

REPUBLIQUE DU SENEGAL

669

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

\*\*\*\*\*

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

\*\*\*\*\*



**RAPPORT DE  
PERFORMANCES DU  
CDSMT POUR L'ANNEE  
2012**

DRAFT JUIN 2013

## **1 Mot du Ministre**

Ce rapport marque un jalon particulier dans l'élaboration des rapports de performances démarrée depuis 2007 par le Ministère chargé de la santé. En effet, suite à une nouvelle alternance politique, les secteurs de la santé et de l'Action sociale ont retrouvé leur cohabitation voire leur coexistence inextricable selon les convictions des syndicats des travailleurs des deux secteurs. Ainsi ce rapport de performances de l'année 2012 ne couvrira que les résultats du secteur santé du fait de l'architecture du CDSMT, objet de la présente évaluation.

Une autre limite importante du présent rapport reste les effets de la rétention des informations sanitaires, suite aux perturbations qu'a connues le secteur depuis plus de deux ans. Aujourd'hui, nous nous félicitons que cette situation ait pu connaître son terme depuis le mois d'Avril de cette année.

Les résultats sanitaires de 2012 semblent se situés dans les tendances que celles observées l'année d'avant où ils ont été plutôt satisfaisants. Il est néanmoins très dommageable qu'hormis quelques résultats révélés à travers des indicateurs de processus, rien ne vient justifier ce sentiment de satisfaction.

Il est par ailleurs de notre responsabilité en temps qu'acteur de santé, d'œuvrer ensemble avec tous nos partenaires, dans un climat social apaisé, pour préserver la santé de nos populations, dans un contexte de couverture maladie universelle et accélérer la cadence dans notre marche vers l'atteinte des OMD.

Ainsi, les résultats acquis au cours de l'année 2012, doivent nous guider dans nos actions et nos interventions de tous les jours pour réaliser les missions qui nous sont assignées.

**Ministre de la Santé et de l'Action Sociale**

**Madame Eva Marie Coll SECK**

## **2 Résumé exécutif**

## **3 Présentation du Ministère**

### **3.1. MISSION**

Le Ministère a pour mission de contribuer au bien-être des populations en améliorant leur état de santé et en le portant à un niveau socialement productif. C'est ainsi qu'il veille particulièrement à la démocratisation du système de santé notamment en garantissant l'accès des groupes vulnérables à des services de qualité. L'Action Sociale relevant désormais de la compétence du ministère, lui permet de mieux remplir cette mission.

Il faut rappeler la nouvelle vision du PNDS : "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, curatifs et ré adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif".

### **3.2. CLIENTELE**

Le rapport de performances vise à analyser les interventions du MSAS en direction des usagers du service public de santé (personnes physiques et communautés), justifiant les efforts de l'Etat pour le bien être des populations. Le champ d'analyse couvre autant les prestations de soins individuels que les actions collectives de santé publique.

Conformément au cycle budgétaire de l'Etat, le MSAS prépare un budget annuel à l'instar de tous les autres départements ministériels. Au bout de ce processus, l'Etat lui alloue des ressources pour réaliser les objectifs qui lui sont assignés. Les interventions du MSAS bénéficient aussi de la contribution financière des populations, des collectivités locales et des partenaires extérieurs.

A travers le rapport de performances, il est question d'évaluer l'atteinte des résultats attendus et la façon dont les ressources ont été utilisées, en analysant les performances enregistrées par les différents démembrements du MSAS. Les ressources publiques gérées par une structure appartenant au MSAS et les ressources extrabudgétaires gérées par des structures qui sont sous sa tutelle.

Il s'agit donc, dans la phase actuelle, des ressources des services publics de santé, en attendant d'amorcer une deuxième phase couvrant l'ensemble de la mission de santé publique et prenant en compte les activités des structures privées de santé associées à la mission de santé publique.

Ainsi, les ressources des ménages et des personnes morales privées utilisées dans les structures privées de santé ne sont pas toutefois, concernées dans ce rapport de performance.

### **3.3. PRODUITS ET SERVICES OFFERTS**

L'action du ministère vise prioritairement le développement de l'offre de soins curatifs, promotionnels, préventifs et ré adaptatifs. Cependant, l'effort de renforcement de la demande de santé des populations est devenu un souci important pour faire progresser le secteur dans une logique de relation de marché équilibré entre les prestataires des services offerts et les usagers. La diversité des produits et services de santé s'explique par le besoin de s'adapter à la demande croissante et variée des usagers. L'Etat du Sénégal a engagé une politique d'ajustement de cette relation d'autant qu'elle se réalise à travers un processus de plus en plus marchand avec une tarification coûteuse pour les populations. Pour protéger les couches les plus vulnérables, l'Etat a pris de nombreuses initiatives visant à faciliter l'accès aux soins au plus grand nombre. A cet égard, on peut citer la gratuité des accouchements et de la césarienne, le plan sésame, la subvention de l'hémodialyse ainsi que de l'insuline. Il faut ajouter à cela, la loi d'orientation sociale adoptée en 2010 et dont la mise en œuvre incombe en parti au MSAS.

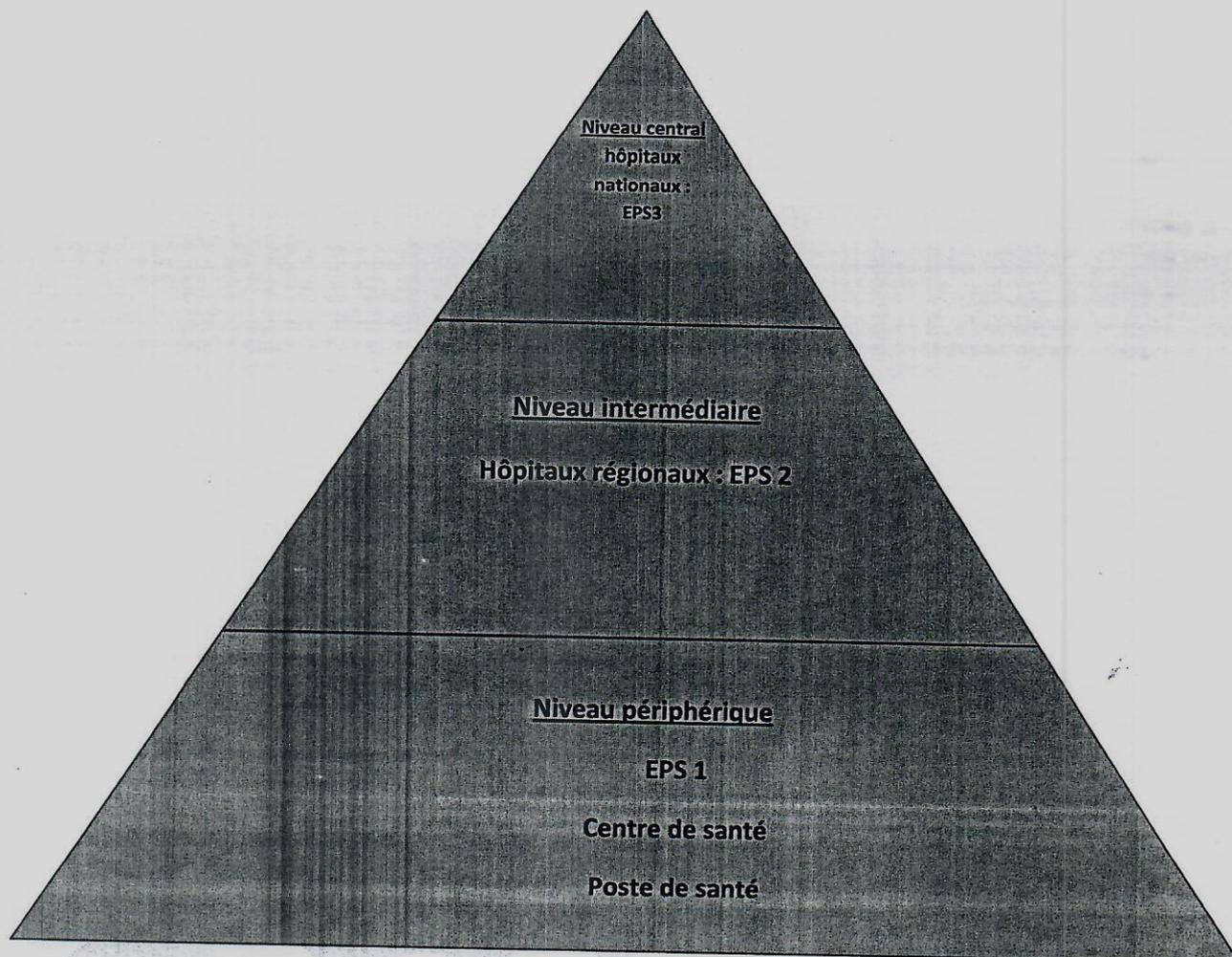
### **3.4. ORGANISATION DU SECTEUR**

Pour exécuter la mission qui lui est assignée, le MSAS allie l'organisation pyramidale classique du système de soins connue dans les pays africains, à une gamme assez large de services sociaux d'une part et à des réformes de structures en vue d'améliorer la qualité des services d'autre part .

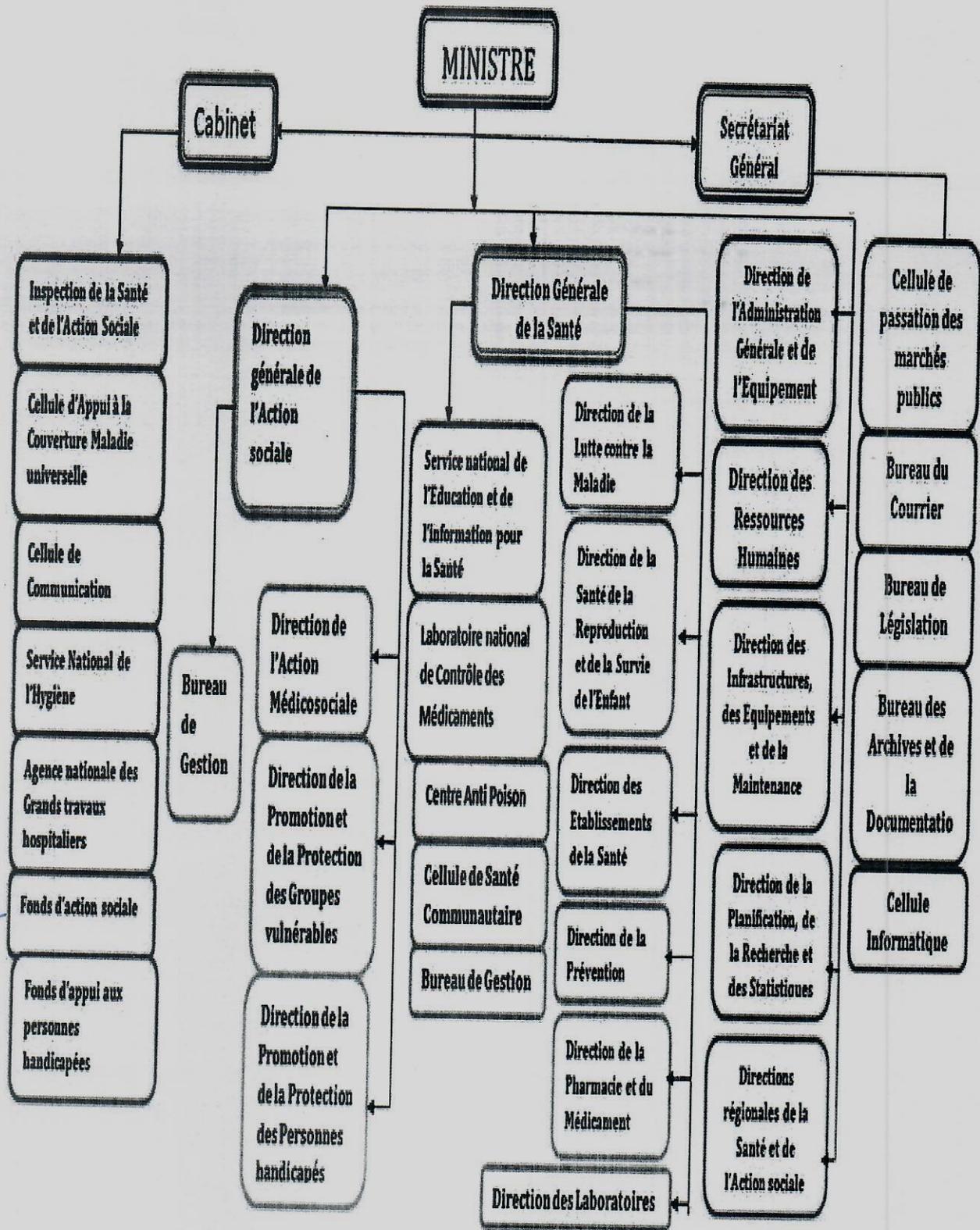
Ainsi, hormis les services et établissements classiquement concernés par l'action sanitaire, le MSAS compte au niveau déconcentré, les Services Régionaux de l'Action Sociale (SRAS), les Services Départementaux de l'Action Sociale (SDAS), les Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS) et les Centres de Réadaptation Sociales (CRS).

Dans le cadre de la réforme hospitalière, 3 niveaux de référence ont été créés : EPS 3 (Hôpitaux nationaux), EPS 2 (plateau technique des hôpitaux régionaux actuels), EPS 1 (centres de santé de référence de certains districts).

Les hôpitaux ont acquis le statut d'établissement public de santé et les districts jouissent d'une plus grande autonomie de gestion, du fait de l'approfondissement de la décentralisation. Toutefois, les lacunes observées dans la gestion des EPS et les difficultés quotidiennes pour assurer la continuité des services et fournir des soins de qualité amènent les autorités sanitaires à engager un processus de révision de la réforme des EPS.



En attendant la parution d'un nouveau décret organisant le MSAS, l'administration du système de soins aussi bien au niveau central qu'au niveau déconcentré repose sur l'organigramme ci-après.



### **3.5. PARTIES PRENANTES**

L'approche globale de gestion du secteur de la santé amorcée dès le début du premier PNDS (1998 – 2007), axée sur le partenariat avec les divers acteurs et la collaboration intersectorielle, a été maintenue et approfondie dans le deuxième PNDS. Dans la dynamique des années précédentes, l'année 2012 a été marquée par l'approfondissement de la concertation entre les différents acteurs du secteur.

Pour ce qui concerne la mobilisation des ressources, les différentes parties prenantes (les populations, l'État, les Collectivités locales et les PTF) continuent à jouer leur rôle ; en particulier la part des populations se maintient en dépit des initiatives de gratuité et des difficultés persistant encore dans le fonctionnement des comités de santé et comités de gestion.

### **3.6. BENEFICIAIRES DU PARTENARIAT**

Des mécanismes de collaboration sont mis en place pour assurer la pleine participation des bénéficiaires dont les principaux sont :

- les populations organisées à travers les comités de santé, les OCB et autres associations et groupements,
- la société civile avec ses diverses composantes,
- les élus locaux,
- les parlementaires,
- le Gouvernement.

### **3.7. PRINCIPAUX PARTENAIRES DU SECTEUR**

Ils sont autant du secteur public que du secteur privé :

- les Ordres des professionnels de la santé,
- les Syndicats des professionnels de la santé,
- les ONGS et OCB,
- le Secteur privé lucratif,
- les Comités de santé,
- les Mutuelles de santé,
- les Institutions de Prévoyance Maladie,
- les Collectivités Locales,
- les autres Ministères,
- les Organismes bilatéraux et multilatéraux :

MULTILATERAUX	BILATERAUX	ONG
ONUSIDA	Belgique	CONGAD
OMS	Luxembourg	ARAF
FNUAP	France	AGENCE NATIONALE DE
FONDS MONDIAL	Arabie saoudite	LUTTE CONTRE LE SIDA
BAD	Allemagne	ASBEF
BID	Japon	ENDA
BADEA	Koweït	DAHW
FONDS OPEP	Espagne	FONDATION SONATEL
UNICEF	Etats- Unis	Agences d'exécution USAID
UE	(USAID)	Etc.
BANQUE	Canada	
MONDIALE		
PAM		
FONDS GAVI		

#### 4-Rappel du plan stratégique sectoriel à moyen terme, des principales cibles fixées dans le CDSMT

##### 4.1 RAPPEL DU PLAN STRATEGIQUE SECTORIEL : Plan National de Développement Sanitaire 2009–2018

###### 4.1.1 BREVE PRESENTATION DU PNDS

Depuis 2009, est mis en œuvre le deuxième plan décennal du secteur de la santé qui va couvrir la période 2009–2018. Ce plan comprend le jalon important de l'année 2015 relative à l'atteinte des OMD. Bien qu'il soit globalement dans la continuité du premier PNDS (1998 – 2007), le PNDS 2 amplifie les efforts en direction notamment de la cible mère/enfant. D'autres préoccupations importantes telles que l'accès universel aux soins, la prise en charge des maladies à soins coûteux ainsi que la gestion axée sur les résultats ont été prises en compte dans ce plan stratégique.

