

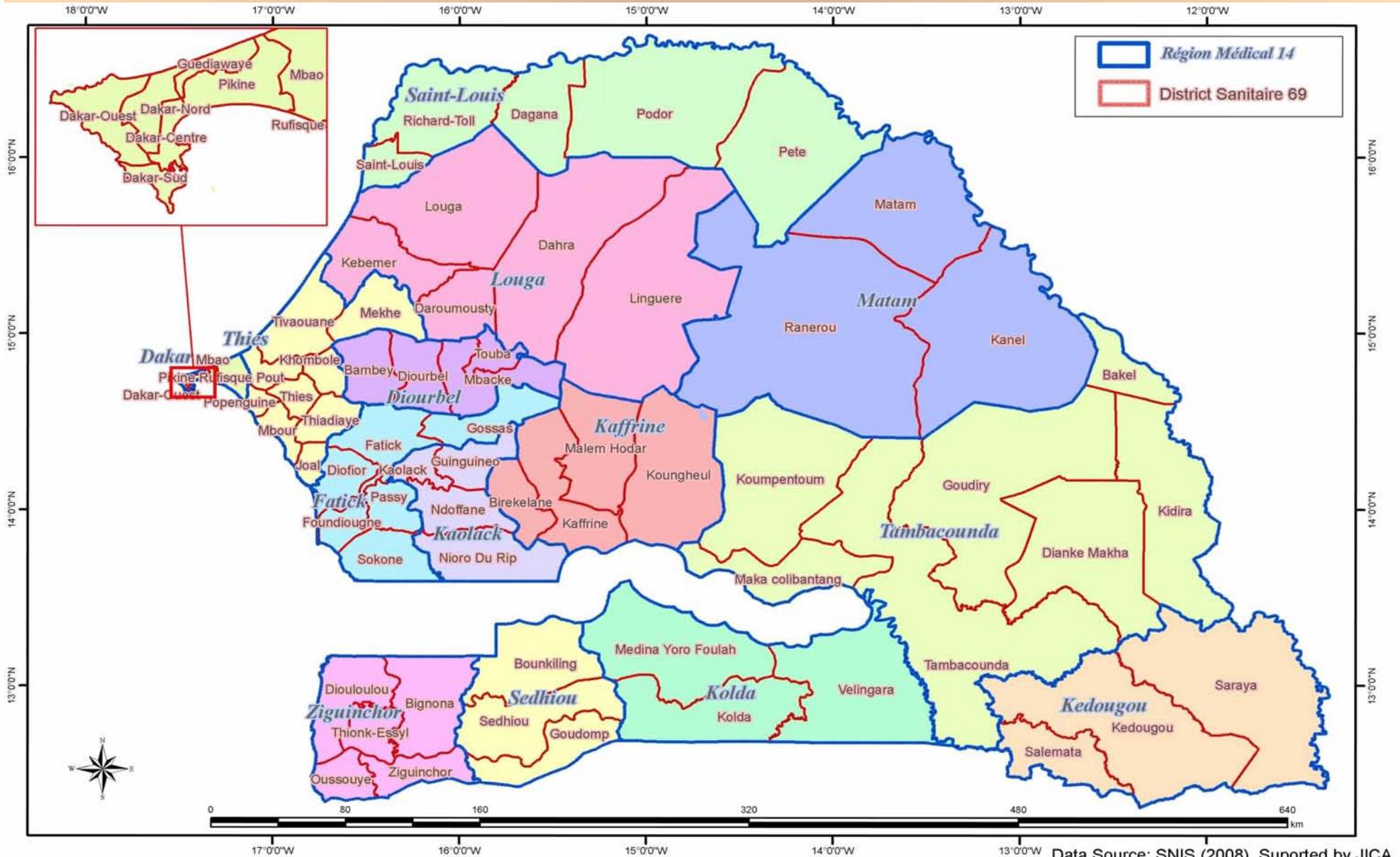
# SITUATION SANITAIRE DU SENEGAL

Dr Boubacar SARR

Coordonnateur du Programme  
National de Lutte contre la Cécité



# LE SENEGAL



Data Source: SNIS (2008), Supported by JICA

# SENEGAL: Milieu physique

- Pointe de l'Afrique Occidentale, 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest.
- Superficie : 196722 km<sup>2</sup>.
- Limites :
  - Nord par la Mauritanie,
  - Est par le Mali,
  - Sud par la Guinée et la Guinée Bissau ;
  - Ouest le Sénégal est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côte.
- Réseau hydrographique: 4 quatre grands fleuves (le Sénégal, la Gambie, la Casamance, le Saloum)
- Climat tropical : longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre. 1 400 mm en Casamance contre 381 mm au Nord.
- Désertification ++++ (Sahel)

