion	Bur. de Coord., Plan	Unite de Coord, Sante	Unite de Coord, Interieu r	Refinanc ement PPF et SPPF
I. INVESTMENT COSTS									
A. GENIE CIVIL (LCB)	44.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.2	0.0
B. GENIE CIVIL (ICB)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
C. MOBILIER (LCB)	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	3.5	6.4	0.0
D. MOBILIER (ICB)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
E. EQUIPEMENT (LCB)	0.0	0.0	65.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
F. EQUIPEMENT (ICB)	16.9	0.0	0.0	0.0	11.6	5.7	23.0	10.0	0.0
G. VEHICULES	11.8	0.0	0.0	0.0	7.8	19.6	28.1	52.4	0.0
H. SERVICES SPECIALISTES									
1. CONSULTANTS LOCAUX	0.0	0.0	0.0	0.0	14.3	7.4	10.1	13.8	0.0
2. CONSULTANTS INTERNAT.	51.1	0.0	6.4	36.1	55.2	84.9	50.9	12.7	0.0
Sub-total	51.1	0.0	6.4	36.1	69.5	92.2	61.1	26.6	0.0
I. FORMATION									
1. FORMATION LOCALE	0.8	0.0	0.0	0.3	9.3	0.0	0.0	0.0	0.0
2. FORMATION A L'ETRANGER	14.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.9	15.7	0.0
3. FORMATION REGIONALE	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.4	0.0
Sub-total	15.0	0.0	0.0	0.3	9.3	0.0	12.9	20.1	0.0
J. PRODUITS PHARMACEUTIQUES	0.0	642.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
K. CONTRACEPTIFS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
L. REFINANCEMENT PPF ET SPPF	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	208.0
Total INVESTMENT COSTS	141.8	642.6	71.5	36.4	98.1	120.5	128.5	123.7	208.0
II. RECURRENT COSTS									
A. FRAIS DE FONCTIONNEMENT	76.9	0.0	0.0	0.0	10.2	115.3	175.3	138.1	0.0
Total BASELINE COSTS	218.7	642.6	71.5	36.4	108.3	235.9	303.9	261.8	208.0
Physical Contingencies	14.7	64.3	6.8	1.8	6.4	13.2	17.9	16.9	0.0
Price Contingencies	26.0	76.8	9.9	5.9	11.7	30.9	36.8	32.6	0.0
Total PROJECT COSTS	259.4	783.7	88.2	44.1	126.4	279.9	358.6	311.3	208.0
Taxes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Foreign Exchange	217.1	783.7	80.3	43.7	96.1	242.7	302.5	256.2	130.0

Values Scaled by 1000.0 2/27/1991 11:51

SENEGAL
 Projet de Developpement des Ressources Humaines I
 Population et Sante
 Financing Plan by Project Components
 US\$

	IDA		GOUVERNEMENT DU SENEGAL		Total		For. Exch.	Local (Excl. Taxes)	Duties & Tax.
	Amount	%	Amount	%	Amount	%			
A. P.F./Serv.Sante-SMI	0.9	92.1	0.1	7.9	1.0	2.7	0.9	0.2	0.0
B. PF/Secteur Prive et	1.0	92.6	0.1	7.4	1.1	2.8	0.8	0.3	0.0
C. Plan.Fam./IEC	1.6	92.3	0.1	7.7	1.7	4.6	1.4	0.3	0.0
D. Alphab. Fonctionnelle	1.6	100.0	0.0	0.0	1.6	4.3	0.3	1.4	0.0
E. Extension Case-foyers	1.7	87.9	0.2	12.1	2.0	5.2	1.0	0.9	0.0
F. Acces aux tech. appro.	1.3	100.0	0.0	0.0	1.3	3.5	1.1	0.2	0.0
G. Renfcmt. Institu.,	0.7	96.6	0.0	3.4	0.7	1.8	0.6	0.1	0.0
H. Projets pour les Jeunes	1.9	94.1	0.1	5.9	2.0	5.3	1.6	0.4	0.0
I. Renformat. Institutionnel	0.3	98.7	0.0	1.3	0.3	0.9	0.2	0.2	0.0
J. Programme Formation	1.4	98.1	0.0	1.9	1.5	3.9	1.0	0.5	0.0
K. Reforme Niveau District	12.9	88.9	1.6	11.1	14.5	38.2	8.6	5.9	0.0
L. Gestion Finan., District	0.1	100.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1	0.0	0.0
M. Promo Comites de Sante	0.6	100.0	0.0	0.0	0.6	1.6	0.5	0.1	0.0
N. Pharm. National	0.9	88.1	0.1	11.9	1.0	2.6	0.8	0.2	0.0
O. Stocks de Depart,	3.0	100.0	0.0	0.0	3.0	8.0	3.0	0.0	0.0
P. Campagnes d'Information	0.3	100.0	0.0	0.0	0.3	0.9	0.3	0.0	0.0
Q. Strategie a long terme	0.2	100.0	0.0	0.0	0.2	0.4	0.2	0.0	0.0
R. Renf. Plan. et Gestion	0.5	97.6	0.0	2.4	0.5	1.3	0.4	0.1	0.0
S. Bur. de Coord., Plan	0.9	87.8	0.1	12.2	1.1	2.8	0.9	0.1	0.0
T. Unite de Coord, Sante	1.2	85.5	0.2	14.5	1.4	3.6	1.2	0.2	0.0
U. Unite de Coord,	1.0	86.4	0.2	13.6	1.2	3.2	1.0	0.2	0.0
V. Refinancement PPF et	0.8	100.0	0.0	0.0	0.8	2.1	0.5	0.3	0.0
Total Disbursement	34.9	92.2	2.9	7.8	37.9	100.0	26.4	11.5	0.0