###### 4.1.2 SPÉCIFICATION DES ÉLÉMENTS DU PLAN

Comme indiqué plus haut, le PNDS qui est le plan stratégique du secteur est structuré autour de 11 orientations stratégiques :

- Accélération de la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et Infanto juvéniles ;
- Amélioration de la promotion de la santé ;
- Renforcement de la prise en charge de la maladie ;
- Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte ;

- Développement des ressources humaines ;
- Renforcement des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance ;
- Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux ;
- Renforcement du système d'information et de la recherche en santé ;
- Promotion de la gestion axée sur les résultats ;
- Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière ;
- Renforcement de la couverture du risque maladie avec un accent sur les groupes vulnérables.

L'alternance intervenue en Mars 2012, a donné l'opportunité de mettre particulièrement en exergue deux des orientations précédentes : la promotion de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et la mise en place de la couverture maladie universelle. Ces deux questions ont été élevées par le Gouvernement au rang de 'hautes priorités nationales'.

#### **4.1.3 AXES STRATÉGIQUES / OBJECTIFS SECTORIELS**

Le secteur de la santé embrasse des domaines aussi variés que l'éducation, l'environnement, l'hydraulique, les forces armées, la sécurité alimentaire, etc. Cependant, pour plus de transparence dans l'évaluation des performances, le champ d'analyse des ressources et des résultats est inscrit dans les limites strictes des organisations et des interventions qui sont sous la responsabilité directe du MSAS.

##### **OBJECTIFS SECTORIELS**

Quatre objectifs sectoriels sont visés : (i) Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ;(ii) Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ; (iii) Renforcer durablement le système de santé ; (iv) Améliorer la gouvernance du secteur de la santé. Ces objectifs ne prennent pas encore en compte la nouvelle dimension sociale du ministère. Des mesures seront prises pour une révision exceptionnelle du PNDS afin de résorber ce gap.

##### **OBJECTIFS SPECIFIQUES**

Pour leur réalisation, des objectifs spécifiques ont été déterminés et pris en compte dans les différents CDSMT depuis 2009.

Par rapport à l'objectif sectoriel (i) :

- assurer les soins durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum à tous les niveaux pour la mère et le nouveau-né par du personnel qualifié ;
- renforcer les capacités des individus, des familles, des communautés et des organisations de la société civile dans la promotion de la santé maternelle et néonatale ;

- améliorer le niveau d'utilisation des services de planification familiale afin de couvrir les besoins non satisfaits ;
- améliorer la survie de l'enfant ;
- améliorer la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents ;
- assurer la vaccination chez les enfants.

Par rapport à l'objectif sectoriel (ii) :

- réduire la morbidité et la mortalité palustre ;
- réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose ;
- réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH-SIDA ;
- réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles ;
- réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies tropicales négligées (MTN) ;
- renforcer la promotion de la santé.

Par rapport à l'objectif sectoriel (iii) :

- améliorer la couverture en infrastructures sanitaires,
- assurer la disponibilité en personnel dans les structures de santé,
- assurer la disponibilité en médicaments essentiels génériques (MEG) et produits spécifiques.

Par rapport à l'objectif sectoriel (iv) :

- renforcer la participation des populations à l'effort de santé,
- assurer la transparence dans la gestion des ressources,
- renforcer la couverture du risque maladie,
- renforcer le partenariat public-privé.

#### **4.2 CIBLES DU SECTEUR DE LA SANTÉ**

Dans le cadre de l'élaboration du Document de Politique Economique et Sociale (DPES) et son alignement à l'atteinte des OMD, le Gouvernement du Sénégal s'est engagé à réaliser un certain nombre de résultats dans le secteur de la santé relativement au CDSMT 2012 - 2014.

Pour ce qui concerne le CDSMT 2012 – 2014, le tableau ci-dessous résume les indicateurs de santé du DSRP, DPES et SNDES, dits indicateurs principaux ou indicateurs clés, qui sont évalués dans ce rapport de performance.

**Tableau : Evolution des indicateurs clés**

INDICATEURS	Cible 2006	Cible 2007	Cible 2008	Cible 2009	Cible 2010	Cible 2011	Cible 2012
CPG (consultation primaire globale) <sup>1</sup> .	54%	56%	52%	54%	60%	60%	60%
Taux de couverture DTC3/PENTA3	80%	80%	80%	80%	80%	90%	90%
Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié.	65%	65%	62%	65%	70%	60%	60%
Prévalence VIH dans la population générale.	< 3%	< 3%	< 3%	<3%	<3%	<1%	<1%
Prévalence de l'insuffisance pondérale	15%	14%	15%	14%	13%	13%	13%
Part du budget la santé* (Fonct. + Invest.) dans le budget de l'Etat hors dette	8%	≥ 9%	9%	9%	12%	13%	13%

L'indicateur relatif à la part de la santé dans le budget de l'Etat a été discuté entre toutes les parties prenantes dont les partenaires au développement. Il a été convenu que le numérateur comprenne le budget d'investissement et le budget de fonctionnement, tandis que le dénominateur comprendrait le budget de l'Etat pour les mêmes crédits.

## **5 Les performances du secteur : analyse de l'atteinte des cibles visées dans le CDSMT et des écarts techniques et financiers**

### **5. ANALYSE DE LA PERFORMANCE DU SECTEUR DE LA SANTÉ**

Le recueil et l'analyse des performances du secteur concernent l'évolution des indicateurs clés du secteur ainsi que ceux des 4 programmes fonctionnels du CDSMT.

#### **5.1 INDICATEURS CLÉS DU SECTEUR : ÉVOLUTION**

Les résultats enregistrés dans la mise en œuvre du CDSMT santé comparés aux cibles de 2011 pour les indicateurs du DSRP (voir tableau 2) sont assez satisfaisants pour ce qui est de la prévalence du VIH/sida, mais beaucoup moins favorables pour les autres indicateurs. S'agissant de la vaccination au Penta 3, les résultats atteints

<sup>1</sup> A partir de 2007, d'un commun accord entre le gouvernement et les partenaires, la CPC a été remplacée par la consultation primaire globale (CPG)

sont estimés par la DPM (à partir des données sur un semestre) à 80%. L'indicateur en rapport avec l'accouchement assisté n'a pas été évalué au niveau national, il en est de même pour la prévalence de l'insuffisance pondérale. Néanmoins pour ces deux indicateurs, des indications ont été obtenues lors des RAC régionales ; la non maîtrise des méthodes de calcul des taux affichés ne permet pas de comparer les différents résultats des régions.

**Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés**

Indicateurs	Résultats 2010	Résultats 2011	Cibles 2012	Résultats 2012
<b>CPG (consultation primaire globale).</b>	57%	57%	60%	
<b>Taux de couverture PENTA3 (ou DTC3).</b>	86 %	94%	90%	
<b>Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié</b>	47,8%	65%	60%	65%
<b>Prévalence VIH dans la population générale*</b>	1,5%	0,5%	<1%	0,7%
<b>Prévalence de l'insuffisance pondérale**</b>	9%	8%	13%	
<b>Part de la santé dans le budget de l'Etat*** (fonct. Invest.) hors dette</b>	Fonct	13,6%	ND	13%
	Invest	3,4%	1,8%	

Sources : Annuaire Statistique/MSAS, PNLS, DAGE, CDSMT 2011-2013, PRN

Notes :

les cibles de l'année 2012 sont celles retenues dans le CDSMT 2012-14, DPES et SNDES ;

\*données de population générale concernent les années EDS ; celles des sites sentinelles, couvrent uniquement les femmes enceintes.

\*\* le taux enregistré pour cet indicateur ne prend en compte que la zone d'intervention du PRN.

\*\*\*le taux enregistré pour cet indicateur est séparé en fonction de l'investissement et du fonctionnement pour faire ressortir les efforts de l'Etat en direction du secteur de la santé pour ces deux composantes du financement.

Dans le DPES, le taux de Consultation en CPN 4 est considéré comme indicateur, avec une cible de 83% pour l'année 2012.

Quand au taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié, l'objectif de 60% pour 2011 a été largement atteint avec un résultat de 65%, ce qui a permis de revoir l'objectif de 2012 à la hausse soit une cible 72%.

Par rapport au taux de couverture en Penta 3, les résultats sont insatisfaisants avec une contre performance très appréciable en 2011, où les résultats de 83% sont en dessous de l'objectif du programme et des résultats des années précédentes. En outre, dans le DPES, la cible retenue est la Proportion d'enfants âgés de 0-11 mois complètement vaccinés avec un objectif de 90% en 2012.

En ce qui concerne l'insuffisance pondérale, le taux de 8% enregistré en 2010 ne prend en compte que la zone d'intervention du PRN. L'EDS en cours pourrait renseigner de manière exhaustive cet indicateur.

Pour 2012, l'indicateur retenu dans le nouveau document de référence SNDES, est « le pourcentage d'enfants de 0-5 ans bénéficiant de service de nutrition » avec une cible de 55% en 2012.

S'agissant du budget alloué au secteur de la Santé, on note un taux de 10,2 % pour le fonctionnement soit un léger fléchissement de 3,6 par rapport à 2010. Pour ce qui est de l'investissement, le taux demeure faible et se situe seulement à 1,8%.

## 1. PROGRAMME 1 : Santé de la mère, du Nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

Ce programme fonctionnel couvre 4 composantes : la Santé de la mère et du nouveau-né, la Survie de l'enfant, la Santé de la reproduction des adolescents/ jeunes et la Vaccination.

La planification de l'année écoulée reposait principalement sur la feuille de route multisectorielle pour l'accélération de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales, au Sénégal.

Les objectifs de cette feuille de route à l'horizon 2015 sont :

- ✓ réduire de 510 à 200 décès pour 100 000 naissances vivantes le ratio de mortalité maternelle
- ✓ réduire de 34,9 à 16 pour mille la mortalité néonatale.

### 1.1. Composante : Santé de la mère et du nouveau-né

Cette composante concerne les objectifs 4 et 5 du millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la mortalité maternelle et la mortalité infanto juvénile. La composante comprend 4 sous composantes à savoir : la maternité à moindre risque, la prise en charge communautaire de la femme enceinte, la planification familiale et la Santé Néonatale.

Il y a une volonté politique d'améliorer la santé de la reproduction qui s'est traduite par :

- des initiatives présidentielles : l'introduction progressive de la gratuité des césariennes et des accouchements, le programme Bajenu Gox, etc.
- L'augmentation progressive de la ligne budgétaire de l'Etat pour l'achat des contraceptifs,
- l'élaboration de la feuille de route multisectorielle pour l'accélération de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales
- Dans le CDSMT 2012-2014 les actions principales ont été mises en exergues dans cette sous-composante. Il s'agit :
- du renforcement de la surveillance de la grossesse pour atteindre en 2012 une couverture adéquate en CPN de qualité à travers les activités suivantes :
  - o former 36 membres de nouvelles équipes SONU ; 1200 SFE et ICP ; 14 ECR et 75 ECD en CPN recentrée ;

- renforcer les capacités de 500 ICP en GATPA ;
- doter les points de prestations de service notamment les postes de santé de 800 000 kits de CPN ;
- mener au moins 4800 stratégies avancées par les postes de santé dans l'ensemble du pays en collaboration avec les équipes cadres de district.
- de la poursuite de la généralisation de l'assistance à l'accouchement :
  - effectuer au moins 300 000 accouchements (en mettant l'accent sur l'utilisation du partogramme) et 15 000 césariennes dans les formations sanitaires ;
- de la systématisation des 3 CPON.
- de la généralisation de l'audit des décès maternels et néonataux au niveau des EPS et des centres de santé avec une initiation de l'autopsie verbale au niveau communautaire;
- du renforcement de la planification familiale pour augmenter la prévalence contraceptive d'au moins 1 point par an:
  - élargir la gamme des méthodes longue durée ;
  - passer à l'échelle l'offre initiale de pilules (OIP) dans les districts sanitaires.
- de la prévention et de la prise en charge des fistules obstétricales dans un cadre pluridisciplinaire regroupant toutes les parties prenantes. L'accent sera mis sur les séances de sensibilisation avec l'élaboration d'un plan de communication, les missions de prise en charge chirurgicale gratuite pour les patientes avec l'accompagnement psychosocial des femmes traitées, le renforcement du plateau technique et des capacités des prestataires de santé.
- de l'extension des activités des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) y compris les soins après avortement (SAA). L'extension des Soins Après Avortement dans les régions met l'accent sur le renforcement des capacités du personnel, le renouvellement des Kits d'Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) et l'application du modèle communautaire des SAA dans les Régions Médicales de Thiès, Kaolack, Kaffrine et Ziguinchor.
- de la poursuite de la mise en œuvre du tutorat, initiative d'encadrement et de soutien des prestataires sur site dans l'accomplissement de leurs tâches afin d'améliorer leurs performances ;
- de la lutte contre les pratiques néfastes y compris les excisions en favorisant l'implication de la communauté et ceci en partenariat avec le ministère en charge de la famille;

- du développement du paquet d'activités de soins essentiels du nouveau né :
  - o installer 200 nouveaux " coins du nouveau né" ;
  - o former 300 ICP et SFE en santé péri-néonatale (SPNN). Il est attendu que 250 000 nouveaux nés bénéficient de Soins essentiels à la naissance.
  - o Développer des soins appropriés pour les petits poids de naissance avec la mise en place d'unités Kangourou fonctionnelles en privilégiant les régions périphériques où l'accès au personnel spécialisé est limité.

de la prise en charge communautaire de la femme enceinte

La mise en œuvre du Programme Bajenu Gox permet d'impulser, de développer et d'appuyer des initiatives impliquant la communauté notamment les hommes dans la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post partum. Il s'agit pour une bonne stimulation de la demande et une meilleure utilisation des services de santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent de :

- o renforcer la participation de la communauté par la formation de 9000 Bajenu Gox en plus de celles déjà formées. Ces Bajenu Gox en collaboration avec les autres acteurs communautaires en particulier les relais devront s'atteler à la promotion de l'accès aux services de santé de la reproduction (accessibilité financière, géographique et socio culturelle) pour la mère, le nouveau né et l'enfant.
- o Poursuivre l'équipement des Bajenu Gox en outils de gestion, en moyens de communication, en badges,... dans tous les districts en 2012.

Concernant la survie de l'enfant, les activités envisagées sont :

- Améliorer l'accessibilité à la consultation des nourrissons sains avec l'atteinte d'au moins 779 059 enfants de 0-24 mois vus ;
- Renforcer la PCIME :
  - o Former ou recycler tous les agents prestataires ;
  - o lutter contre les maladies diarrhéiques par la prise en charge adéquate d'au moins  
1 054 965 enfants (SRO à faible osmolarité, zinc, Vitamine A, promotion du lavage des mains, promotion de l'allaitement maternel exclusif) ;
- Assurer le suivi pondéral pour au moins 779 059 enfants de 0 à 24 mois, ainsi que le déparasitage de 2 005 119 enfants de 12 à 59 mois et la supplémentation en vitamine A pour 2 250 203 enfants de 6 à 59 mois.

En ce qui concerne la santé de la reproduction des adolescents, le paquet de services à intégrer dans les structures de santé consiste à :

- Améliorer l'accès aux services de santé des Adolescents/jeunes : les districts sanitaires ciblés vont aménager des espaces pour répondre aux besoins des adolescents. Il s'agit d'espaces conviviaux et adaptés à la cible tel que préconisé par les standards de services ados. Le personnel des espaces Adolescents/jeunes sera orienté dans les différents domaines de la santé des Adolescents/jeunes en particulier la prévention des grossesses non désirées, la lutte contre les violences basées sur le genre et les pratiques néfastes y compris l'excision. La promotion du dépistage volontaire VIH incitera 761.023 Ados au moins à effectuer ce test.