# Caractéristiques de la population

- Population estimée à 11,6 millions d'habitants (2008),
- Densité moyenne de 58 habitants au km<sup>2</sup>, mais de grandes disparités.
- Taux d'urbanisation élevé (41,5% selon DPS 2005) avec un dépeuplement des campagnes au profit des villes
- Population se caractérise par sa jeunesse en 2005, les moins de 20 ans représentent 54% de la population, et les plus de 65 ans 4%.
- *Femmes en âge de reproduction* (15-49 ans) est estimé à 3 124 600
- *Enfants de moins de 5 ans* à 1 755 800.
- **Espérance de vie** à la naissance 58 ans
- **Taux brut de natalité** est de 39,1 pour mille. Le taux de croissance annuel de la population estimé à 2,5% (fécondité encore élevée, indice synthétique de fécondité estimé à 5,3 enfants par femme) (EDS IV),
- La région de Dakar abrite **22,4%** de la population totale (**0,3%** de la superficie nationale). Les régions les moins peuplées sont celles de Tambacounda (y compris Kédougou) et de Matam avec respectivement 11 et 16 habitants au km<sup>2</sup>. Ce sont aussi les régions les plus vastes du pays avec 30,4% et 14,8% du territoire national.
- Particularité : Guédiawaye, Pikine (Dakar) et Touba (Diourbel) qui sont plus peuplées que certaines régions (exode rural et bidonvilles).
- Les ethnies principales sont les Wolofs (43%), Pulaar (24%), Sérères (15%).

# Economie

- Éducation et Santé > 50% du budget de fonctionnement
- Économie vulnérable aux chocs exogènes.
  - Déficit pluviométrique = contre performances secteur agricole en deux années successives,
  - Hausse des prix du pétrole et des produits alimentaires
  - Effets de la crise financière internationale en 2008.
  - Conséquences : Inflation = 5% et Déficit des finances publiques 5% du PIB.
- Part du budget de l'État alloué à la santé = 10% et devrait atteindre 15% (engagements des Chefs d'États africains à Abuja en 2000).
- Dans les pays en voie de développement, les gens tombent malades parce qu'ils sont pauvres, ils s'appauvrissent davantage parce qu'ils sont malades ; et voient leur état de mal empirer du fait de la misère accrue » (Sir Edwin, Médecin économiste).

# Administration

- Le Sénégal est composé de 14 régions, 45 Les régions sont subdivisées en départements et ces derniers en arrondissements.
- Depuis l'adoption de la loi 96-06 sur la décentralisation départements, 118 arrondissements, 151 communes et 363 communautés rurales.
- Le Sénégal compte trois ordres de collectivités locales : régions, communes et communautés rurales. A leur tête siègent des conseils élus investis de compétences dans le domaine de la santé.
- Noter que le découpage administratif ne coïncide pas exactement avec le découpage sanitaire. Les régions médicales correspondent aux territoires des régions administratives, cependant plusieurs districts sanitaires peuvent se retrouver dans un même département.

# PROFIL SANITAIRE

- Causes majeures de morbidité sont les maladies infectieuses, ainsi que les parasitoses. On note en 2005 :
  - le paludisme (42,39% des causes de consultations),
  - les parasitoses (2,86%),
  - les dermatoses (8,04%) et
  - les affections respiratoires (6,31%). (*Source : SNIS MSPM*)
- Les taux relativement élevés de mortalité infantile (61 ‰) et infanto-juvénile (121 ‰) (EDS IV en 2005) sont essentiellement dus aux carences nutritionnelles, à l'avitaminose A et aux carences en micronutriments.
- Les maladies diarrhéiques et le paludisme, ainsi que les affections respiratoires, apportent leur lot aux causes de mortalité infantile et infanto-juvénile.
- Le taux de mortalité maternelle 401 pour 100.000 naissances vivantes (EDS IV en 2005) a pour principales causes les grossesses précoces, nombreuses ou rapprochées.