Values Scaled by 1000.0 2/27/1991 12:02

SENEGAL
 Projet de Developpement des Ressources Humaines I
 Population et Sante
 Financing Plan by Disbursement Category
 US\$

	IDA		GOUVERNEMENT DU SENEGAL		Total		For. Exch.	Local (Excl. Taxes)	Duties & Tax.
	Amount	%	Amount	%	Amount	%			
A. GENIE CIVIL (LCB)	2.3	85.0	0.4	15.0	2.7	7.1	1.6	1.1	0.0
B. GENIE CIVIL (ICB)	8.7	85.0	1.5	15.0	10.3	27.1	6.2	4.1	0.0
C. EQUIPEMENT (ICB)	5.9	100.0	0.0	0.0	5.9	15.7	5.5	0.4	0.0
D. EQUIPEMENT (LCB)	2.2	100.0	0.0	0.0	2.2	5.7	2.0	0.2	0.0
E. MOBILIER (LCB)	0.9	100.0	0.0	0.0	0.9	2.3	0.7	0.2	0.0
F. PRODUITS PHARMACEUTIQUES	3.3	100.0	0.0	0.0	3.3	8.8	3.3	0.0	0.0
G. CONSULTANTS LOCAUX	2.7	100.0	0.0	0.0	2.7	7.2	0.3	2.4	0.0
H. CONSULTANTS INTERNAT.	2.4	100.0	0.0	0.0	2.4	6.4	2.4	0.0	0.0
I. FORMATION LOCALE	3.0	100.0	0.0	0.0	3.0	7.9	0.7	2.3	0.0
J. FORMATION A L'ETRANGER	0.4	100.0	0.0	0.0	0.4	1.0	0.4	0.0	0.0
K. FRAIS DE FONCTIONNEMENT	3.0	75.0	1.0	25.0	4.0	10.6	3.2	0.8	0.0
L. FORMATION REGIONALE	0.1	100.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0
Total Disbursement	34.9	92.2	2.9	7.8	37.9	100.0	26.4	11.5	0.0

Values Scaled by 1000.0 2/27/1991 12:02

REPUBLIC OF SENEGAL
HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT PROJECT

Population and Health

Key Documents in the Project File

1. Composante Santé maternelle et infantile et planification familiale. Dr. Jean Lecomte, juillet 1990.
2. Déclaration de la politique de population. Ministère du Plan et de la Coopération, Direction des Ressources humaines, République du Sénégal, avril 1988.
3. Déclaration de la politique nationale de santé. Ministère de la Santé publique, République du Sénégal, juin 1989.
4. Composante d'appui aux régions et districts sanitaires. Jean-Pierre Unger, août 1990.
5. L'Autonomie d'action de la Pharmacie nationale d'approvisionnement. Ali Sow, juillet 1990.
6. Composante Population -- Promotion de la femme dans le développement. Louise Camiré, juillet 1990.
7. Etude de gestion et d'organisation de la Pharmacie nationale d'approvisionnement. CREDES, mars 1990.
8. Programmation sanitaire par pays: Mise à jour de la planification des régions médicales, des sous-districts sanitaires, des centres de santé et des postes de santé. Jean-Pierre Unger, décembre 1989.
9. Projet Promotion de la femme dans le développement au Sénégal: Rapport technique sur l'alphabétisation fonctionnelle des femmes. Fakoney Ly, juillet 1990.
10. Composante Nutrition. Sérigne Mbaye Diene, août 1990.
11. Les ressources humaines dans le domaine hospitalier: Analyse du rapport provisoire. Denis Brun, juin 1990.