Le système de vaccination sera consolidé par le renforcement du PEV et de la surveillance épidémiologique. Pour cela il faut :

- Assurer la disponibilité des vaccins, des consommables, de la chaîne de froid adéquate, de la logistique roulante et des prestations de services de qualité garantissant la sécurité des injections ;
- Organiser une campagne de vaccination contre la méningite utilisant le vaccin anti-méningococcique A conjugué (MenAfriVac) ;
- Mettre en œuvre des activités de vaccination de masse en cas de besoin pour prévenir ou contenir des épidémies ;
- Introduire le vaccin contre le pneumocoque en 2012 et en 2013 du vaccin contre les rota virus.

Du fait de la rétention d'informations il n'y a pas de données statistiques relatives à l'utilisation des services de consultation prénatale, d'accouchement et de consultation post natale pour apprécier les indicateurs. Mais selon l'EDS V, certains indicateurs ont pu être obtenus et les détails vont être commentés plus bas. Les données sur le renforcement de capacités des prestataires ont été décrites suivant les activités réalisées.

#### **1.1.1. Sous composante : Maternité à moindre risque**

Le taux de mortalité maternelle est estimé à 392 décès pour 100 000 naissances vivantes selon les résultats de l'EDS V. L'OMS quant à elle, estime le taux de mortalité maternelle à 370 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle a régressé de 9 points ; rythme très loin de ce qui est souhaité (28 points par an) pour l'atteinte de l'OMD 5. Avec de tels résultats, les efforts ne permettent pas d'espérer l'atteinte de l'OMD 5 qui devrait se situer à terme à 122 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2015. Les domaines prioritaires de cette sous composante s'articulent autour de la Santé maternelle et néonatale y compris les complications liées aux avortements et à la PTME, la prévention et le dépistage des cancers génitaux et l'aspect genre qui occupent une bonne place.

Dans le souci d'une amélioration de la prise en charge de la femme enceinte le renforcement de compétence de 17 formateurs nationaux et 24 formateurs régionaux sur la CPN recentrée qui consiste à des soins prénatals focalisés mettant l'accent sur la qualité des CPN plutôt que sur le nombre, a été réalisée avec l'appui de l'UNICEF. Cette stratégie nous a permis de recadrer les consultations prénatales sur quatre volets essentiels notamment :

- Détection et traitement précoces des problèmes et complications
- Prévention des complications et des maladies
- Préparation à l'accouchement et préparatifs en cas de complications
- Promotion de la santé

Une formation décentralisée est prévue dans le PTA 2013.

L'extension des Soins Après Avortement(SAA) dans les 14 régions déjà couvertes mettra l'accent sur le renforcement des capacités du personnel, le renouvellement des Kits AMIU et l'application du modèle communautaire des SAA dans les RM de Thiès, Kaolack, Kaffrine et Ziguinchor.

Une évaluation stratégique des avortements à risque au Sénégal a été réalisée avec l'appui de IPAS depuis 2010 mais le suivi des activités post évaluation reste timide. Cette année, le renforcement des membres de la Task force en plaidoyer a été effectué de même qu'un renforcement de capacité de 77 sages femmes en soins après avortement.

Concernant l'accouchement assisté par un personnel qualifié, le taux de couverture en césarienne est estimé à 2,9 % selon les statistiques de la DSR. Les résultats de l'EDS V de 2010 ont montré que le taux d'accouchement assisté se situe à 65%.

Les rapports de supervisions ont montré que sur les 50 blocs SONU 38 sont fonctionnels en 2012, 9 supervisions ont été effectuées dans les régions de Matam, Fatick, Kaolack et Saint-Louis. Ces supervisions ont permis de renforcer les compétences des sages femmes en échographie et des équipes SONU.

Néanmoins, des difficultés persistent dans la fonctionnalité des blocs SONU notamment les problèmes de personnel, l'organisation des équipes, le génie civil (non respect des normes de construction) et/ou d'équipement.

Le renforcement de compétences de 60 prestataires (sage-femmes et infirmiers) dans les régions de Kolda et Sédhiou a été effectué. A Tambacounda, 44 ICP ont été formés en SONUB de même que 30 sages femmes des régions de Louga, Thiès et Dakar, 65 prestataires ont été capacités sur la prise en charge de la pré éclampsie et l'éclampsie .

La réflexion devrait être portée sur l'intégration du module des SONU dans les curricula universitaires pour permettre aux médecins d'être opérationnels et combler le gap de gynécologues.

#### ✚ L'Audit des décès maternels et néonataux :

Le but final visé pour ces audits est d'améliorer la qualité des services offerts dans la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés dans les structures sanitaires en vue d'identifier toutes les contraintes liées aux trois retards ; de formuler des recommandations pour réduire de manière significative le nombre de décès de mères et d'enfants. Dans l'optique de généraliser la pratique des audits de décès maternels et néonataux, une mission de formation des prestataires sur les audits de décès s'est poursuivie au niveau de la région de Thiès et de Kédougou avec l'appui de l'UNICEF.

Des missions de supervisions ont également été effectuées dans les régions de Saint-Louis, Kaolack et Diourbel. Des plans d'action ont été élaborés au niveau des zones précitées. Une rencontre de partage des expériences sur les audits avec les membres des équipes des 14 régions a été effectuée.

L'année 2012 a été marquée par la continuité de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de prise en charge de la fistule obstétricale par la dotation en équipement et matériel approprié à l'HOGGY et l'hôpital de Tambacounda, l'appui en « kits de dignité » pour les femmes porteuses de fistules obstétricales, le renforcement de la coordination et de la supervision formative des équipes régionales et la réhabilitation du centre Guindi pour prendre en charge le volet appui psycho-social et renforcement des capacités des femmes ; 150 cas de fistules obstétricales ont été réparés et concernent les régions suivantes : Tambacounda, Kolda et Matam. Les informations sur le nombre de cas réparés par les équipes régionales ne sont disponibles.

L'ONG AMREF a appuyé l'élaboration de supports sur les FO

La stratégie de gratuité des accouchements et de la césarienne constitue une réponse pour l'amélioration de la qualité des SONU et facilite l'accès des personnes démunies à des services de qualité. Des insuffisances ont été notées notamment :

- La rupture des kits
- L'absence de manuel de procédures
- L'absence de suivi
- le système de remboursement des nouveaux EPS
- la péremption des Kits
- l'absence de rapport

Des supervisions trimestrielles devraient être effectuées pour assurer le suivi avec les différents acteurs et régler les problèmes rencontrés sur le terrain. Les

différents acteurs doivent renforcer la collaboration pour une meilleure gestion de la gratuité des césariennes.

### Les cancers génitaux

Ils constituent actuellement un problème de santé publique d'une manière générale. Leur incidence élevée constitue une préoccupation majeure. Les cancers du col de l'utérus et du sein doivent faire l'objet d'une évaluation en raison de leur prévalence croissante. Les activités de PEC sont souvent réalisées de manière disparate par certaines organisations et institutions lors de séances de consultations gratuites. Un effort de collaboration entre la DSRSE et la division des maladies non transmissibles devrait être effectué pour une meilleure prise en charge des cas de cancers gynécologiques.

La formation des prestataires aux méthodes de dépistage et l'équipement des structures en test de dépistage permettraient d'améliorer également la prise en charge des clientes.

On n'insistera jamais assez sur la nécessité d'avoir un dispositif clair décrivant de manière précise les attributions et les rôles de tous les acteurs impliqués dans ce secteur. Il urge d'avoir un programme fonctionnel découlant de ce dispositif.

#### ✓ La lutte contre l'excision

Dans le but d'atteindre l'objectif de l'abandon total de l'excision d'ici 2015, un comité Technique National multisectoriel a été mis en place pour faciliter la collaboration entre acteurs et un plan d'action 2010-2015 a été élaboré par le ministère de la famille en collaboration avec les parties prenantes. C'est dans cette optique que le Ministère de la Santé avec l'appui des partenaires (ABT et UNFPA) a élaboré un argumentaire médical sur l'excision pour amener les communautés à abandonner cette pratique. Cet argumentaire a été présenté au congrès sur la médecine sexuelle au mois de décembre 2011 et partagé en 2012 avec les différents acteurs intervenant sur la question.

Pour avoir plus d'efficacité, la dissémination de l'argumentaire devra se faire avec les acteurs régionaux et les prestataires doivent être renforcés dans la prise en charge des séquelles.

#### ⚡ Contraintes

- L'insuffisance de personnels et d'équipements au niveau des structures SONU pour une offre de services de qualité
- L'insuffisance de coordination entre la DSR, les autres programmes, les hôpitaux régionaux et la région médicale ce qui a retenti sur la mise en œuvre des activités de la gestion de la gratuité, la prise en charge des cancers...
- La rétention de l'information
- L'insuffisance dans la capitalisation des activités effectuées par les partenaires

## ✚ Perspectives

Pour l'année 2013, le paquet sera mis sur :

- Le renforcement de capacités sur les SONU
- La dissémination des Politiques Normes et Protocoles (PNP) SR
- La dissémination du carnet de santé
- La formation décentralisée en CPN recentrées
- Le couplage des audits à la notification des décès maternels et néonataux
- La mise à l'échelle de la formation des prestataires sur le site sur le paquet SMNI
- L'élaboration d'un curriculum sur les SONU
- L'évaluation SONU

### **1.1.2. Sous composante : Prise en Charge Communautaire (PEC) de la femme enceinte**

Le Programme Bajenu Gox (PBG) est une stratégie novatrice axée sur la promotion du leadership féminin pour un changement de comportement en faveur de la santé de la mère et de l'enfant. C'est ainsi que des activités de formation et de supervision se sont poursuivies durant l'année 2012. Dans la région de Dakar, 744 Bajenu Gox ont été formées en 27 sessions au cours de l'année 2012 avec l'appui du CNLS (22 sessions soit 81,5%) et l'UNICEF (5 sessions soit 18,5%). L'équipe de la DSR a appuyé les formations en étroite collaboration avec la Région Médicale de Dakar et les différents Districts sanitaires concernés. Le programme Santé USAID/Santé communautaire PSSC 2 a appuyé la formation de 850 BG dans les 13 autres RM. L'UNFPA a appuyé la formation de 146 BG dans la RM de Tamba. Lux Dev a appuyé la formation de 75 BG du DS de Richard Toll, RM de Saint Louis.

Pour une cible de 9 000 BG, seules 1815 BG ont été formées en 2012 soit 20,16% sur une cible de 100%, ce qui montre que la performance est loin d'être réalisée. Cela s'explique essentiellement par les difficultés de mobilisation effective des ressources financières.

La situation des BG formées dans toutes les RM au 31 Décembre 2012 est de 7727 BG.

La mairie de Rufisque a octroyé 170 téléphones portables aux BG du District qui s'ajoutent aux 1532 téléphones distribués en 2011 ce qui correspond à 13,6% de satisfaction des besoins.

Situation des ODG (rapport Child Fund)

La prise en charge communautaire des femmes enceintes et des nouveau-nés est renforcée par les soins à domicile qui sont fournis par des ASC. Le module de formation des ASC a été adapté au contexte du Sénégal ainsi 20 agents de santé

communautaires ont été formés en Décembre 2011 et mènent des activités dans ce sens dans le district de Mbour.

#### ✚ Contraintes :

La contrainte majeure pour la mise en œuvre des activités de communication et promotion de la SR est en rapport avec la disponibilité des ressources financières. La mise en œuvre effective des IBC SR/PBG est confrontée à des défis relatifs à la coordination des interventions des partenaires, à la coordination des activités au niveau central, régional et local (partage des rapports relatifs aux activités développées au niveau opérationnel et intégration du PBG dans le dispositif communautaire) et à l'implication des autres secteurs du public notamment famille, jeunesse, éducation, décentralisation. La coordination et la mise en œuvre des IBC SR devraient être favorisées par une bonne structuration de la santé communautaire et une documentation des IBC en cours au niveau opérationnel.

#### ✚ Perspectives

Le bureau promotion de la SR devra s'atteler à élaborer et diffuser le plan de communication de la SR en vue de renforcer la communication sur la SR.

En outre, le bureau devra renforcer la coordination des IBC à base SR en collaboration avec les autres bureaux de la DSR.

En ce qui concerne le PBG, il s'agira de mettre l'accent sur les éléments suivants :

- Fonctionnalité des comités de pilotage par niveau
- Révision des documents afférents au PBG
- Cartographie des BG identifiées, formées et fonctionnelles par localité
- Organisation d'activités de coordination, de suivi et de supervision
- Dotation des BG en outils de gestion et équipement
- Organisation de sessions de plaidoyer sur la SRSE à l'endroit des institutions (assemblée nationale, conseil environnemental, économique et social, association des élus locaux)
- Promotion de la CMU dans le déroulement des activités du PBG.

#### **1.1.3. Sous composante : Planification familiale**

Conformément aux orientations de la feuille de route multisectorielle de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales, la relance de la Planification Familiale (PF) constitue un des domaines prioritaires d'intervention de la Composante SMNI/PF/Paludisme. En 2012, les résultats ci après ont été enregistrés dans le cadre de l'Acquisition en Contraceptifs du Sénégal (CPTs) :

Produits	Prévisions 2012	Réalisations (2 <sup>e</sup> Semestre 2012)
<b>Injectable</b>		
<b>Contraceptifs Oraux Combinés</b>		
<b>Contraceptifs Oraux Simples</b>		
<b>Contraception d'urgence</b>		5 000
<b>Implants</b>		
<b>Dispositif intra utérin</b>		
<b>Condoms masculins</b>		3 228 000
<b>Condoms féminins</b>		

Deux contraintes majeures ont été identifiées. Il s'agit de l'indisponibilité des données du niveau opérationnel district et des problèmes de complétude notés dans les données collectées par certaines PRA.

Pour améliorer le processus de quantification des besoins, les recommandations/perspectives suivantes ont été retenues :

- ✓ Collecter aux prochaines revues les données au moins au niveau district
  - ✓ Améliorer la gestion des contraceptifs au niveau PNA/PRA (fiches de stock, Channel)
  - ✓ Renforcer les supervisions intégrées au niveau opérationnel
  - ✓ Mettre en œuvre un plan d'action au niveau District articulé sur au moins 4 composantes. Il s'agit de la Promotion de la demande, de l'amélioration de la qualité de l'offre de service PF (PPS) et de la gestion du fichier PF (Utilisatrices) ainsi que le suivi évaluation du plan d'action PF district orienté vers l'atteinte des TPC fixés.
- Le suivi des stocks dans deux instances de coordination et de suivi que sont les réunions mensuelles du Comité SPSR et la réunion périodique des logisticiens. Ces revues de stocks ont permis grâce à des tableaux de bord (indicateurs) d'assurer une bonne disponibilité des produits contraceptifs pouvant accompagner les orientations du programme.
  - Deux supervisions intégrées formatives logistiques déroulées dans l'ensemble des 14 régions médicales (PRA et District) ont permis de renforcer « in situ » les capacités des dépositaires en gestion des produits contraceptifs mais aussi d'évaluer le suivi des plans de résolution des problèmes par le niveau district. Cette activité a permis aussi de passer en revue les outils de gestion (fiches de

stocks, Channel, Rapport Trimestriel de Stock...) et d'identifier les gaps en ordinateurs Channel des dépôts. De manière globale, des améliorations ont été notées dans le taux de satisfaction des commandes des districts. Cependant, dans certaines PRA exiguës les niveaux de stock très faibles ne permettent pas une bonne prise en charge de la demande. En perspective, l'extension du push model à l'échelle nationale devrait permettre d'avoir une meilleure disponibilité des produits au niveau des PPS du district.

- La formation des 14 ECR du pays sur le Reality check (logiciel). Cette capacitation a permis de renforcer les compétences des ECR sur le plaidoyer, la planification de leurs besoins en contraceptifs et les autres mesures d'accompagnement nécessaires. Les ECR ont émis le souhait de décentraliser l'utilisation de l'outil au niveau district.
- Le partage et le suivi des résultats des études pilotes « push model » à Kasnack et Dakar, intégration push model et Optimize à Saint Louis) dans le cadre de l'amélioration du système de distribution des contraceptifs au niveau opérationnel (District/PPS).