# Politique de santé

- La politique de santé trouve son fondement dans la **Constitution Sénégalaise** (article 17).
- S'inscrit dans le cadre du **DSRP**, et vise les **OMD**
- La vision : **Un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion.**
- **Les objectifs pour la décennie à venir sont**
  - Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ;
  - Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
  - Renforcer durablement le système de santé ;
  - Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

# Politique de santé

- **La prévention**, est l'option politique majeure qui trouve son fondement dans son **ancrage** aux Soins de Santé Primaires.
- Cette politique de santé s'articule autour de :
  - L'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quelque soit le statut socio-économique ;
  - L'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
  - La promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
  - La protection des groupes vulnérables ;
  - Le renforcement du partenariat public-privé ;
  - La promotion de la multisectorialité ;
  - L'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
  - La culture de la gestion axée sur les résultats.

# RAPPEL DES OMD

1. Réduire l'extrême pauvreté et la faim.
2. Assurer l'éducation primaire pour tous.
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes .
4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans.
5. Améliorer la santé maternelle.
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies endémiques.
7. Assurer un environnement durable.
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

# Ressources Humaines: situation

Niveau des indicateurs en Ressources Humaines

<i>Catégories professionnelles</i>	<i>Normes OMS</i>	<i>Normes PNDS 1998/2007</i>	<i>Couverture atteinte en 2007</i>
<i>Médecins</i>	<i>1 pour 10000 habitants</i>	<i>Définies selon les types de structures</i>	1 pour 11000 habitants (y compris le secteur privé)
<i>Infirmiers</i>	<i>1 pour 300 habitants</i>	<i>1 pour 5000 habitants</i>	1 pour 4200 habitants
<i>Sages Femmes d'Etat</i>	<i>1 pour 300 FAR</i>	<i>1 pour 1500 à 2000 FAR</i>	1 pour 4000 habitants

Couverture en personnel sanitaire (médecin, SFE, Infirmier) en 2007

catégories socio professionnelles	Secteur Public				Secteur Privé		effectif total 2008	Ratio (public& privé) 2008
	Effectif 1994	Ratio 1994	effectif 2008	Ratio 2008	effectif 1994	effectif 2008		
<i>Médecin</i>	292	27833	624	18615	348	436	1060	10958
<i>SFE</i>	516	3623	677	3946	44	ND	ND	ND
<i>Infirmiers</i>	1734	4687	2777	4183	245	ND	ND	ND

Population 1994 = 8127 374 – Population 2008 = 11 615 586 ( Sources : Ratios calculés à partir des données de la Carte Sanitaire 2008

Défi cit surtout SFE

Pour les infirmiers, il y a un léger mieux.

Pour les médecins par contre, on note un progrès porté par le secteur privé

# Ressources Humaines

- Elaboration en 1996, d'un plan national de formation du personnel
- 2002 ; ouverture des Centres Régionaux de Formation,
- Création en 2003 de la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la mise en œuvre d'une politique de contractualisation.
- Malgré les efforts, les indicateurs restent en deçà des normes. En rapport avec:
  - l'insuffisance des effectifs au niveau des structures de formation (Universités +++)
  - la non maîtrise du processus de recrutement ( compétence de la fonction publique)
  - l'insuffisance des mesures incitatives pour fidéliser le personnel et réussir une meilleure répartition géographique.
- Le déficit surtout dans les zones éloignées de Dakar et difficiles (faible motivation, cadre de vie peu adéquat, absence d'un plan de relève).
- **Nécessité d'une collaboration accrue entre le ministère de la santé, l'université et les écoles de formation professionnelle en santé**

# Infrastructures

Tableau 4: Répartition des hôpitaux, centres de santé et postes de santé par région en 2008.

Région	Pop région	Dist	Hôp.	CS	PS	Ratio Pop/PS	Postes privés de santé	Nombre total postes de santé	Ratio corrigé ts PS
Dakar	2 622 408	8	8	19	109	24 059	12	121	21 673
Diourbel	1 319 308	4	2	5	72	18 324	4	76	17 359
Fatick	627 804	6	0	5	76	8 261	11	87	7 216
Kaffrine	492 685	4	0	2	40	12 317	0	40	12 317
Kaolack	757 743	4	1	4	64	11 840	6	70	10 825
Kédougou	118 921	3	0	2	18	6 607	2	20	5 946
Kolda	553 708	3	1	2	42	13 184	3	45	12 305
Louga	777 085	5	1	5	68	11 428	1	69	11 262
Matam	533 385	3	1	2	66	8 082	0	66	8 082
Saint-Louis	837 583	5	2	4	95	8 817	2	97	8 635
Sédhiou	418 278	3	0	1	40	10 457	1	41	10 202
Tambacounda	610 550	7	1	5	60	10 176	4	64	9 540
Thiès	1 471 754	9	2	9	126	11 681	17	143	10 292
Ziguinchor	474 374	5	1	5	95	4 993	14	109	4 352
TOTAL	11 615 586	69	20	70	971	11 962	77	1 048	11 084