12. Rapport d'Audit au 31 octobre 1989 -- Pharmacie nationale d'approvisionnement.
Cabinet Aziz Dieye, janvier 1990.
13. Etude sur la politique pharmaceutique: Compte rendu des travaux de la 1ère phase de l'équipe technique opérationnelle. CREDES (Mme Damour) et SOGELERG (M. Fleury), avril 1988.

REPUBLIC OF SENEGAL
HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT PROJECT
Population and Health

Specialist Services included in the Program

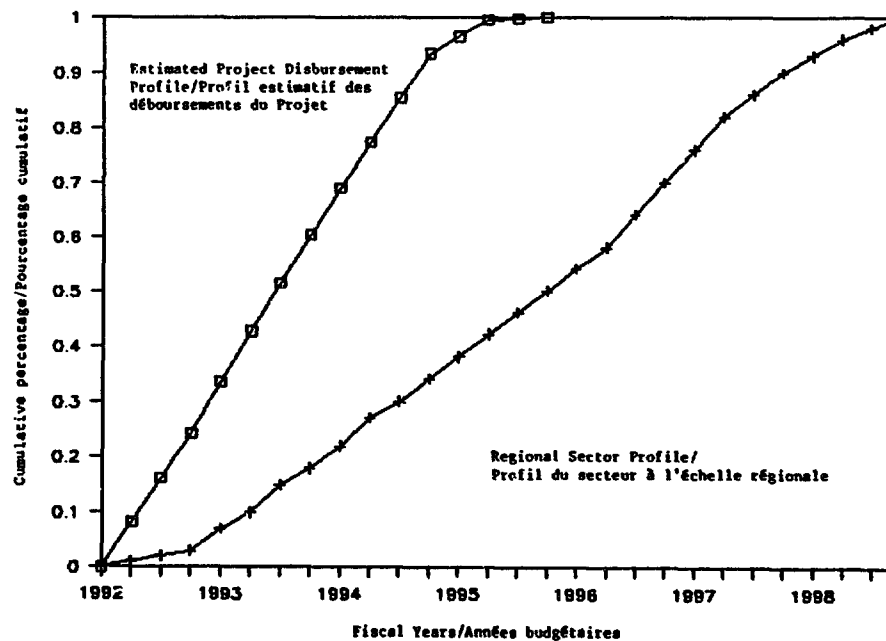
	<u>Person/Month</u>	
	<u>local</u>	<u>international</u>
Expanding FP Services through the Public Health System: for preparation of revised curricula	-	1
Promoting FP through IEC: for evaluation, marketing and design	30	16
Institutional Strengthening of the Women's Ministry: for monitoring and evaluation, and information and awareness campaign.	-	11.5
Reaching Young men and women: on Family Life Education and related topics	-	6
Population research: for carrying out research studies	50	-
Monitoring and evaluation of the National Population Program: for developing the system	2	2
Development of training programs for District Health Personnel: for setting up and supervising the training zones, and for preparing training modules and for actual training of DMOs and HPNs	65	7
Developing a Financial Management System for districts: on budgetary and accounting procedures	1	4
Promoting Community Health Associations: for development of information campaigns and guidelines, and evaluation of cost recovery efforts	4	4.5

	<u>Person/Month</u>	
	<u>local</u>	<u>international</u>
Reform of the National Pharmacy: on PNA organization and management	-	11
Information campaigns on essential drugs: on social marketing	-	1.5
Development of a long-term strategy for the pharmaceutical sector: for two studies and for preparing strategy	-	8.5
Institutional strengthening in the Health Sector: to carry out six studies	31	13
Project Coordinating Unit (PCU): for procurement, M&E, audit	18	24
Health Component Support Unit (HCSU): for procurement, account, audit	11	12
Women Component Support Unit (WCSU): for M&E, and specialized support	50	5
	<u>262</u>	<u>127.0</u>
GRAND TOTAL		389

In addition, program costs include about CFAF 480 million (about US\$1.84 million equivalent) for technical fees comprising architectural services and engineering services for studies and supervision of construction.