Conformément aux orientations de la feuille de route multisectorielle de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales, la relance de la Planification Familiale (PF) constitue un des domaines prioritaires d'intervention de la Composante SMNI/PF/Paludisme. Les actions majeures développées dans la perspective de cette relance ont porté principalement sur :

- ✓ Le renforcement de l'offre de services PF tant dans les secteurs privé que public en vue d'accroître l'accès des populations à des services PF de qualité et conviviaux ;
- ✓ La création de la demande de services PF à travers des actions de plaidoyer et de promotion de la PF ciblant et impliquant les leaders religieux, locaux et communautaires ainsi que les Organisations Communautaires de Base (OCB), notamment les organisations membres du Réseau Siggil Jigeen (RSJ) ;
- ✓ La signature du protocole d'accord PNA/MSAS pour l'intégration des produits contraceptifs dans le circuit PNA.

En 2012 les principales activités ont tourné autour :

- du renforcement des services PF au niveau des entreprises du secteur privé en vue d'assurer une meilleure contribution de ce secteur dans l'offre de services PF ;

- du renforcement des capacités des prestataires des secteurs public et privé en s'appuyant sur l'approche de l'Apprentissage basé sur l'Amélioration de la Performance (AAP), sur le Tutorat et sur l'approche d'Identification Systématique des Besoins des Clients (ISBC) ;
- de l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des Méthodes de Longue Durée d'Action (MLDA) ;
- du plaidoyer effectif pour une offre de services continus et conviviaux en renforçant les capacités managériales du RSJ et des organisations membres ;
- de la sécurisation de la disponibilité des produits contraceptifs au niveau des différents niveaux de la pyramide sanitaire (central, région, district et PPS) et de l'élargissement de la gamme des méthodes contraceptives ;
- du renforcement de la communication pour promouvoir la PF comme une valeur ;
- de l'intégration des produits contraceptifs dans le circuit de distribution de la PNA qui a été effective au cours de cette année ; de même il y a eu l'introduction du logiciel Chanel pour assurer le suivi des produits à partir des dépôts de médicaments. Avec l'appui des partenaires, le MSAS va désormais planifier selon les objectifs grâce à la formation au Reality Check.

L'une des activités majeures de 2012 a été l'accueil par le Sénégal de la conférence Internationale sur la Planification Familiale qui a réuni plus de 220 experts et décideurs mondiaux ; renforçant ainsi l'intérêt des partenaires à travailler avec le Sénégal qui apparaît ainsi comme leader dans la sous région.

- ✓ Formation des prestataires du secteur privé en PF/MLD : deux (02) prestataires (une sage-femme et infirmier) du CROUS et des GDS ont été formés sur les MLDA à St-Louis. La 3<sup>ème</sup> personne devait venir de la SOCAS qui malheureusement n'a pas de personnel qualifié car les méthodes offertes (pilules, injectables, condoms) sont distribuées par un ASC.
- ✓ Renforcement des capacités en PF des prestataires du secteur public par la formation décentralisée des Sages-femmes et Infirmier(e)s sur les méthodes longue durée :

Trois cent trente cinq (335) prestataires (dont 265 F et 70 H), ont été formés sur la technologie contraceptive avec un accent sur les MLDA (Implants et DIU). Ces formations ont permis de renforcer les capacités de 196 SFE, 61 Assistants Infirmiers, 69 Infirmiers d'état, 6 agents sanitaires, 2 infirmiers brevetés et 1 médecin compétent SOU provenant de 211 postes de santé, 34 Centres de santé, 7 hôpitaux et 5 structures privées. Trente quatre (34) prestataires des régions de Thiès (districts

Tivaouane, Pout, Khombole, Joal-Fadiouth, Mbour, Thiès et de l'hôpital régional de Thiès) et Louga (districts Kébémér, Louga, Darou Mousty, Dahra et Linguère) ont bénéficié d'un suivi post formation sur les MLDA. Cette évaluation a mis l'accent sur:

- Sur l'insertion et le retrait des implants ;
- Sur l'insertion et le retrait du DIU ;
- La gestion du fichier PF notamment son classement ;
- Le remplissage des supports de travail (registre PF, cahier counseling, fiches de consultation PF).
- 
- ✓ Formation de 46 sages femmes des régions de Sédhiou, Kolda et Tambacounda avec le financement de l'UNFPA qui a contractualisé avec le CEFOPREP. Durant toutes ces formations le focus a été particulièrement mis sur les méthodes longue durée.
- ✓ L'approche tutorat a aussi été utilisée dans le cadre du renforcement des capacités du personnel dans les zones d'intervention d'Intrahealth. Des prestataires qualifiés comme communautaires ont été encadrés sur le site par un tuteur et ceci en collaboration avec les régions médicales et districts sanitaires appuyés par les conseillers régionaux. Dans le cadre du counseling PF, 182 agents dont 173 femmes ont été formés.
- ✓ Pour le passage à l'échelle de l'offre initiale de la pilule (OIP) par les acteurs communautaires, 36 membres des équipes cadres des régions de Kolda, Sédhiou, Tambacounda, Kédougou, Matam et Saint louis ciblant les ICP et des sages femmes des postes de santé ont été orientés afin de disposer d'un pool de 125 prestataires formateurs bien familiarisés avec le guide du formateur et le manuel de la matrone des cases de santé.
- ✓ Deux autres ateliers de formation des formateurs sur l'offre initiale de la pilule par la matrone en milieu urbain (OIPUB) ont été tenus dans les districts de Keur Massar et de Pikine. Les cibles sont constituées par les membres des ECD, des prestataires ICP et sages femmes.

Avec tous ces efforts consentis dans le cadre du renforcement des compétences du personnel des services PF, il est attendu une amélioration de la qualité des services offerts et à une augmentation de la prévalence au niveau des structures.

La prévalence contraceptive est de 13% pour toutes méthodes confondues et de 12% pour les méthodes modernes chez les femmes en union et les besoins non satisfaits des femmes en union restent encore élevés à 29% selon l'EDS V. L'indice synthétique de fécondité a certes diminué entre l'EDS IV et l'EDS V passant de 5.3 à 5 mais reste à un niveau encore très élevé.

Toutefois, certaines contraintes majeures ont été identifiées dans la mise en œuvre des activités :

- ✓ L'insuffisance/inexistence de fiches PF dans certains PPS ;
- ✓ La dotation insuffisante en produits contraceptifs, la formation boostant la demande sur les terrains de stage ;
- ✓ L'absence de suivi post formation pour les prestataires du fait du mouvement de grèves ;
- ✓ Les rumeurs classiques véhiculées autour de la planification familiale telles que la migration du DIU, des implants, la stérilité définitive suite à la PF, etc;
- ✓ La rupture de produits contraceptifs au niveau des PPS du fait de la rétention d'information ;
- ✓ Les croyances religieuses ;
- ✓ L'insuffisance de ressources humaines qualifiées au niveau de certaines entreprises privées qui constitue un obstacle à la mise en place de services PF de qualité. Cette situation empêche également d'avoir des services continus de PF<sup>2</sup>.
- ✓ Le manque d'harmonisation des prix des produits contraceptifs.

Il est envisagé :

La poursuite des activités de formation ;

La supervision des prestataires formés pour :

- ✓ améliorer la qualité de l'encadrement des matrones par un suivi régulier et un recyclage, le renforcement des capacités en Counseling, la disponibilité des listes de contrôle et des supports sur le Counseling, la gestion de stock de produits contraceptifs, une bonne appropriation par les districts et l'élargissement de la formation à d'autres acteurs communautaires (d'autres matrones et les ASC) ;
- ✓ renforcer les compétences des prestataires en technologie contraceptive et en logistique PF ;
- ✓ renforcer le plaidoyer et la sensibilisation qui seront bâties sur le Modèle RAPID et une campagne de proximité utilisant tous les canaux pour mieux impliquer l'ensemble des cibles et particulièrement les hommes ;
- ✓ étendre la décentralisation des services PF de qualité à tous les niveaux (jusqu'à la case) ;
- ✓ continuer l'élargissement de la gamme de produits PF ;
- ✓ promouvoir et étendre les méthodes de longues durées à tous les niveaux de la pyramide et dans toutes les régions ;
- ✓ institutionnaliser la Journée Nationale PF ;
- ✓ développer une politique de prix accessibles et harmonisés des produits PF ;

<sup>2</sup> Le recrutement d'un personnel qualifié permanent et la réorganisation des services en termes d'infrastructures et d'équipement sont perçus par les responsables comme étant un coût additionnel

- ✓ procéder au passage à l'échelle des initiatives communautaires en matière de PF ;
- ✓ réviser les lois et règlements sur l'offre des services PF ;
- ✓ renforcer le système de gestion des contraceptifs ;
- ✓ encourager des initiatives impliquant les réseaux (Islam et population, Association des Imams et Oulémas du Sénégal, des journalistes, des communicateurs traditionnelles, des parlementaires) ;
- ✓ promouvoir l'implication des communautés, en particulier les hommes dans le développement de la planification familiale ;
- ✓ renforcer le plaidoyer auprès des autorités du département pour l'augmentation de la ligne budgétaire sur les produits.

#### **1.1.4. Sous composante : Santé néonatale**

Le taux de mortalité néonatale est passé de 35‰ en 2005 à 29‰ en 2010. La cible de 29‰ définie dans la Feuille De Route a donc été atteinte, même s'il y a des disparités entre les milieux rural (35‰) et urbain (28 ‰). La baisse des taux de mortalité infantile et infanto juvénile étant plus marquée, la part de la mortalité néonatale dans la mortalité infanto-juvénile reste élevée et représente 40% ce qui constitue un frein à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

La rétention de l'information sanitaire n'a pas permis de collecter toutes les informations nécessaires pour rapporter les résultats des interventions de l'année 2012. C'est pour cette raison que l'indicateur « proportion de nouveau-nés ayant bénéficié des soins immédiats à la naissance » n'est pas renseigné.

Cependant, les activités menées ont permis de noter les résultats ci-après liés au processus de mise en œuvre:

- Les soins aux nouveau-nés en salle d'accouchement
- la supervision formative de 53 prestataires de service des Régions de Tambacounda (23) et Saint Louis (18), ainsi que du district sanitaire de Pout (12) sur les soins aux nouveau-nés en salle d'accouchement
- l'extension de la GATPA, les SENN et la Méthode Kangourou dans 124 PPS
- La prise en charge des nouveau-nés de faible poids
- le renforcement de compétences de 22 prestataires de service sur les soins kangourou : 1 session de formation et 2 séries de suivi post formation qui ont permis d'aider à l'aménagement d'unité kangourou et à la mise en œuvre réelle des activités de soins kangourou.
- l'offre de prise en charge des nouveau-nés de faible poids par la méthode de soins kangourou au niveau de plusieurs PPS avec ou sans unité de suivi. C'est ainsi que 198 nouveau-nés de faible poids ont été pris en charge par les soins kangourou au cours de l'année.

- l'aménagement d'unités de suivi des nouveau-nés de faible poids par la méthode de soins kangourou (avec l'appui des comités de santé, de l'UNICEF, du Kiwanis Club), au niveau des PPS suivants :
  - Centre de santé Philippe Maguilene Senghor ;
  - Hôpital Abass NDAO ;
  - Hopital d'enfants Albert Royer ;
  - Centre de santé de Kébémér ;
  - Hôpital régional de Thiès ;
  - Centre de santé de Kolda ;
  - Centre de santé de Mékhé,

Ces structures sont venues s'ajouter à celles déjà mises en place au cours des 3 années précédentes aux centres de santé de Guédiawaye et Bakel, ce qui fait un total de 9 unités kangourou fonctionnels au terme de l'année 2012.

- Les soins de la mère et du nouveau-né à domicile
- l'orientation de 16 formateurs du niveau central sur le module de formation des ASC sur les soins de la mère et du nouveau-né à domicile
- l'orientation de 24 membres d'équipes cadre des régions de Kédougou, Kolda et Sédhiou sur le module de formation des ASC sur les soins de la mère et du nouveau-né à domicile
- l'orientation de 22 prestataires du district de Kolda et 20 du district de Mbour sur le module de formation des ASC sur les soins de la mère et du nouveau-né à domicile

## **1.2. Composante : Survie de l'enfant**

Cette composante est constituée de deux sous composantes à savoir la PCIME et la Nutrition gérées par la Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (DANSE). Cette division a pour mission d'élaborer et de mettre en œuvre la politique nationale d'alimentation et de nutrition au Sénégal. La DANSE possède des principes directeurs qui sont de :

- Garantir aux populations une alimentation saine et équilibrée, gage de bonne santé et de productivité optimale
- Prévenir et prendre en charge toutes les formes de nuisances induites par l'alimentation

### 1.2.1 Sous composante : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME)

La PCIME a deux composantes : une clinique appliquée au niveau des structures de santé et une autre communautaire qui met l'accent sur les comportements adéquats au sein des familles et de la communauté. Le principe de la PCIME est la globalité, la rationalisation, la continuité et l'intégration des soins et l'implication de la famille et de la communauté. Cette stratégie cible les cinq affections de l'enfant les plus morbides et les plus mortelles que sont la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, le paludisme et la rougeole. La PCIME comporte un volet préventif, curatif et promotionnel, elle est recommandée par l'OMS dans l'optique d'atteindre les OMD notamment 1 et 4. Des efforts sont faits dans le domaine de la formation grâce à l'appui des partenaires notamment l'OMS, l'UNICEF, la mise en œuvre au niveau des structures de santé connaît des goulots d'étranglements liés à l'inadaptation des outils de gestion.

Au cours de l'année, les activités suivantes ont été réalisées :

- Révision et validation des modules au cours d'un atelier de validation tenue avec tous les programmes (VIH, Palu, DSR) les pédiatres, les infectiologues, les régions médicales, les districts et les prestataires ;
- Révision et mise à jour des outils de gestion du niveau communautaire au niveau district en partenariat avec le SNIS ;
- Mise à en place des outils de formation et de suivi évaluation de la diarrhée et de la malnutrition
- Formation de 296 prestataires en PCIME révisée/TETU ;
- Suivi post formation PCIME de 96 prestataires ;
- Formation de 90 prestataires sur l'ANJE révisée ;
- Formation sur la prise en charge des IRA au niveau communautaire dans la région de Saint Louis ;
- Orientation de 300 élus locaux sur le POPAEN ;
- Analyse situationnelle de la prise en charge de la diarrhée par le SRO – Zinc ;
- Elaboration et validation du plan de passage à l'échelle de la prise en charge de la diarrhée par le SRO –ZINC ;
- Micro planification dans 14 régions avec un plan de mise en œuvre de 58 districts, un plan pour chaque région et un plan au niveau central ;
- Formation d'un pool de 42 formateurs au niveau national et de tous les médecins chef des régions et districts ;
- Mise place des intrants SRO Zinc avec l'appui de la PNA, de l'UNICEF et de Micro nutriment Initiative (MI) ;
- Formation DSDOM avec élargissement du paquet à la diarrhée et aux IRA ;
- Mise en place d'un comité survie de l'enfant avec un plan d'action à court et moyen terme.

## 1.2.2 Sous composante : Nutrition

**Tableau : Indicateurs de performance de la nutrition**

Objectif Spécifique	Améliorer la survie de l'enfant				Observations
	Résultats 2010	2012 Cible	Résultat	Ecart	
Taux de prévalence de l'insuffisance pondérale (pour mémoire)	13%	13%	EDS V : 18%	-5 %	
Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois Supplémentés en Vitamine A	ND	95%	93.5%	-1.5%	Résultats obtenus à partir d'enquête de couverture des JLS. Soit un dépassement 13.5% par rapport à l'Objectif fixé par l'OMS qui est de 80% et une contre performance de 1.5% par rapport à l'objectif national
Pourcentage d'enfants 12- 59 mois déparasités	ND	95%	80.8%	- 14.2 %	Résultats obtenus à partir d'enquête de couverture des JLS 2011 quasiment identiques à l'Objectif fixé par l'OMS qui est de 80% et une contre performance de 14.2% par rapport à l'objectif national
Taux de couverture suivi de la croissance	ND	80%	62%	-18%	

Source : DANSE/DS

En dépit des efforts consentis par le PRN dans sa zone d'intervention et certaines ONG, la prévalence de l'insuffisance pondérale est restée constante à 18% selon les

résultats EDS V. Cette situation pourrait s'expliquer entre autres par des causes structurelles comme la pauvreté, des périodes de soudure récurrentes, etc.