Sources: MSP/SNIS, Carte sanitaire (2008)

***On note vingt (20) hôpitaux (Fatick et de Ziguinchor bloqué depuis 2005).***

***Il y a 70 centres de santé dont 23 de référence, répartis dans 65 districts sanitaires***

***A la communauté on a la case de santé (soins et activités préventives promotionnelles. en zone rurale)***

***Le secteur privé compte 1 hôpital privé confessionnel, 32 cliniques, 70 maternités, 131 cabinets médicaux et 77 postes de santé privés, 843 officines de Pharmacie, 4 Grossistes répartiteurs, Industries pharmaceutiques et l'Institut Pasteur de Dakar (vaccin anti-marijuana).***

***Offre de santé des ONG et Associations et l'offre privée en matière d'aide au diagnostic et laboratoires privés d'analyses médicales et une dizaine de services d'imagerie à Dakar.***

# Équipements

- Grâce au PNDS 1998-2007 :
  - Le plateau technique des structures sanitaires a été amélioré
  - Les moyens de supervision ont été accrus
  - Les conditions d'évacuation des malades ont été améliorées.
- Postes et centres de santé construits ont été équipés selon les normes.
- En 2002, la chaîne de froid a été entièrement renouvelée
- Tous les postes de santé ont été dotés en motos,
- Les centres de santé dotés en ambulances et véhicules de supervision, (vedettes ambulances)
- Les hôpitaux pourvus en équipements de pointe (scanner et autres).
- Fourniture d'équipements variés dans le domaine de l'hygiène hospitalière (incinérateurs, buanderie, matériels de stérilisation).
- Disponibilité de deux camions médicalisés pour les consultations foraines et d'un parc d'ambulances équipées pour le SAMU récemment créé.
- Points à améliorer:
  - Non prise en compte des besoins en équipements pour la prise en charge des maladies chroniques à soins coûteux.
  - Absence de plan de renouvellement des équipements. (déficit noté avec l'usure de certaines équipements acquis, mais n'ont pas été renouvelés).

# Maintenance

- Insuffisances dans le fonctionnement normal des activités de maintenance dans les hôpitaux, régions médicales et districts sanitaires où il existe un Service Technique de Maintenance (STM).
- Cette situation découle d'un défaut d'organisation (plan d'équipement, organigramme, système d'information pour la maintenance), mais aussi d'un déficit en personnel qualifié.
- L'option de rendre fonctionnels des STM au niveau des régions, hôpitaux et districts devrait être revue au vu des résultats enregistrés dans ce domaine.
- Une alternative pourrait être le recours à la contractualisation dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de maintenance.

# Médicaments et produits médicochirurgicaux

Réformes du secteur pharmaceutique pour assurer l'accès aux médicaments essentiels de qualité et à moindre coût.

- L'évaluation récente du système mis en place a révélé entre autres, **une faiblesse** dans la **disponibilité** des médicaments avec des problèmes **d'accessibilité** pour les populations vulnérables ou démunies et sans couverture sociale.
- Mesures prises :
  - Erection de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) en EPS,
  - Renforcement du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM),
  - Formation de pharmaciens inspecteurs,
  - L'homologation des prix des médicaments et produits médico-chirurgicaux,
  - L'introduction de médicaments traditionnels améliorés (MTA),
  - La lutte contre le marché illicite des médicaments et
  - L'élaboration d'une politique nationale pharmaceutique

# Systeme d'information

- **Le SIG est en cours de reconstruction.** , on peut noter :
  - la standardisation des outils et l'harmonisation des procédures de collecte au niveau des districts,
  - l'informatisation du Systeme d'information sanitaire (SIS)
  - la creation en 2004 du Service National de l'Information Sanitaire (SNIS).
  - CONSEQUENCE: sortie reguliere de l'annuaire statistique depuis trois ans avec une amelioration progressive de la qualite des donnees.
- **Points à améliorer :**
  - renforcement en ressources humaines et en logistique.
  - Adaptation de l'informatisation du systeme pour mieux prendre en compte le besoin au niveau central et regional.
  - Prise en compte par le SNIS des preoccupations des autres secteurs ayant des actions de sante (secteur prive, autres ministeres, organisations internationales, etc).
  - En peripherie, les donnees sont souvent incompletes, de faible qualite, peu exhaustives et la collecte est faiblement coordonnee (interference des programmes) d'ou la necessite de renforcer les capacites au niveau regional
  - Organiser le circuit de l'information (identifier les responsables à chaque niveau, preciser les conditions d'accès et les modalites de diffusion).