Disbursement Profile/Profil de Deversements

IDA Fiscal years and Quarters/ Annees budgetaires IDA et trimestres	Disbursements/ Deversements		Profile/ Profil		
	By Quarter/ Par trimestre (US\$ Million)	Cumulative/ Cumulatif (US\$ Million)	Project/ Projet (%)	Regional Sector/ Secteur a l'echelle regionale (%)	
1992	1	0.0	0.0	0.0%	0.0%
	2	2.9	2.9	8.3%	1.0%
	3	2.8	5.7	16.3%	2.0%
	4	2.8	8.5	24.3%	3.0%
1993	1	3.2	11.7	33.4%	7.0%
	2	3.2	14.9	42.6%	10.0%
	3	3.1	18.0	51.4%	15.0%
	4	3.1	21.1	60.3%	18.0%
1994	1	3.0	24.1	69.9%	22.0%
	2	3.0	27.1	77.4%	27.0%
	3	2.8	29.9	85.4%	30.0%
	4	2.8	32.7	93.4%	34.0%
1995	1	1.1	33.8	96.6%	38.0%
	2	1.0	34.8	99.4%	42.0%
	3	0.10	34.9	99.7%	46.0%
	4	0.10	35.0	100.0%	50.0%
1996	1				54.0%
	2				58.0%
	3				64.0%
	4				70.0%
1997	1				76.0%
	2				82.0%
	3				88.0%
	4				90.0%
1998	1				93.0%
	2				96.0%
	3				98.0%
	4				100.0%



Assuming credit effectiveness during the second quarter of FY92/
Avec l'hypothèse que le crédit entrera en vigueur au cours du
deuxième trimestre de l'année budgétaire 92.

REPUBLIC OF SENEGAL
HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT PROJECT

Population and Health

Supervision Plan

1. **Bank supervision input.** Regular supervision needs are described in the table below. In addition, specific tasks such as review of progress reports, procurement and disbursement actions, audit reviews, etc., are estimated to require a total of four-staff weeks of various specialists inputs per annum.

2. **Borrower's Contribution to Supervision**
 - (a) Progress reports will be submitted twice a year, in April and October; they will comprise a summary of implementation under each project component, as well as financial tables. The Project Coordinating Unit (PCU) will collect inputs from each Component Support Unit (CSU) and prepare the reports;
 - (b) Project coordination, monitoring and evaluation will be the responsibility of the PCU, under the overall guidance of the Interministerial Committee;
 - (c) Once a year, in October, a joint Government/donors review covering all aspects of the project would be held on the basis of a report prepared one month earlier by PCU. The joint annual reviews would be chaired by the Director of Planning in the Ministry of Economy, Finance and Plan (MEFP). A comprehensive review of the progress of project implementation will be held in June 1994;
 - (d) The PCU will be responsible for coordinating arrangements for IDA supervision missions and for providing information to them. Officials from the concerned agencies will accompany the missions on field trips; and
 - (e) Mission briefing meetings on arrival and wrap-up meetings will be chaired by the Director of Planning in the MEFP with the participation of the heads of PCU and CSUs and representatives of the implementing agencies.

3. **Cofinanciers' Contribution to Supervision.** Cofinanciers will be consulted on, and invited to participate in supervision activities, and will be kept fully informed regarding TORs, aide-memoires and results of IDA supervision missions. It is expected that cofinanciers will participate in the April Joint Annual Review and bring complementary skills to the supervision missions.