Par rapport à la supplémentation en vitamine A, les campagnes de masse biennuelles ont été régulièrement tenues, mais du fait de la rétention d'information, les résultats n'ont pas été transmis depuis 2010. Ainsi, une enquête de couverture des JLS de 2011 citée en référence dans le tableau a été réalisée en mars 2012.

Par rapport au déparasitage, la contreperformance enregistrée peut être liée aux ruptures fréquentes de Mébendazole lors des campagnes pour plusieurs raisons (problème d'estimation des cibles). Pour obtenir ces résultats, les activités suivantes ont été réalisées :

- ✦ Organisation de deux Journées Locales de Supplémentation en vitamine A couplées au déparasitage ;
- ✦ Réalisation d'une enquête SMART en 2011 dans huit régions : Thiès, Diourbel, Saint Louis, Louga, Kolda, Tambacounda, Matam, Kédougou ; qui a révélé une situation critique dans 2 régions , un plan de riposte a été élaboré et mis en œuvre dans les 2 régions un plan de prévention de la crise dans 3 régions en situation alarmante et 6 régions avec des poches de malnutrition assez élevée
- ✦ Formation de 1000 prestataires sur le dépistage et la prise en charge de la malnutrition aigue selon les nouveaux standards de l'OMS dans 5 régions; les sessions dans 6 autres régions continuent en 2013
- ✦ Mise en place de matériel anthropométrique (3000 balances Salter et 40.000 packs de MUAC, 250 balances électroniques et 182 toises) sont distribués.
- ✦ 3840 kits d'hygiène ;
- ✦ Dotation en intrants : Plumpy-nut et laits thérapeutiques selon le nombre de cas attendus;
- ✦ Elaboration du programme national de supplémentation en vitamine A selon approche ondulatoire. Et de la vitamine A dès 6 mois dans 3 districts pilotes
- ✦ Elaboration d'un modèle de surveillance nutritionnelle intégré dans le SNIS et le SMIR en partenariat avec le SNIS et la DP
- ✦ Mise en place d'une fiche de recueil de données de la malnutrition et de la diarrhée dans deux régions avec transmission hebdomadaire de la région de Matam et Diourbel
- ✦ Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s/Jeunes (SRAJ)

L'adolescent(e)/jeune, est confronté à des problèmes spécifiques de santé liés à des facteurs relatifs à : une faible connaissance des questions de santé de la reproduction et à une offre insuffisante et non adaptée de services de santé conviviaux pour adolescent(e)s et jeunes.

Il en résulte un accès limité et un faible niveau de fréquentation des structures de santé par ces derniers. Ces faits traduisent le risque de grossesses précoces et/ou

non désirées et d'infections sexuellement transmissibles notamment le VIH/Sida auquel cette cible est confrontée. Cela se traduit par les résultats suivants:

➤ Adolescentes de 15 – 19 ans en union

Seulement 5% des adolescentes de 15 – 19 ans en union ont recours à la contraception alors que 31,1% ont des besoins non satisfaits en matière de Planification Familiale. Ainsi, elles sont exposées à une maternité précoce (41% des grossesses surviennent avant l'âge de 20 ans).

➤ Jeunes de 15-24 ans

Les Jeunes de 15-24 ans sont fortement exposés à l'infection à VIH/sida. En effet, la prévalence moyenne du VIH dans cette tranche d'âge est de 0,2 % ; soit 0,3 % chez les femmes et 0,1 % chez les hommes. Et chez les jeunes filles enceintes, elle est de 1,4%.

Il convient de noter que la prise en charge appropriée de la santé des adolescent(e)s/jeunes peut fortement contribuer à l'atteinte des objectifs 4, 5 et 6 du millénaire pour le développement.

En 2012, les réalisations du bureau ont essentiellement porté sur le renforcement de l'intégration de la SRAJ dans l'offre de services des PPS, l'amélioration de la qualité des services de SRAJ et le renforcement de compétences des acteurs concernés.

- Edition et Reproduction du document des Standards des Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s/Jeunes en 2000 exemplaires
- Reproduction de 1000 affiches de SRAJ
- Dissémination des Standards des Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s/Jeunes

Les Standards ont été disséminés au niveau de 12 régions : Dakar, Thiès, Diourbel, Fatick, Kaolack, Saint-Louis, Matam, Tambacounda, Kédougou, Sédhiou, Kolda et Ziguinchor.

268 personnes ont été orientées dont :

- 182 membres des équipes cadres de régions et districts
  - 48 prestataires
  - 24 représentants des autres secteurs (Ministère de la Jeunesse, Ministère de l'Education, Société civile)
  - 14 partenaires techniques et financiers
- Orientation des prestataires de l'ASBEF sur la SRAJ
  - Cette orientation entre dans le cadre d'un renforcement de connaissances et de compétences des prestataires de l'ASBEF sur l'offre de services de qualité

adaptés aux adolescent(e)/jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive. Ainsi, 14 personnes ont été orientées dont 1 médecin, 1 assistante sociale et 12 sages-femmes d'état. Supervision SRAJ des points de prestation  
Elle a été menée dans 4 régions : Kaolack, Tambacounda, Sédhiou et Kolda.  
31 structures ont été visitées dont 5 centres de santé de type 2, 11 centres de santé de type 1, 11 postes de santé, 6 centres conseils pour adolescents (CCA).

- Identification de quelques structures pour l'aménagement d'un espace ado/jeune (espace d'information et de conseils) ; Il s'agit de
- 5 structures de santé dans la région de Tambacounda
  - District de Bakel : Poste de santé Urbain, Poste de santé de Gabou
  - District de Goudiry : Poste de santé de Balla, Poste de santé de Kothiary
  - District de Tambacounda : Poste de santé de Saré Guillelle
- Aménagement de l'espace ado/jeune dans le Centre de santé de Dagana inauguré le 12 janvier 2013 Formation de 56 pairs-éducateurs dans la région de Tambacounda dont :  
20 à Goudiry, 20 à Maka Coulibantang et 16 à Koumpentoum
- Appui à 2 associations de jeunesse œuvrant dans la SRAJ et les droits de l'homme

Stratégie avancée à Pikine sur le dépistage volontaire du VIH intégrant l'offre de services de Santé de la Reproduction.

- 102 préservatifs ont été distribués aux jeunes de 20-24 ans
- 23 adolescent(e)/jeunes de 15 à 24 ans ont fait le dépistage volontaire du VIH
- 14 adolescentes et jeunes de 15 à 24 ans ont reçu une consultation gynécologique

Quelques contraintes ont été recensées dans la réalisation des activités :

- Absence de ressources matérielles et financières pour la mise en œuvre de certaines activités :
  - Orientation des ECR et ECD des régions de Louga et Kaffrine sur les Standards des Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s/Jeunes
  - Dotation en outils de gestion et matériel IEC des districts sanitaires
- Défaut d'harmonisation des outils de gestion utilisés par les sages-femmes dans les centres conseils ados
- Absence de désagrégation des données par tranches d'âge dans les registres (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans)
- Rétention des données sanitaires

Tous ces constats font que pour un bon suivi du niveau d'exécution du plan stratégique, il importe de :

- ◆ Mener le Plaidoyer pour une augmentation de ressources financières suffisantes et nécessaires allouées à la SRAJ
- ◆ Mettre en place des espaces santé adolescent(e)s et jeunes dans l'ensemble du pays
- ◆ Renforcer les capacités des prestataires dans l'offre de services en SRAJ
- ◆ Intégrer les composantes SRAJ dans les curricula de formation de base (écoles instituts et universités)
- ◆ Désagréger les données par tranches d'âge dans les registres de prise en charge de l'adolescent(e)/jeune
- ◆ Définir des indicateurs et en assurer le suivi

En perspectives, il est prévu de :

- Poursuivre la dissémination des Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s/jeunes en orientant 39 ECR et ECD dans les régions de Louga et Kaffrine
- Aménager et équiper 3 espaces ados/jeunes dans 3 structures sanitaires
- Assurer 2 supervisions formatives au niveau des points de prestation des services SRAJ de 5 régions
- Mettre en place un cadre de concertation fonctionnel entre toutes les parties prenantes de la SRAJ et à tous les niveaux
- Elaborer un plan d'action national pour la SRAJ
- Réviser les 2 curricula de formation sur la SRAJ
- Envisager la documentation de 3 espaces ados/jeunes dans une perspective d'extension

Il est aussi prévu d'orienter 200 membres des équipes cadre de régions et de districts et des autres secteurs sur les Standards des Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s/Jeune. En autres perspectives, il prévu :

- D'aménager 5 espaces ado/jeunes dans les structures sanitaires ;
- De doter 5 districts sanitaires en outils de gestion et matériel IEC ;
- De renforcer les capacités de 30 prestataires de santé sur la Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s/Jeunes ;
- D'orienter 15 pairs-éducateurs (aides-ados/jeunes) sur la Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s/Jeunes ;
- De sensibiliser 500 adolescent(e)s/jeunes au dépistage volontaire du VIH ;

- D'organiser 2 supervisions formatives au niveau des points de prestation des services SRAJ.

### 1.3. Composante : vaccination

#### 1.3.1 Sous composante : Programme Elargi de Vaccination (PEV)

Le programme Elargi de Vaccination (PEV) initié au Sénégal en 1979 a pour mission la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies cibles évitables par la vaccination. Il vise également la lutte contre les maladies à potentiel épidémique par une surveillance active et passive des cas mais aussi par une riposte adéquate aux épidémies.

Selon les données de l'EDS V, la couverture vaccinale s'est améliorée au Sénégal, bien qu'elle reste encore relativement faible : d'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, seulement 63% des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 3% n'ont reçu aucun vaccin. Les autres (34%) ont été partiellement vaccinés.

De manière spécifique, 95% des enfants ont reçu le BCG, 94%, 95% et 82% ont reçu respectivement les premières doses de Pentavalent, de Polio et la dose de rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été reçue par huit enfants sur dix (79%).

Pour le Pentavalent et la Polio, les déperditions sont importantes entre la première et la troisième doses. De 94% pour la première dose de Pentavalent, la couverture tombe à 91% pour la deuxième et 83% pour la troisième. En ce qui concerne la Polio, les pourcentages respectifs sont 95%, 91% et 73%.

La couverture vaccinale complète varie énormément d'une région à une autre. Dans deux régions, Fatick (70%) et Ziguinchor (76%), elle atteint ou dépasse 70% des enfants de 12-23 mois. Les régions de Kédougou (40%) et Tambacounda (47%) sont les moins couvertes. Il apparaît aussi que dans la région de Matam 10% des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin.

Par rapport à l'EDS-IV, la couverture vaccinale a connu une augmentation sensible au niveau national, passant de 59% à 63% pour tous les antigènes, et de 92% à 95% pour le BCG, de 78% à 83% pour les trois doses de DTCoq (incorporées dans le Pentavalent) et enfin, de 74% à 82% pour le vaccin contre la rougeole. Seule la Couverture vaccinale pour les trois doses de polio est restée la même.

Lors de la 58<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la santé tenue en avril 2005, la vaccination a été présentée comme un facteur important pour promouvoir la santé de l'enfant. Cette même assemblée stipule que la vaccination doit être considérée comme cruciale pour

renforcer les systèmes de santé en général et atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

La population concernée par les activités de vaccination comprend les enfants âgés de 0 à 11 mois et les femmes enceintes. En 2011, le MSAS a bénéficié d'un appui pour analyser les performances du PEV à tous les niveaux, de 2006-2010 et de formuler des recommandations qui pourront être utilisées pour relancer le Programme de vaccination au Sénégal.

**Tableau : Indicateurs PEV**

Indicateurs Clés	Cibles en 2011	Résultats atteints en 2011 selon EDS V
Proportion d'enfants 0 à 11 mois complètement vaccinés	> 80 %	63 %
Taux de couverture vaccinale au Penta 3 : (couverture sur un semestre)	> 85 %	83%
Proportion d'enfants de 0 à 11 mois vaccinés contre la rougeole (VAR): (couverture sur un semestre)	>80 %	82%
Taux de couverture VAT (femmes enceintes)	> 80 %	70%
Nombre de Districts ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole	74/74	74/74
Taux d'investigation des cas suspects de rougeole	100 %	100%
Taux d'investigation des cas de fièvre jaune	100%	100%

Source : DPM

Avec la rétention d'information ces résultats ont pu être obtenus à partir de l'EDSV. Il convient de noter l'absence de rupture en vaccins. Par ailleurs le PEV a démarré un plan de réhabilitation de sa logistique notamment par l'acquisition de trois (3) chambres froides, de chaîne de froid, équipements en motos et véhicules. Aujourd'hui, tous les besoins sont couverts au niveau des dépôts de régions et de districts en matière de chaîne de froid.

D'après les résultats de la revue externe du PEV, les raisons avancées pour la non vaccination des enfants tournent autour du manque d'information, du manque de motivation, de la non disponibilité des vaccins, de l'éloignement des points de vaccination, des reports des séances de vaccination, de la longue attente. Le taux de couverture VAR (couverture sur un semestre) 82%.

Sur les activités relatives au PEV de routine pour l'année 2011, seule une supervision a pu être effectuée par le niveau central sur les deux prévues. En dehors de la routine, 4 passages de JNVs ont été organisées en 2011.

En 2012, il est prévu en plus des deux passages de JNV annoncées, la poursuite des activités de relance du PEV de routine, la poursuite du renouvellement de la logistique et des équipements du programme surtout au niveau des postes de santé. Il est également prévu l'élaboration du plan d'introduction du vaccin contre les rotavirus et du plan stratégique d'élimination de la rougeole d'ici à 2020, ainsi que la mise en œuvre de la campagne de vaccination de masse contre la méningite A dans 8 régions du pays : Diourbel, Kaolack, Fatick, Kaffrine , Tambacounda, Kédougou, Sédhiou, Kolda.

**Tableau** : Indicateurs de mortalité maternelle et infantile

Indicateurs de performance	Cibles 2012	Résultats obtenus selon l'EDS V	observations
Taux de mortalité maternelle	364 p 100000 NV	392p 100000NV	Le taux a certes baissé par rapport à EDS IV (410p 100000NV) mais reste encore élevé
Taux de mortalité néonatale	22 p 1000	29p1000	Insuffisance de personnel qualifié  Défaillance du système d'orientation recours  Insuffisance dans la prise en charge du nouveau-né en communauté
Taux de mortalité infantile	49 p 1000	47p1000	Succès dans la prise en charge des maladies infantiles
Taux de mortalité infanto juvénile	101 p 1000	72p1000	Succès dans la prise en charge des maladies infantiles  Baisse de la mortalité liée au paludisme
Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les moins de 5ans	13 p 100	18	

<b>Indice synthétique de fécondité</b>	5.3	5	
<b>(taux d'achèvement en CPN)</b>	40%	50%	
<b>Taux d'utilisation pour la consultation prénatale</b>	>90%	93%	
<b>Proportion d'accouchements effectués dans les formations sanitaires</b>	73%	73%	contre 69%
<b>Proportion d'accouchements effectués par du personnel qualifié</b>	60%	65%	contre 52% EDSIV
<b>Taux de couverture SENN</b>	60%		
<b>Taux de consultations post natales</b>	70%	68%	
<b>Taux de césariennes</b>	7%		
<b>Taux de couverture en SP chez les FE</b>	80%		
<b>Taux de réalisation du test de dépistage du VIH chez les FE</b>	80%		
<b>Taux de couverture VAT</b>	90%	57,4%	contre 66% EDSIV
<b>Proportion des districts mettant en œuvre la stratégie "Bajenu Gox"</b>	>80%	ND	
<b>Proportion de "Bajenu Gox" formées</b>	100%	8.5%	
<b>Taux de prévalence contraceptive</b>	12%	12.1%	

Source : DSR/DS

## **2. PROGRAMME 2 : Prévention et prise en charge de la maladie**

Trois composantes constituent la structure de ce programme à savoir : la composante Maladies transmissibles, la composante Maladies non transmissibles et la composante Prévention.

### **2.1 Composante : Maladies transmissibles**

#### **2.1.1 Sous composante : Surveillance et riposte face aux épidémies**

Il est mis en place au niveau de la Direction de la Prévention une Division de la Surveillance et de la Riposte Vaccinale qui s'appuie sur un réseau de points focaux au niveau des régions médicales, des hôpitaux, des Etablissements Publics de Santé et des districts sanitaires. Le système de surveillance est centré sur le district sanitaire avec l'appui du réseau national de laboratoires.