# Recherche en santé

- S'appuie sur
  - Les structures du système de santé national,
  - Le secteur privé
  - Les stations de recherche.
- Des initiatives de renforcement des capacités en recherche à l'intention des agents sont régulièrement prises.
- Le comité d'éthique a été mis en place et fonctionne.
- Le fonds d'impulsion à la recherche a permis d'améliorer certaines stratégies d'intervention (IRA, Paludisme, etc.).
- La maîtrise de la recherche en santé reste faible, d'où la nécessité de développer un partenariats avec l'Université, les Instituts de recherche et le secteur privé pour améliorer ce domaine et assurer une supervision et un contrôle effectif sur les activités de recherche.
- La coordination de la recherche en santé et l'éthique est assurée par une division, cependant il arrive que des activités de recherche au sein du MSP échappent à son contrôle et à sa supervision

# Organisation du système de santé

- **Organisation du ministère : Dysfonctionnements et insuffisances au niveau de certains secteurs.**
  - Absence d'une structure de planification,
  - Déficit de coordination,
  - Dispersion des services en charge de la santé de la mère du nouveau né et de l'enfant,
  - Faible interaction des interventions sectorielles,
  - Faiblesse de la recherche,
  - Difficultés de mise en œuvre de la réforme hospitalière
  - Absence d'une chaîne harmonieuse d'institutions de soins donnant l'impression que les structures hospitalières sont en dehors du système,
  - Insuffisances dans la politique pharmaceutique nationale et du domaine des laboratoires
  - Manque de contenu du programme de prévention médicale,
  - Faible capacité de la Région Médicale et du
  - Manque de cadre de concertation pour une décentralisation harmonieuse.

# Organisation du système de santé

**Le système de santé du Sénégal = structure pyramidale**

Niveau Central: regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions et les Services rattachés Trois ordres de difficultés:

- Le nombre important de services rattachés,
- Le conflit de compétences entre services partageant les mêmes missions,
- Le manque de précision dans les missions (pas d'arrêtés d'application).

Niveau intermédiaire : constitué par les 14 Régions Médicales (RM)

- L'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative,
- Elle assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région.
- Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification.
- Cependant, elles jouent difficilement ce rôle essentiellement du fait de l'insuffisance des capacités et des ressources (humaines, logistiques).

Niveau périphérique : constitué par les 69 districts sanitaires

- Unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire.
- Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif.
- Constitué d'un ou de plusieurs centres de santé et englobe un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales.
- Les districts comme les régions médicales manquent de capacités. Cette situation explique la faiblesse des équipes cadres.

# Offre de services et système de référence

- Epouse l'architecture de la pyramide sanitaire: l'hôpital au sommet (référence), puis le centre de santé au niveau intermédiaire et les postes de santé au niveau périphérique.
- Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé.
- Au niveau communautaire : initiatives matérialisées par le développement des cases de santé.
- Il faut noter en plus la part non négligeable de la médecine traditionnelle .
- Au niveau hôpital
  - Soins spécialisés (spécialités chirurgicales et médicales) sont disponibles au niveau des hôpitaux de niveau 3 (tous implantés à Dakar).
  - Médecine générale, la chirurgie générale et la césarienne sont disponibles au niveau des hôpitaux de niveau 2 (CHR région). Peut compter une ou plusieurs spécialités (pédiatrie, ophtalmologie, cardiologie, traumatologie, etc.), mais les plateaux sont rarement adéquats.
  - Disparités régionales +++ : technologie de pointe à Dakar
  - Réforme (1998) pour améliorer accessibilité (géographique et financière) par l'autonomie de leur gestion. Pourtant, les hôpitaux continuent de consommer la majeure partie du budget alloué aux soins.

# Offre de services et système de référence

## Au niveau centres de santé et postes de santé

- Les soins de santé de base y compris la maternité et les soins dentaires sont disponibles au niveau périphérique
- Lieu privilégié des activités préventives et promotionnelles.
- Dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle, des initiatives ont été prises pour rendre disponible la césarienne au niveau périphérique. L'objectif est de rendre disponible les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) dans tous les centres de santé de référence qui disposent d'un plateau technique d'hôpital de niveau 1. Aujourd'hui 12 centres de santé disposent de bloc chirurgical SOU parfois même élargi à la chirurgie générale.