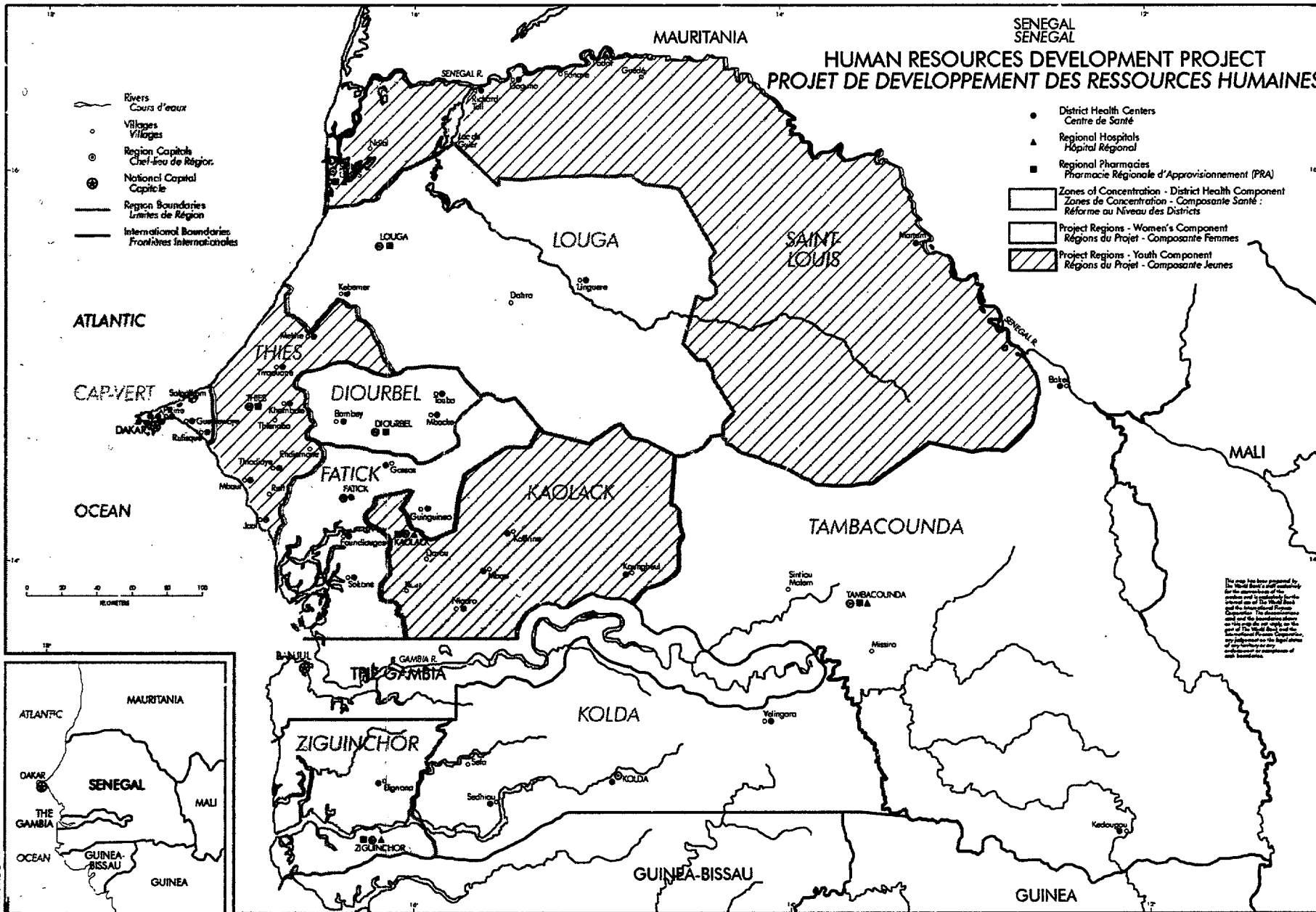
BANK SUPERVISION INPUT INTO KEY ACTIVITIES

<u>Approx. dates</u> (month/year)	<u>Activity</u>	<u>Skill requirements</u>	<u>Staff input</u> <u>Staff/week</u>
10/91	Project launch workshop, and first supervision mission to review project start-up and procurement	Project officer Public Health Procurement	8
03/92	Supervision mission	Project officer Procurement	4
10/92	First Joint Review	Project officer Public Health Procurement/civil works Pharmacy WID Functional literacy	14
03/93	Supervision mission	Project officer Public Health	8
10/93	Second Joint Review	Project officer Public Health Family Planning Pharmacy	12
03/94	Supervision mission	Project officer Public Health	8
06/94	Comprehensive Review	Project officer Public Health Family Planning Pharmacy WID Civil works	14
10/94	Third Joint Review	Project officer Public Health	8

SENEGAL
SENEGAL
HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT PROJECT
PROJET DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

- Cours d'eau
- Villages
- Région Capitale
- National Capital
- Région Boundaries
- International Boundaries

- District Health Centers
- ▲ Regional Hospitals
- Regional Pharmacies
- Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA)
- Zones of Concentration - District Health Component
- Zones de Concentration - Composante Santé : Réforme au Niveau des Districts
- Project Regions - Women's Component
- Régions du Projet - Composante Femmes
- ▨ Project Regions - Youth Component
- ▨ Régions du Projet - Composante Jeunes



The map has been prepared by the World Bank's staff members for the assistance of the project and is published as an official document of the World Bank. It is not intended to be used for any other purpose and the boundaries shown are those of the countries as of the date of the map. The World Bank does not assume any responsibility for any errors or omissions in the map.