Cette division a en charge la conduite de la surveillance des maladies à potentiel épidémique ainsi que celles qui sont à déclaration obligatoire. Cette surveillance est menée selon une approche intégrée, dénommée système de Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR).

Un bulletin hebdomadaire de surveillance épidémiologique est régulièrement publié et prend en compte toutes les maladies sous surveillance.

Dans ce cadre un certain nombre de réalisations a été enregistré à travers la mise en œuvre du plan de travail annuel 2012. Il s'agit des réalisations suivantes :

- La surveillance épidémiologique qui a été rendue effective dans la totalité des districts sanitaires du pays (76) ;
- La dotation en équipement et consommables de 10 laboratoires régionaux pour la surveillance épidémiologique ;
- La dotation en équipements et consommables de 4 laboratoires de référence nationale (Albert Royer, DANTEC, FANN, IHS) pour les activités de surveillance ;
- La tenue de 04 réunions de coordination avec les points focaux de surveillance des régions et des hôpitaux ;
- La formation/recyclage de 86 points focaux de surveillance et 32 médecins sur la question.

La réalisation de ces activités a conduit aux résultats figurant dans le tableau ci dessous.

**Tableau : Indicateurs de surveillance et riposte aux épidémies**

INDICATEURS	CIBLES 2012	REALISEES 2012	ECARTS
Nombre de Districts ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole	76	58	(-18)
Taux d'investigation des cas suspects de rougeole par un prélèvement de sang	100 %	100%	0
Taux d'affections éruptives fébriles non rougeoleuses	2 pour 100 000 Habitants	2,2 / 100.000 Habitants	(+0,2)
Taux d'investigation des cas suspects de fièvre jaune par un prélèvement de sang	100%	100%	0
Nombre de districts ayant notifié au moins un cas suspect de fièvre jaune	76	43	(- 33)
Nombre de PFA non polio pour 100000 enfants de moins 15 ans	<2,0	2,4	0,4
Pourcentage de prélèvement de selles adéquates	85%	95%	+10%
Taux de complétude dans la transmission des listes hebdomadaires de cas de méningite par les districts	100%	100%	0%
Taux d'investigation des cas de TNN notifiés	100%	100%	0%
Proportion de districts ayant atteint l'objectif de moins d'un cas de TNM pour 1000 naissances vivantes	100%	100%	

Source : Direction de la Prévention

L'objectif de 100% pour les districts ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole ou de fièvre jaune n'a pas été atteint à cause de la contre performance de certains

districts, considérés comme silencieux. Cette contre performance notée dans ces districts l'a été également pour d'autres maladies sous surveillance.

La baisse du taux d'incidence du tétanos néo natal (TNN) (de 33 cas en 2003 à 16 en 2009) est due à l'organisation des campagnes de vaccination de masse contre le Tétanos Materno-Néonatal (TMN) dans les districts à risque, à l'amélioration des couvertures de routine et à l'amélioration des conditions d'accouchement ceci dans la perspective de son élimination qui a été déclarée en 2011 après l'enquête à Matam qui était considéré comme le district à haut risque de TNN. Des recommandations qui font suite à cette activité et doivent être mises en œuvre pour le maintien du statut d'élimination du TNN au Sénégal ont été retenues.

En 2012, cinq (5) districts sanitaires ont connu une épidémie de rougeole.

Cependant, le système de surveillance des maladies à potentiel épidémique souffre de la faible capacité diagnostique des laboratoires périphériques pour la confirmation des diarrhées sanglantes, du choléra, et de la méningite cérébro-spinale. Le fonctionnement de la Direction des Laboratoires devrait aider à améliorer cette situation.

En perspective, la Division de la Surveillance et de la Riposte Vaccinale a prévu de mener certaines activités avec surtout l'appui de l'OMS dans le but d'améliorer ces indicateurs de performances :

- Appui aux activités de surveillance active par les Points Focaux de Région et de District ;
  - Appui aux pays pour réaliser des formations sur la surveillance ;
  - Appui au suivi des performances de la surveillance (2 supervisions et 4 réunions) ;
  - Appui à la mise en œuvre des activités des comités d'expert et de certification de la polio ;
  - Appui à l'élaboration des documents et des rapports relatifs à la certification de la poliomyélite ;
  - Appui à la tenue de réunions mensuelles des gestionnaires de données de la DP, du labo HEAR et IPD ;
  - Mobilisation des fonds d'urgence de gestion des épidémies liées aux maladies à riposte vaccinale ;
  - Elaboration des supports de surveillance communautaire ;
  - Dotation à la DSRV d'un véhicule de supervision ;
  - Organisation d'un atelier de révision et validation du guide de SIMR ;
  - Elaboration du plan d'action du RSI ;
- Appui à la surveillance sentinelle des diarrhées à rota virus et des méningites bactériennes pédiatriques et autres.

### 2.1.2 Sous composante Paludisme :

Le PNLP dans le cadre de la mise en œuvre de son plan stratégique 2011- 2015 a élaboré son plan de travail 2012 dans un cadre inclusif et participatif. Les partenaires de la lutte contre le paludisme ont ainsi confirmé les engagements pris lors de l'élaboration du plan stratégique et certains d'entre eux en ont pris de nouveaux par rapport aux gaps financiers identifiés. Cependant un grand retard a été observé dans la mise en place des financements du Fonds Mondial. Ceci a eu pour conséquence le décalage dans le temps de beaucoup d'activités telles que la distribution de Moustiquaires Imprégnées à longue durée d'action pour la couverture universelle dans les régions de Dakar et Thiès (reportée en 2013) et une tension permanente sur la disponibilité des autres intrants (TDR et ACT) pour la prise en charge des cas.

La réactualisation de la politique nationale de prise en charge et de prévention du paludisme conformément aux nouvelles recommandations internationales de l'Organisation Mondiale de la Santé a été initiée avec des ateliers de partage des documents de référence et des études menées au Sénégal par les institutions de recherche de la place. C'est ainsi qu'un document de plaidoyer a été élaboré et proposé à l'autorité pour une validation. Les changements portent sur les aspects suivants : Prise en charge du paludisme simple par les ACT chez la femme enceinte, Chimio Prévention du paludisme saisonnier, Traitement pré transfert par les recto caps d'artesunate des cas de paludisme grave.

Les progrès réalisés par rapport aux objectifs fixés, ne sont pas disponibles du fait de la rétention des informations sanitaires initiées par le syndicat autonome des travailleurs de la santé et de l'action sociale. Cependant du point de vue de la morbidité palustre les données hebdomadaires recueillies au niveau des sites sentinelles indiquent que la tendance à la baisse des cas de paludisme se confirme.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	Indicateurs de performance	Cibles 2012	Résultats obtenus en 2012	Ecart
Réduire la morbidité et la mortalité palustre	Taux de létalité hospitalière	<2,6%	ND (rétention d'information)	-
	Taux de couverture en MILDA chez les enfants 0-5 ans	70%	35% (EDSV)	(- 35%)
	Taux de couverture en MILDA chez les femmes enceintes	70%	36%(EDSV)	(- 34%)
	Taux de couverture en TPI 2	70%	40% (EDSV)	(- 30%)
	Taux de morbidité proportionnelle du paludisme	2,6%	ND (rétention d'information)	-
	Nombre de MILDA distribuées au cours de l'année	2 010 784	1 265 069	(- 745 715)

### 2.1.3 Sous composante : Tuberculose

Le Sénégal, à l'instar de la communauté internationale a adopté les objectifs d'impact du Partenariat mondial Halte à la tuberculose en droite ligne pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. L'objectif principal est d'arrêter et d'inverser l'incidence de la TB et de réduire de moitié la prévalence et la mortalité liées à cette maladie d'ici 2015 comparé à leur niveau en 1990.

En 2012, le PNT a procédé à la collecte active des données lors des supervisions. Ainsi, les structures sanitaires du pays ont notifié 12810 nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues correspondant à un taux d'incidence de 64 nouveaux cas de tuberculose /100 000 habitants. L'ensemble des cas de tuberculose, nouveaux comme anciens, notifiés en 2011 s'élevait à 11604 cas, soit une prévalence de 90,2 cas / 100 000 habitants.

Les nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive notifiés en 2012 étaient de 8448 cas, ce qui correspond à un taux de détection de 58% sur la base d'une estimation du taux d'incidence de la tuberculose à microscopie positive de 110 nouveaux cas pour 100 000 habitants.

Il y a eu un progrès par rapport à l'année 2011, mais l'objectif n'est pas atteint pour autant. La stratégie de dépistage passif explique en partie cette lenteur dans l'atteinte du taux de dépistage.

En ce qui concerne les 7765 nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive déclarés au Sénégal en 2011, les 85% d'entre eux ont été traités avec succès.

Le taux d'abandon des malades atteints de tuberculose à microscopie positive sous traitement a été considérablement amélioré car en 2001 il était à 21%. Cependant l'analyse de la cohorte de patients inclus au traitement en 2011 a révélé 7% d'abandon et 3% de décès, ce qui constitue une amélioration par rapport au devenir de la cohorte de 2010. Toutefois, il persiste des insuffisances dans la qualité de la prise en charge des patients, ce qui nécessite un suivi rapproché et un encadrement constant des prestataires de soins.

**Tableau :** Indicateurs de lutte contre la Tuberculose

Indicateurs- clé	Cibles 2012	Résultats 2012	Ecart
Taux de détection	60%	58%	-2%
Taux de succès	85%	85%	0%
Taux de perdus de vue	5%	7%	-2%

Source : PNT

L'écart négatif enregistré sur le taux de détection (-2%) est surtout lié entre autre à la stratégie actuelle de dépistage passif des cas de tuberculose. Ainsi, l'inaccessibilité des populations à certains centres de soins engendre une insuffisance de la fréquentation des structures de santé et par conséquent un sous-dépistage des cas de tuberculose dont certains n'arriveront jamais aux structures de diagnostic de la tuberculose. En outre, certains prestataires recherchent la tuberculose tardivement Cette situation est confirmée par les données de laboratoire qui démontrent un retard du diagnostic avec des résultats fortement positifs et ceci entretient la transmission de la maladie dans la communauté.

Quant à la différence négative de -2 % relative au taux de perdus de vue, elle reflète une performance négative du PNT probablement attribuable à un déficit de communication avec les patients et à l'insuffisance du suivi communautaire pour relancer les malades irréguliers au traitement et les amener à épuiser la durée prescrite.

La cible annuelle de 85% a été atteinte pour le taux de succès du traitement, mais les efforts sont à poursuivre pour réduire la proportion de traitements terminés et augmenter le taux de guérison.

Le Laboratoire de Référence du PNT a vu son plateau technique renforcé pour améliorer les cultures et les tests rapides de dépistage (GenExpert) de la tuberculose à bacilles multi résistants.

Les difficultés rencontrées sont liées à :

- la méconnaissance de la maladie qui entretient la stigmatisation ; ceci constitue un réel frein à la participation communautaire dans la lutte anti tuberculeuse ;
- l'insuffisance de l'accès aux soins pour divers motifs, ce qui réduit la fréquentation des services de prestation de soins et favorise le recours aux tradipraticiens ;
- un plateau technique insuffisant, aggravé par l'absence de radiologie dans bien des districts entraînant un déplacement continu des populations pour les recours aux soins principalement pour les formes extra pulmonaires et chez les enfants ;
- un déficit en personnel qualifié et motivé entraînant un dépistage tardif des cas de tuberculose principalement chez l'enfant et les PVVIH.
- une faible implication des collectivités locales (élus locaux et autres leaders) avec très peu d'initiatives d'appui de leur part;
- une faiblesse du partenariat avec les autres secteurs publics et privés entraînant une insuffisance de leur implication dans les activités de la lutte antituberculeuse;
- une insuffisance du financement des médicaments et produits de laboratoire dont les gaps sont couverts, pour l'instant, par le Fonds Mondial.

La prise en charge des cas de tuberculose à bacille multi résistants (TB/MR) constitue un tournant décisif dans la lutte contre la tuberculose. Depuis le mois de juillet 2010, avec l'appui des partenaires financiers, le PNT a pris en charge 69 cas à la date du 31 décembre 2012.

En 2012, le PNT a renforcé ses moyens diagnostics afin d'améliorer le dépistage de la tuberculose particulièrement chez les enfants, les PVVIH et dans le domaine de la tuberculose à bacilles multi résistants.

Par contre les médicaments de deuxième ligne étant achetés par les Partenaires (Fonds mondial, USAID/FHI360), l'Etat du Sénégal devra octroyer un supplément budgétaire dans la ligne médicaments et produits de laboratoire afin d'assurer la continuité de la prise en charge aussi bien dans le domaine de la tuberculose commune que dans celui de la. C'est à ce prix que le pays parviendra à rompre plus rapidement la chaîne de transmission de la tuberculose et prévenir les décès liés à cette affection.

#### **2.1.4 Sous composante VIH/SIDA**

Malgré plusieurs décennies de lutte, le SIDA reste encore une préoccupation à l'échelle mondiale. Les pays en développement, particulièrement ceux d'Afrique, en paient le plus lourd tribut. En effet, selon le dernier rapport de l'ONUSIDA en 2011, près de 70% des 34 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) vivent en

Afrique au Sud du Sahara. De plus, plus de 80% des décès dus au SIDA sont répertoriés en Afrique.

Le Sénégal est un pays à épidémie concentrée avec une prévalence de 0,7% (EDS 5, 2010-2011) dans la population générale. Cette prévalence n'a jamais atteint 1% dans la population générale depuis le début de l'épidémie dans notre pays.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes qui depuis plus d'une dizaine d'années est de 0,7%.

S'agissant des populations plus exposées au risque, la prévalence est de 18,5% chez les professionnelles du sexe (PS), de 21,8% chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (MSM). Chez ces deux groupes, même si la prévalence est élevée, grâce aux interventions, elle n'a pas augmenté depuis dix ans comme dans les autres pays. Au contraire on note une tendance à la diminution.

Chez les utilisateurs de drogues par voie intraveineuses (UDI), une enquête récente en 2012 donne une prévalence VIH de 9,4%.

Les données de l'enquête de surveillance combinée, réalisée en 2010 montrent les prévalences VIH suivantes dans les groupes passerelles :

Policiers : 0,2    Militaires : 0,7    Pêcheurs : 0,8    Routiers : 1,4    Détenus : 1,5  
Orpailleurs : 1,9

On note par ailleurs une féminisation de l'épidémie, sex ratio : 1,6

Enfin, il existe des disparités entre régions : régions les plus touchées : Kolda (2,4), Kédougou (1,7), Tamba (1,4), Sédhiou (1,1), les autres de région la prévalence est inférieure ou égale à 1%

Le Sénégal est souvent cité en exemple comme pays ayant pu contenir l'épidémie. Depuis 2002, le pays a mis en place un programme multisectoriel de lutte contre le SIDA (PMLS).

La mise en œuvre du PMLS s'articule autour de 2 axes prioritaires. Il s'agit de la prévention et de la prise en charge. Pour chacun des axes, un certain nombre d'actions sont déclinées, permettant leur opérationnalisation.

❖ Prévention de la transmission mère enfant (PTME) :

Le nombre de femmes enceintes ayant bénéficié du test de dépistage VIH en 2012 est de 127 066.

La communauté internationale et les gouvernements sont mobilisés pour l'élimination de la transmission mère enfant (eTME) du VIH d'ici à 2015. Des engagements importants ont été pris et des jalons déjà définis. Le Sénégal dispose ainsi d'un plan eTME qui prend en compte les goulots d'étranglements de la PTME et de la SMNI.

Le passage à l'échelle des interventions de la PTME est amorcé au Sénégal depuis 2005 avec l'utilisation de régimes thérapeutiques performant pour réduire la transmission mère-enfant du VIH. En effet, suite aux recommandations de l'OMS de novembre 2009, le Sénégal a adopté l'option B qui consiste à mettre sous trithérapie ARV les femmes enceintes séropositives à partir de la 14<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée dans le cadre de la prophylaxie.

En Avril, 2012, l'OMS a sorti de nouvelles recommandations il s'agit de l'option B+ qui préconise la mise sous trithérapie à vie des femmes enceintes séropositives dès que le diagnostic de grossesse est posée. Le Sénégal a validé cette option B+ au mois d'Aout 2012.