## Systeme de référence/contre référence

- L'iniquité dans l'offre de services aurait pu être atténuée en partie s'il y avait un système opérationnel de référence/contre référence. Ce système tarde toutefois à être opérationnel.
- La bonne disponibilité des ambulances des districts et la gratuité des évacuations restent insuffisantes pour démocratiser l'accès aux soins. Le point de prestation doit jouer leur rôle de référence pour le niveau inférieur.
- Le système de référence/ contre référence suppose l'existence de procédures claires, partagées, validées et approuvées qui décrivent les conditions dans lesquelles tout malade qui entre en contact avec le système de santé gravit les échelons selon le cas.

# Offre de services et système de référence

## Secteur privé :

- Les actions phares inscrites pour le privé dans le PNDS :
  - Mener une enquête situationnelle sur le secteur privé
  - Inciter le privé à la mise en œuvre de la politique de santé ;
  - Organiser la pratique médicale dans le privé ;
  - renforcer la supervision et l'inspection technique dans le secteur privé ;
  - Renforcer les ordres mais également les associations, les amicales.
- Secteur privé peu impliqué dans la mise en œuvre des programmes de santé, (pas de cadre de collaboration formelle).
- Nécessité de renforcer le partenariat public – privé (PPP), mais le privé est souvent absent dans le processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques et programmes de santé.
- Les services de santé privés sont aussi bien fréquentés par les riches que par les pauvres et influencent favorablement les indicateurs prioritaires.
- En réalité, l'apport du privé est améliorable
  - Si ce secteur était bien impliqué,
  - Si la politique de contractualisation était mise en œuvre
  - Si des cadres formels de collaboration Public – Privé étaient créés et rendus fonctionnels.

# Offre de services et système de référence

## Initiatives au niveau communautaire

- Peu de stratégies particulières en matière de santé communautaire, mais on a assisté à un développement des cases de santé, et à des initiatives communautaires comme le TIDC, la prise en charge communautaire des IRA, de la diarrhée, du paludisme simple et des soins essentiels du nouveau né.
- Un groupe de travail créé en 2007 pour le passage à l'échelle des initiatives communautaires réussies afin d'améliorer la prise en charge de la maladie au niveau communautaire.
- Des activités promotionnelles et préventives ont été menées par les agents et relais communautaires et méritent d'être renforcées par un encadrement plus soutenu.

## Médecine Traditionnelle

- Volonté politique réelle de promouvoir la médecine traditionnelle.
- Les principales activités réalisées
  - Organisation d'un forum national ;
  - Recensement des tradipraticiens et leur organisation en associations ;
  - Création de cinq (05) centres d'expérimentations cliniques de médicaments à base de plantes médicinales dans quatre (04) régions : Dakar, Louga, Kounghoul et Kolda ;
  - Elaboration et la validation des textes réglementant la pharmacopée traditionnelle ;
  - Elaboration et validation d'un plan stratégique 2007 – 2010 pour la promotion de la médecine traditionnelle dans le système national de santé.
  - Un projet de Loi portant réglementation de la médecine traditionnelle a été élaboré en 2004 mais n'a pas encore été votée.

# Performances du secteur

## 3 objectifs majeurs du PNDS 1998-2007

- Réduire la mortalité maternelle,
  - Réduire la mortalité infanto juvénile
  - Maîtriser la fécondité.
- Au terme de sa mise en œuvre les résultats suivants ont été enregistrés :
    - le taux de mortalité maternelle est passé de 510/100 000 naissances vivantes en 1992 à 401/100 000 naissances vivantes en 2005 ;
    - le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 150‰ en 1997 à 121‰ en 2005 ;
    - le taux de mortalité infantile de 70,1‰ en 1997 à 61‰ en 2005. L'indice synthétique de fécondité est passé de 6,0 en 1992 à 5,3 en 2005.

# Performances du secteur

## Santé de la reproduction,

- Focus sur la surveillance de la grossesse, l'assistance par du personnel qualifié pendant l'accouchement et la prise en charge des complications obstétricales et néonatales.
- Selon l'EDS IV, la proportion de femmes enceintes ayant effectué au moins une consultation prénatale auprès de personnel de santé qualifié est passée de 82% en 1997 à 87% en 2005 avec un taux d'achèvement (4 CPN) de 40%.
- La proportion de femmes dont l'accouchement s'est déroulé en structure sanitaire est passée de 48% à 62% avec 52% par du personnel qualifié.
- Le taux de césarienne est de 3% inférieur au seuil de 5% recommandé dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle du fait que les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets (SONUC) sont encore inaccessibles du fait de l'insuffisance de bloc opératoire fonctionnel dans les centres de santé.
- La planification familiale connaît une progression lente, passant de 8,1% en 1997 à 10,3% en 2005 (EDS IV) alors que l'objectif était de 16%.
- L'absence de maîtrise de la fécondité fait partie des contraintes majeures pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.
- Noter de grandes disparités régionales, témoin de l'inégal accès aux soins. (mortalité maternelle de 309 pour 100.000 NV en milieu urbain contre 472 en milieu rural, la mortalité infanto juvénile est de 91‰ en zone urbaine et 160 ‰ en zone rurale).

# Performances du secteur

## Survie de l'enfant,

- Mortalité néonatale très élevée [X] faible recul de la mortalité infantile (plus de la moitié des décès avant 1 an interviennent avant le vingt huitième jour).
- L'insuffisance de prise en charge des soins post natals aggrave le phénomène. Moins de 3 femmes sur 10 en ont bénéficié dans les deux jours ayant suivi l'accouchement et une sur 10 entre le septième et le quarante deuxième jour selon l'EDS IV.
- La malnutrition contribue pour près de 50% des décès chez les enfants de moins de cinq ans.
- mise en œuvre de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) comme alternative pour rationaliser et intégrer les activités dans les formations sanitaires de premier niveau.
- La PCIME communautaire s'installe progressivement et couvre les activités du PAIN, les soins à domicile et le recours aux soins précoce.
- L'enquête PCIME de 2006 confirme que les maladies les plus courantes sont le Paludisme (72%), les IRA (47%) et la Diarrhée (23%) sur fond de malnutrition.
- Les résultats montrent une prise en charge correcte du paludisme (95%), des IRA (35%) et de la diarrhée (56%), un index de disponibilité des huit médicaments oraux de 0,63 (l'optimum étant de 1).

# Performances du secteur

## Immunisation

- le Programme Elargi de Vaccination (PEV) performant avec une couverture au DTC3 qui passe de 45,3% en 2001 à 93% en 2007 au niveau national. Ces résultats expliquent le recul des maladies cibles du PEV (la Poliomyélite dont le dernier cas remonte à 1998 et la Rougeole).
- Les autres priorités de la lutte contre la maladie concernent le SIDA, le paludisme et la tuberculose.

## Sida

- Le Sénégal, pays de référence en Afrique dans la lutte contre le SIDA; la séroprévalence à 0,7% par l'EDS IV (2005). (objectif du Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA 2007-2011 est le maintien de la prévalence du VIH à moins de 2%).
- L'épidémie du VIH est de type concentrée avec des taux de prévalence élevés (+20%) chez les groupes à risque (Travailleuses du sexe et les hommes ayant des rapports avec les hommes).
- Il faut noter la féminisation de l'épidémie avec un ratio Femme/Homme de 2,25,
- Il existe également des disparités régionales avec des prévalences fortes dans la région de Ziguinchor (2,2%) et la région de Kolda (2%) d'après l'EDS IV.
- En 2008, près de 7000 personnes ont bénéficié d'un traitement anti-rétroviral (ARV) gratuit.

# Performances du secteur

## Paludisme

- Tendence favorable observée à partir de 2001
- Taux de morbidité attribué au paludisme qui est passé de 33,6 % en 2001 à 22,25 % en 2007.
- Létalité hospitalière est passée de 6,20% en 2006 à 3,36 % en 2007.
- L'évaluation finale du Plan stratégique montre une amélioration des taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées entre 2000 et 2005. Ainsi, le taux d'utilisation chez les enfants moins de 5 ans passe de 1,2% à 18% et chez les femmes enceintes, le taux passe de 1,7% à 39%.
- Le taux d'utilisation du traitement préventif intermittent (TPI) à la SP chez la femme est de 47%.
- Pour améliorer le dépistage et la prise en charge des cas, les tests diagnostic rapide sont généralisés à l'ensemble des districts ; en outre les ACT sont rendus disponibles et accessibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

## Tuberculose,

- Lente évolution des indicateurs malgré les efforts consentis pour assurer la gratuité du traitement. En effet, en 2006 le taux de détection est estimé à 60% pour un objectif de 70% et le taux de guérison de 76% pour un objectif de 85%.
- Par ailleurs, nous assistons à un accroissement des cas multi résistants aux anti-tuberculeux majeurs.