Ce passage à l'échelle de la PTME a permis a ce jour la disponibilité du paquet complet PTME dans 100% des centre de santé une décentralisation du dépistage dans 86% des postes de santé. En outre la proportion de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administrée des ARV pour prévenir la transmission de l'infection à VIH à l'enfant au cours de la grossesse, pendant le travail, à l'accouchement ou pendant la période de l'allaitement est de 27% source (rapport GARP 2012). S'agissant de la prise en charge pédiatrique, les besoins en traitement ARV chez les enfants en 2009 sont de 26,5% contre 86,8% chez les adultes. Ceci met en exergue les efforts à fournir aux fins d'améliorer les performances de la PTME et de la prise en charge pédiatrique.

#### ❖ Dépistage

L' intégration du dépistage dans les structures de santé, la décentralisation des services de conseil dépistage au niveau des postes de santé et les stratégies avancées et mobiles ont permis de dépister 299 620 personnes en 2012. De plus, les éléments suivants ont permis cette performance :

- La disponibilité de 1023 sites de dépistages en fin 2012 avec couverture de tous les centres de santé, hôpitaux publics et parapublics, les 13 CCA (Centre Conseil Ado), 19 CDVA et 867 Postes de Santé.
- La gratuité des tests de dépistage avec un circuit d'approvisionnement décentralisé (PNA → PRA → Sites)
- La formation des personnes ressources avec documents nationaux de référence (doc politiques et normes, guide du counseling...)
- Le suivi évaluation et la coordination a chaque niveau de la pyramide sanitaire

#### ❖ Prise en Charge

En 2012, 114 sites prescrivent des ARV et 260 prestataires de soins ont bénéficié d'une formation théorique sur la Prise En Charge du VIH. Des stages pratiques au Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) de Fann et à l' HEAR ont touché 30 prestataires dont 17 Médecins, 1 Dispensateur d' ARV, 4 Assistants Sociaux, 8

Infirmiers et Sages-femmes. Au total, 290 prestataires ont bénéficié d'un renforcement de capacité sur la PEC du VIH.

En ce qui concerne la PEC des Enfants vivant avec le VIH, la couverture en renforcement de capacité est de 169 agents.

L'objectif de l'accès universel est d'assurer une couverture de 80% de ceux qui ont besoin du traitement ARV.

Les efforts consentis ont permis l'augmentation du nombre de PVVIH sous traitement ARV qui est passé de 1.855 patients en 2004 à 18.352 patients en 2011.

On note aussi une bonne décentralisation au niveau des régions. En effet, en 2009 près de 70% des nouveaux malades mis sous médicaments antirétroviraux (ARV) l'ont été dans les régions autres que Dakar.

Il est noté en 2012 un faible taux dépistage VIH chez les TB avec une performance nationale de 72% pour un objectif de 85% soit un gap de 13%.

Par rapport à la prophylaxie au cotrimoxazole, l'objectif de 85% est atteint pour le Sénégal malgré les contre performances notées dans certaines régions.

**Tableau 12** : Indicateurs de lutte contre le VIH/SIDA

Indicateurs clé	Cible 2012	Résultat 2012	Ecart
<b>Autres indicateurs traceurs</b>			
Nombre de personnes 15-49 ans dépistées	318 283	299 620	- 18663
Nombre de femmes enceintes dépistées	128 450	127 066	- 1384
Nombre de P VVIH sous ARV (cumulatif)	14 500	13 340	- 1 120
Diagnostic Précoce sur les enfants	739	620	-110
Nombre d'enfants sous ARV	2541	870	- 1671

Source : Unité Suivi Evaluation DLSI

⚡ Les difficultés rencontrées sont entre autres :

- ✓ le manque de ressources humaines au niveau régional et décentralisé ; en effet il n'est pas rare de constater que certains sites de prise en charge disposent que du médecin traitant, entraînant ainsi une faible qualité de la prise en charge.
- ✓ au vu de la précarité dans laquelle se trouve la plupart des PVVIH et de leurs difficultés, de plus en plus constatées, à supporter certains frais liés à leur prise en charge, il faudra mettre en place un système de gratuité, afin de minimiser les pertes de vue qui peuvent compromettre le succès du programme toutefois sans stigmatiser les patients ;
- ✓ le budget jusque là alloué à la mise en œuvre des activités de lutte contre le SIDA ne saurait suffire, ceci malgré la contribution des partenaires au développement. En effet les nouveaux protocoles recommandés par l'OMS, entraînent une mise sous ARV beaucoup plus précoce et un traitement à vie. Ceci augmente fortement le coût des traitements.

⚡ En perspectives il s'agira :

- ✓ D'intensifier les interventions en direction des groupes vulnérables (TS, MSM, IDU)
- ✓ D'initier des interventions transfrontalières.
- ✓ En ce qui concerne le CDV, de renforcer les actions en initiant une série de caravanes itinérantes de dépistage sur toute l'étendue du territoire et de profiter de toutes les opportunités de mobilisation sociale et d'événements spéciaux (festival de Jazz, foire internationale...);
- ✓ Dans la PTME : Elimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à l'horizon 2015.

La Division de Lutte contre le Sida/IST(DLSI) en collaboration avec le CNLS et ses partenaires au développement a élaboré le plan d'eTME du Sénégal avec 6 approches stratégiques pour l'opérationnalisation du plan d'eTMEZ :

- **Stratégies d'expansion rapide des services**

Il s'agira de décentraliser les ARV au niveau des Postes de Santé ceci passera par une politique de délégation des tâches ;

- **Stratégies de renforcement des compétences des prestataires** sur le counseling du couple, l'option B+, la dispensation des ARV, la gestion des stocks et le suivi évaluation... ;
- **Stratégies d'implication des communautés** avec des activités de plaidoyers, auprès des plus hautes autorités, des leaders (religieux, d'opinion, réseaux de femmes, des jeunes ...) mais aussi la mise en place d'un système de « tracking » du couple mère-enfant par les différents acteurs communautaires (relais, médiateurs, Bajenu Gox, PVVIH...) pour le respect de la précocité de la CPN1, l'utilisation continue des services (4CPN), l'accouchement dans une

structure sanitaire, le respect des CPON et le suivi de l'enfant né de mère séropositive jusqu'au diagnostic définitif ;

- **Stratégies d'implication du secteur privé et autres secteurs ministériels** par la mise en place dans le cadre de la multi sectorialité d'un dispositif de planification conjointe et concertée au niveau opérationnel pour la mise en œuvre et le suivi des activités de la PTME par toutes les parties prenantes ;
  - **Stratégies d'intégration des services** qui passera par le renforcement de l'intégration des interventions PTME dans les points de prestation des services de Planification Familiale, des CPN, de la maternité, des consultations postnatales, de la consultation préventive de l'enfant, de vaccination, des services de CDV et de prise en charge du VIH et de la tuberculose, dans les services de nutrition favorisant ainsi la fidélisation du couple mère-enfant ;
- ✓ Dans le domaine de la PEC, les objectifs suivants sont recherchés :
- Zéro discrimination d'ici 2015
  - Zéro décès lié au Sida à l'horizon 2015
  - Accès universel aux services de prise en charge et de soins

Pour cela, il faudra :

- se doter de moyens pour l'achat de tous les médicaments obligatoires pour un bon traitement des patients ;
- du fait du nombre assez élevé de malades, de mobiliser encore des fonds pour satisfaire à la fois l'exigence de prise en charge complète et globale, mais également celle de la gratuité totale du bilan de suivi.
- Organiser une décentralisation bien structurée de la PEC au niveau des postes de santé basée sur la délégation des tâches.
- Faciliter l'accessibilité des bilans et des médicaments contre les IO en améliorant la notification des cas
- Accélérer la prise en charge des enfants

Renforcer la prise en charge de la co infection TB/VIH

### **2.1.5 Sous composante Maladies tropicales négligées (MTN)**

Les maladies tropicales négligées (MTN) constituent un obstacle considérable aux établissements humains et au développement socio-économique des communautés déjà appauvries. Une amélioration de la lutte contre ces maladies apporterait une contribution majeure à l'atténuation de la pauvreté et à la réalisation des OMD-santé.

Cependant, il est évident que la plupart d'entre elles n'attirent pas l'attention de la communauté internationale, ce qui se traduit par une insuffisance notoire des volumes de financement mobilisé pour la lutte contre ces affections, justifiant le terme

d'affections « négligées ». L'Organisation Mondiale de la Santé, qui avait établi une liste de 21 affections dites tropicales négligées à travers le monde a, lors d'une rencontre tenue au cours de l'année 2011, ramené la liste à 17 maladies réparties en 3 groupes en fonction des moyens de lutte disponible, dont 14 d'entre elles concernent la région Afrique.

Groupe de Maladies	Maladies ou Groupes de Maladies	Objectifs visés
<b>Groupe I : Existence d'outils en vue de leur élimination ou leur éradication.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dracunculose (Ver de Guinée)</li> <li>- Filariose lymphatique</li> <li>- Lèpre</li> <li>- Trachome</li> </ul>	Éliminer ou éradiquer ces maladies
<b>Groupe II : Existence d'outils en vue de leur contrôle.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onchocercose</li> <li>- Schistosomiasis</li> <li>- Géohelminthiases</li> <li>- Leishmaniose</li> <li>- Tréponématose endémiques (Pian, Pinta et Bejel)</li> <li>- Rage</li> <li>- Trématodoses d'origine alimentaire (Clonorchiasis, Opisthorchiasis, Fasciolose et Paragonimiasis)</li> <li>- Cysticercose (Tenia solium)</li> <li>- Echinococcose (kyste hydatique ou Hydatidose ou kyste alvéolaire)</li> </ul>	Réduire considérablement la charge de ces maladies (objectifs de contrôle)
<b>Groupe III : Manque d'outils</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ulcère de Buruli</li> <li>- Maladie de Chagas</li> <li>- Dengue</li> <li>- Trypanosomiase Humaine Africaine</li> </ul>	Promouvoir des interventions utilisant des approches novatrices (objectifs de contrôle aussi)

Au Sénégal, 10 parmi cette liste ont été jugées prioritaires et maintenues dans la liste des MTN. Ces dix (10) affections sont réparties en deux groupes. Un groupe de 5 dénommé groupe des MTN à chimiothérapie préventive de masse ; il s'agit de la Filariose lymphatique, des Schistosomiasis ou bilharzioses, du Trachome, de l'Onchocercose ou cécité des rivières et les Géo helminthiases. Ces maladies ont en commun une stratégie de lutte qui repose sur la chimiothérapie préventive de masse.

Les indicateurs de performance de ces programmes sont les taux de couverture géographique et couverture thérapeutique enregistrés dans les zones d'intervention. Le deuxième groupe de 5 affections est appelé groupe des MTN à prise en charge des cas comprenant la lèpre, la leishmaniose, la dracunculose, la rage et la Dengue. La stratégie de lutte contre ces dernières demeure le dépistage et la prise en charge des cas. Pour ce qui concerne l'année 2012, qui correspond à la deuxième année de la mise en œuvre du plan national de lutte intégrée contre les MTN (2011-2015) qui bénéficie déjà du soutien financier de l'USAID, il était prévu une mise à l'échelle des interventions de chimiothérapie de masse notamment contre les schistosomiasés, les géohelminthiases et la filariose lymphatique.

### **A/ Filariose lymphatique**

L'élimination mondiale de la filariose lymphatique en 2020 comme objectif, a été retenue à travers l'adoption de la résolution WHA/50-29 de l'Assemblée Mondiale de la Santé, lors de sa 50<sup>ème</sup> session tenue en 1997. Ceci peut être rendu possible grâce aux avancées significatives enregistrées sur le plan du diagnostic comme de la thérapeutique.

En effet, l'administration annuelle de l'association de deux médicaments sûrs (Ivermectine et Albendazole) aux populations malades ou exposées en stratégie de campagnes de masse, constitue un moyen permettant de rompre le cycle de transmission de la Filariose Lymphatique au bout de cinq (5) ans environ au sein des communautés. C'est dans ce cadre qu'un programme national d'élimination a été créé en 2007 au Sénégal pour s'inscrire dans cet objectif.

Pour l'année 2012, les interventions de chimiothérapie préventive de masse ont été programmées dans les 13 districts dont 7 de la région de Tambacounda et 6 nouveaux districts dans les régions de Kolda et Sédhiou, avec comme objectifs d'enregistrer un taux de couverture géographique de 100% et un taux de couverture thérapeutique de 80%, ce qui devait se traduire par le traitement de 1.409.000 personnes à travers ces 13 districts. Cependant pour un souci d'intégration avec la campagne nationale de traitement contre les MTN, et le respect du délai d'un an entre deux tours de traitement, seuls les 7 districts de la région de Tambacounda ont été traités et les 6 autres districts des régions de Kolda et Sédhiou décalés pour le mois de mars 2013. Ce qui fait que par rapport à la population cible de 1.409.000 personnes à traiter en 2012, seules 504.000 personnes ont été finalement ciblées. Les données de traitement ne sont malheureusement pas encore disponibles pour apprécier les taux de couverture géographique comme thérapeutique.

Quant à la mobilisation du budget du programme, elle n'a pu être effectuée que très partiellement. Sur un montant alloué de 14,5 millions par l'Etat en 2012, seul 1,180 million a pu être mobilisé (carburant) soit un taux d'exécution de 8% environ. Toutefois avec l'appui du partenaire (USAID), l'activité a pu se dérouler.

En perspectives, il est prévu pour 2013:

- une enquête TAS (Transmission Assesment Survey) pour décider si oui ou non il faut arrêter les campagnes de traitement dans la région de Tambacounda après 6 tours de traitement annuel.

une extension des traitements de masse contre la filariose lymphatique dans les 6 districts d'endémie des régions de Kolda et de Sédhiou.

## **B/ Onchocercose**

Au Sénégal, la lutte contre l'onchocercose est essentiellement basée sur le traitement par l'Ivermectine ou Mectizan<sup>R</sup> (un microfilaricide) des populations exposées à l'endémie. Ce traitement consiste, en l'administration annuelle selon la taille de l'individu, de 1 à 4 comprimés dosés à 3 mg à partir de l'âge de 5 ans (correspondant normalement à une taille de 90 cm), par chaque membre des communautés vivant en zone d'endémie. L'endémie onchocerquienne concerne 8 districts sanitaires répartis à travers 3 régions (Kédougou, Tambacounda et Kolda).

Actuellement, 150 villages sont encore sous arrêt expérimental de traitement pour un total de 610 villages environ. La campagne de traitement sous directives communautaires (TIDC) s'est déroulée pour l'année 2012 au mois de novembre dans les districts de la région de Kédougou, tandis que pour les districts de la région de Tambacounda, le traitement contre l'onchocercose a été couplé au traitement contre la filariose lymphatique. Il en est de même pour les villages endémiques du district de Vélingara où le traitement est différé au mois de mars 2013 pour être couplé au traitement contre la filariose dans cette région. En l'absence de transmission des données de traitement, il n'a pas été possible d'apprécier le niveau de performance à travers les taux de couverture géographique et thérapeutique.

Le Programme a disposé pour l'année 2012 d'une dotation budgétaire de fonctionnement d'un montant de 16.470.000 F CFA dont seuls 1.485.000 frs ont pu être mobilisés soit un taux d'exécution de 9%.

La principale contrainte de l'exécution de ce programme demeure l'insuffisance des ressources allouées à laquelle s'ajoute les difficultés de leur mobilisation ainsi que l'absence de partenaires financiers. Ceci a pour conséquence l'absence de recyclage du personnel de santé notamment les infirmiers chefs de poste sur les stratégies de lutte du programme dont la majorité officiant dans les zones d'endémie n'a jamais été formée sur le programme.

En perspective, il est prévu en 2013 une enquête épidémioparasitologique pour évaluer l'impact des traitements de masse après plus de 18 tours de traitement annuels dans les zones d'endémie onchocerquienne pour décider de l'arrêt ou non des campagnes de traitement de masse.

## **C/ Bilharzioses**

Les bilharzioses sévissent dans toutes les régions biogéographiques du Sénégal sauf Dakar avec des prévalences variables d'une localité à une autre. Les régions de Tambacounda, Saint-Louis et Kédougou ont des prévalences élevées pouvant dépasser 80%. Actuellement on assiste à une extension de la maladie dans la région de Louga, en particulier le long des villages situés au bord du Lac de Guiers. Récemment quelques cas ont été signalés dans le sud du pays, notamment dans les régions de Kolda et Kédougou.