# Performances du secteur

## Les Maladies Tropicales Négligées,

- L'Onchocercose n'est plus un problème de santé, mais des risques de résurgence existent.
- Pour le ver de Guinée, la certification de l'interruption de la transmission par l'OMS (2004) ; mais surveillance+++, surtout celle à base communautaire.
- Le trachome, 2ème cause de cécité après la cataracte, le traitement de masse par l'Azithromycine ainsi que la chirurgie du trichiasis ont démarré depuis 2004 dans les régions prioritaires.
- La bilharziose, des campagnes de traitement de masse au Praziquantel ont été initiées dans le cadre du Projet de Lutte contre les Maladies Endémiques (PLCME) depuis 1997.
- Le seuil d'élimination de la lèpre de 1 pour 10000 est atteint depuis une dizaine d'années (il est aujourd'hui à 1 pour 25 000).

## Les maladies à potentiel épidémique, comme le choléra

- Recrudescence avec une tendance endémique, les principaux déterminants sont les problèmes d'assainissement, les difficultés d'accès à l'eau potable et les mauvais comportements individuels et collectifs.
- La multiplicité des déterminants, requiert la mise en œuvre d'une approche multisectorielle pour asseoir une stratégie de lutte efficace et durable.

# Performances du secteur

- Au cours de ces trois dernières années, une attention particulière a été accordée aux maladies non transmissibles surtout celles qui posent des problèmes de prise en charge en termes de coûts même si les interventions restent encore timides. C'est ainsi qu'est née la notion de **maladie chronique à soins coûteux**.
- Sont rangés dans cette rubrique, le cancer, l'insuffisance rénale, le diabète. Ces maladies de plus en plus fréquentes dans toutes les couches de la population, sont causes de basculement des ménages dans la pauvreté.
- L'enquête sur la prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles avec l'OMS (enquête STEPS) devrait permettre d'orienter les stratégies surtout pour la prévention de ces maladies dont les soins sont onéreux.

# Enjeux et défis

- Pour atteindre les OMD-Santé notamment en matière de santé maternelle et infantile, il faut
  - Un recadrage institutionnel rigoureux,
  - L'opérationnalisation de la carte sanitaire
  - La mobilisation de ressources adéquates,
  - Une bonne politique d'allocation de ressources
  - La culture de la performance.
- Il existe toujours des barrières quant à l'accès des pauvres aux services de santé, d'où la nécessité de
  - Renforcer de l'offre,
  - Renforcer la solvabilité de la demande
  - Adopter une stratégie volontariste de promotion de la multisectorialité

# Enjeux et défis

- La volonté politique renouvelée de mettre la prévention au début et à la fin de l'action sanitaire tarde à être concrétisée à travers des programmes opérationnels. Il en résulte la persistance de comportements défavorables à la santé de la part des populations. En témoignent
  - le choléra devenu endémique,
  - la vaccination qui tarde à devenir un réflexe chez les populations,
  - le faible taux de prévalence contraceptive,
  - le retard noté dans la première consultation prénatale,
  - la fréquence des accouchements à domicile,
  - la négligence des consultations postnatales,
  - la faible proportion des enfants bénéficiant de la surveillance de la croissance,
  - l'accroissement des maladies cardiovasculaires, du diabète, etc.
- Cette tendance devrait être inversée avec une politique de promotion de la santé qui mettra particulièrement l'accent sur le suivi de la croissance des enfants, la promotion de comportements et de modes de vie sains.

# Enjeux et défis

- Les populations rurales accèdent difficilement aux services de santé surtout les services spécialisés (Dakar et capitales régionales), en plus du coût de la prise en charge déjà élevé, il faut ajouter les frais liés au déplacement et à l'hébergement,
- La démocratisation de l'accès aux soins constitue ainsi un défi majeur, et il faut assurer
  - La mise à disposition d'une offre de soins minimale par région
  - Une répartition spatiale judicieuse des moyens de diagnostic et de traitement garantiront plus d'équité dans la prise en charge.
  - Le relèvement du plateau technique des centres de santé pour les élever au rang d'hôpitaux de district est à l'ordre du jour.
  - En outre, il faudra implanter progressivement un hôpital de niveau 3 dans chaque chef lieu de région. La carte sanitaire devra à cet égard être révisée pour être plus ambitieuse et ainsi permettre une distribution des prestations de façon plus équitable.