Le Sénégal a été choisi par l'OMS comme pays pilote dans la lutte contre les MTN et à ce titre, va bénéficier ces 5 prochaines années de dons de praziquantel pour la chimio prophylaxie préventive.

Une campagne nationale de traitement de masse intégrée contre les bilharzioses par Praziquantel a été organisée en mars 2012 avec l'appui de l'USAID. Du fait de la rétention de l'information sanitaire, les données qui ont pu être collectées par le biais des écoles et des ONG sont incomplètes et donnent une idée partielle du niveau de performance atteint par la campagne.

## **D/ Géohelminthiases**

Les géohelminthiases existent dans toutes les régions du Sénégal et touchent principalement les enfants d'âge pré scolaire (0 à 5ans) et scolaire (6 à 15 ans). Cette MTN ne fait pas encore l'objet d'une stratégie élaborée. Mais néanmoins, les enfants de moins de 5 ans sont traités lors des journées de survie de l'enfant qui se déroule 2 fois par an depuis bientôt 4 ans. Cependant, il est nécessaire de mettre en place une stratégie pour les enfants de 6 à 15 ans.

Une campagne nationale de traitement de masse intégrée contre les géohelminthiases par Mebendazole ou Albendazole été organisée en mars 2012 avec l'appui de l'USAID. Du fait de la rétention de l'information sanitaire, les données qui ont pu être collectées par le biais des écoles et des ONG sont incomplètes et donnent une idée partielle du niveau de performance atteint par la campagne.

Maladies Tropicales Négligées													
		Filariose Lymphatique			Onchocercose			Schistosomiases			Géohelminthiases		
Indicateurs		Cible	Résultats 2012	Ecart	Cible	Résultats 2012	Ecart	Cible	Résultats 2012	Ecart	Cible	Résultats 2012	Ecart
Taux de couverture géographique		100%	ND	-	100%	ND	-	100%	100%	0	100%	100%	0
Taux de couverture thérapeutique		80%	ND	-	100%	ND	-	80%	62,3%*	17,7%	80%	71%*	- 9%

## E/ Le Trachome

Deuxième cause de cécité au Sénégal, le trachome est classé dans le groupe des maladies tropicales négligées et son contrôle confié à la coordination du programme national de promotion de la santé oculaire. Avec une prévalence de la cécité attribuée à cette maladie qui est estimée à 0,26%, les régions de Diourbel, Thiès et Louga sont les plus atteintes selon l'enquête de cartographie réalisée en 2000. La prévention de la cécité due au trachome repose sur la chimiothérapie préventive de masse par l'administration annuelle d'antibiotiques (azitromycine ou auréomycine en pommade) en campagne de masse. Pour l'année 2012, avec une cible de 451.929 personnes à traiter dans les régions de Diourbel et Kaffrine, la rétention des informations ne nous a pas permis d'apprécier le niveau de performance de la campagne de traitement à travers les taux de couverture géographique et thérapeutique.

## F/ La lèpre

La lutte contre la lèpre au Sénégal s'inscrit dans le cadre de la stratégie mondiale renforcée pour une réduction de la charge de la maladie. Et cette stratégie repose essentiellement sur le dépistage précoce de nouveaux cas et leur traitement par la chimiothérapie.

En 2012, le taux de prévalence de la maladie a connu une baisse sensible par rapport à 2010 soit une prévalence de 0,23 cas pour 10 000 habitants correspondant à 331 cas. Le nombre de cas diagnostiqué en 2012 est de 224 cas soit un taux de détection de 0,17 inférieur à la cible (0,25).

Cette baisse de la prévalence cache des disparités. C'est ainsi que Kédougou avec un taux de prévalence de 2,90 reste la seule région à ne pas avoir éliminé la lèpre selon la définition de l'OMS.

Aussi, pour la cohorte de 2012, le taux de guérison est estimé à 68,27% pour les MB et 93,93% pour les PB

Indicateurs	Cibles en 2012	Réalisées en 2012	Performances (écart)
Taux de détection de la lèpre	0,25	0,17	0,08
Taux de guérison de la lèpre	95%	71,78%	-21,22

Pour atteindre cette baisse de la prévalence, un certain nombre d'activités ont été réalisés sur financement de la DAHW et celles-ci tournent autour des différents domaines prioritaires :

- la formation
  - 7 ISL (Infirmiers Spécialistes de Lèpre) de Thiès, Fatick, Kaffrine, Tambacounda et Salémata ont été formés au CHOM de Dakar sur la prise en charge de la maladie
  - 09 médecins chefs de districts et BRISE ont été aussi formés au CHOM de Dakar (Touba, Bambey, Mbour, Saraya, Mbao, Keur Massar, Région médicale de Dakar)
- L'orientation des relais : en 2012, un total de 104 relais ont été orientés sur la lèpre (Thiès, Kaolack, Darou Mousty, Kédougou, Saraya, Salémata, Kolda, Vélingara et Médina Yoro Foula).
- La supervision :
  - Des supervisions trimestrielles sont effectuées par les ISL de région au niveau des PS. 2 supervisions ont été effectuées par le CPNEL au cours de l'année 2012.
  - Au cours de l'année 2012, des missions de supervisions pour une meilleure gestion des complications de la lèpre ont été réalisées en partenariat avec le CHOM (08)
- Les activités d'IEC et sensibilisation :
  - L'organisation d'émissions radios (12) au niveau des districts de Kédougou, Kaolack et Thiès)
  - L'organisation de journées de mobilisation sociale avec les religieux et les Badjénu Goxx à Kédougou.

Cependant, il faut rappeler que l'exécution du programme est confrontée à un certain nombre de contraintes qui tournent autour des points suivants :

- Faiblesse du budget du PNEL
- Absence de supervisions régulières et rapprochées des activités de lutte contre la lèpre
- Absence d'une formation régulière du personnel de santé
- Absence de visibilité du PNEL

Les perspectives pour l'année 2013 tournent autour des points suivants :

- Contrôle de l'endémie lépreuse par:
  - Le dépistage précoce de la lèpre avec:
    - La sensibilisation communautaire
    - Le recyclage du personnel médical et paramédical
    - L'orientation des relais communautaires

- Campagne de dépistage dans les zones spécifiques
- Implication des anciens malades dans le dépistage et l'identification et la prise en charge de leurs besoins

➤ PIRP par:

- Formation des ISL en prise en charge globale
- Intégration des activités de prise en charge des complications dans les activités médico-chirurgicales des hôpitaux périphériques
- Renforcer le partenariat PNEL-CHOM et PNEL avec les autres programmes et divisions dans le cadre de la multisectorialité.

Aujourd'hui, l'objectif mondial de l'OMS est de réduire de 35% les infirmités de grade 2 avec comme année de référence 2010, raison pour laquelle cet indicateur doit être pris en compte dans l'évaluation du programme.

## **G/ La dracunculose**

Le Sénégal a été certifié libéré de la transmission de la dracunculose depuis 2004 par l'OMS qui recommande toutefois le maintien du Programme National d'Eradication du Ver de Guinée et la mise en œuvre des activités de post certification. L'objectif général est de détecter rapidement tout cas importé pour éviter la reprise de la transmission dans le pays. La stratégie retenue repose sur une surveillance communautaire de la Maladie à travers tout le pays surtout dans les régions anciennement endémiques (Kédougou, Matam et Tambacounda).

D'énormes difficultés ont été notées pour la mobilisation du budget alloué au programme en 2012. Ainsi, toutes les activités qui se sont déroulées au cours de cette année l'ont été grâce à l'appui technique et financier de l'OMS. Il s'agit :

- Ateliers de formation des ICP dans les dix districts des Régions de Kédougou (Saraya, Salémata et Kédougou) et de Tambacounda (Kidira, Bakel, Goudiry, DiankéMakha, Tambacounda, Koumpentoum et Maka Colibantang). Ces rencontres ont permis d'assurer la formation sur la maladie du ver de Guinée et sa surveillance de 171 agents de santé (Infirmiers, sages-femmes, agents d'hygiène et membres des Equipes Cadres des Districts) et 9 agents des Inspections Régionales et Départementales l'Education Nationale.
- De l'investigation d'un cas suspect de dracunculose dans le village de Youpé Hamady dans le District Sanitaire de Kidira ; l'examen parasitologique du prélèvement envoyé au CDC Atlanta conformément aux recommandations de l'OMS a infirmé le diagnostic.

- Ateliers d'orientations des Agents de Santé Communautaire des villages à haut risque de transmission dans le district Sanitaire de Kidira. Au total 54 relais communautaires ont été capacités pour le dépistage et la sensibilisation des populations sur la maladie du ver de Guinée.

Les rapports de surveillance de la dracunculose ne sont pas rendus disponibles par les acteurs du fait de la rétention des informations sanitaires. Pour rappel, la dracunculose au même titre que le choléra, est une maladie à déclaration obligatoire et à potentiel épidémique dont les résultats de la surveillance doivent être obligatoirement fournis aux échelons supérieurs.

En ce qui concerne les ressources financières, le programme dispose d'une ligne budgétaire de fonctionnement de l'Etat dont le montant pour l'année 2012 s'élevait à 7.830.000 frs et seul 1.300.000 frs a pu être mobilisé en carburant soit un taux d'exécution de 16,6 %.

#### **H/ Autres maladies tropicales négligées**

Il s'agit de trois MTN appartenant au groupe des MTN dites à prise en charge des cas (Rage, Leishmaniose et Dengue). Elles font toutes parties des MTN considérées comme prioritaires, mais dont les activités de contrôle demeurent encore très timides voire inexistantes du fait de l'absence de ressources qui leur sont allouées. Elles ne sont pas encore considérées comme programme de lutte et ne fonctionnent qu'avec des points focaux nommés. Cependant, concernant la lutte contre la rage des avancées timides sont entrain d'être faites. **La rage est une zoonose virale** transmise à l'homme par la salive des animaux infectés, principalement les **chiens**, lors d'une morsure ou d'une égratignure. C'est une maladie qui, une fois déclarée est toujours **mortelle**. Pourtant l'administration d'un traitement efficace le plus tôt possible après l'exposition permet d'éviter l'apparition des symptômes et le décès. La lutte contre cette redoutable maladie n'est pas encore bien prise en compte comme le montre l'absence d'une ligne budgétaire.

En 2012, 336 cas de personnes victimes de morsures ont été notifiés à travers le pays mais l'évaluation de la prise en charge n'a pas été possible du fait de l'absence de remontée des fiches de notification au niveau central. Six cas de décès imputables à la rage ont été confirmés par l'Institut Pasteur de Dakar. Ceci n'est que la partie visible de l'iceberg car la rage est une maladie sous diagnostiquée et sous déclarée et les experts avancent qu'un cas de rage notifié en cache une centaine. En effet, les régions de Fatick et Saint-Louis sont considérés à très haut risque du fait du nombre élevé de morsures notifiées. Les points focaux rage de ces régions ont été formés à l'IPD pendant une semaine pour améliorer la prise en charge des personnes exposées grâce à l'appui technique de Sanofi-Pasteur,

Le cout élevé du traitement constitue le principal obstacle pour assurer une prise en charge adéquate des personnes exposées. La PNA a entamé une procédure pour assurer la disponibilité à un cout moindre du vaccin et sérum antirabique. Mais celui-ci sera toujours inaccessible pour les populations défavorisées pour lesquelles un mécanisme de financement doit être étudié pour assurer la gratuité du traitement post-exposition conformément aux orientations stratégiques mondiales concernant les Maladies Tropicales Négligées.

## **2.2 Composante : Maladies non transmissibles**

### **2.2.1 Maladies à soins couteux**

La lutte contre les maladies non transmissibles et chroniques devenues le fléau des temps modernes occupe une place de choix dans la politique sanitaire nationale. L'émergence et le développement de ces maladies sont intimement liés à l'urbanisation, à la sédentarisation des populations et au changement des habitudes alimentaires. Certaines de ces maladies dites à soins couteux comprennent les maladies cardiovasculaires, les maladies rénales, la drépanocytose, les cancers, le diabète, l'asthme et les traumatismes. Elles disposent chacune d'un plan stratégique de lutte avec un budget qui leur est alloué même si les montants sont encore très loin des besoins affichés.

Les activités déroulées au cours de l'année 2012 se résument à :

- l'organisation de la célébration des différentes journées mondiales de lutte contre les maladies concernées (cancers, diabète, etc.).
- l'élaboration d'un projet pilote de dépistage et traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus dans le district sanitaire de Thiès mais qui peine à être mis en œuvre faute d'indisponibilité de ressources ;
- la gratuité de la séance de dialyse rénale à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2012
- la construction de centres de dialyse (extension du centre de dialyse de l'HALD fonctionnel, les autres en cours de construction)
- des séances de dépistage des maladies cardio vasculaires, du diabète et des lésions précancéreuses du col de l'utérus ont été menées par le mouvement associatif avec l'appui du MSAS. Cependant, elles n'ont pas été assez structurées pour couvrir l'ensemble du territoire national ;
- un projet de contrôle des facteurs de risques communs aux MNT par un dépistage est toujours en cours d'exécution dans la commune de Saint Louis.

### **2.2.2 Santé mentale**

L'option est d'intégrer les soins de santé mentale dans les soins de santé primaires au niveau de tous les districts et de déconcentrer la prise en charge de la santé mentale au niveau de toutes les régions non encore pourvues en structures

psychiatriques (Diourbel, Kaolack, Louga, Sédhiou, Kolda, Kaffrine et Matam) en mettant l'accent sur la formation de spécialistes (médecins, paramédicaux) et la mise en place d'Unités de Psychiatrie. La collaboration avec la société civile sera renforcée pour la prévention, le dépistage et la prise en charge.

L'émergence d'une population vulnérable d'usagers de drogues semi-synthétiques (cocaïne, héroïne), à haut risque de contamination par le VIH, le VHC et le VHB au Sénégal, particulièrement dans la région de Dakar a poussé le ministère de la santé et de la prévention à autoriser une enquête d'estimation de taille, de prévalence et de pratiques à risques chez les usagers de drogues injectables dans la région de Dakar. Cette étude réalisée sur financement de l'ANRS et du Fonds Mondial s'est déroulée au Centre Régional de Formation du CHNU de Fann s'inscrit dans une dynamique opérationnelle et vise la création de structures et d'activités pour une prise en charge spécifique.

En 2012, à part l'organisation de la journée mondiale de la santé mentale et la participation au Sisdak, le bureau de la santé mentale n'a pu exécuter aucune des autres activités qu'elle avait prévues. Ceci s'explique par la suppression de ses crédits au cours de l'année 2012. Par ailleurs il n'y a pas eu de partenaire qui s'est engagé pour appuyer le bureau. Par conséquent, les objectifs de 2012 deviennent urgents à exécuter en 2013.

### **2.2.3 Santé bucco dentaire**

Le programme de santé bucco-dentaire a pour mission d'assurer la promotion de la santé bucco-dentaire dans l'ensemble du territoire national. Il a en outre pour objectif d'implanter la santé bucco-dentaire dans le système de santé général en développant de la même manière la prévention au niveau des écoles et des daaras.

Pour l'année 2012, le focus a été mis sur les activités de sensibilisation et de formation sur les différentes méthodes de lutte contre les affections bucco-dentaires particulièrement le Noma. Ces activités s'adressent aux agents de santé (infirmiers chefs de postes, sages-femmes d'Etat), aux agents de santé communautaire (relais et membres des organisations communautaires de base). L'équipement progressif des structures sanitaires notamment les centres de santé en fauteuils dentaires et unités dentaires mobiles figure parmi les priorités.

Aussi, grâce aux véhicules dentaires mobiles obtenus suite au partenariat développé entre la Division de la Santé bucco-dentaire et des ONG, un certain nombre d'activités a été décentralisé jusque dans les villages, les écoles et les daaras des zones rurales mais également dans les grandes villes, à l'occasion des manifestations religieuses, culturelles ou associatives.

En 2012 les activités suivantes ont été réalisées :

- L'organisation de sessions de formation de 200 Infirmiers en soins bucco-dentaires Primaires ;
- L'équipement de 10 structures sanitaires en 10 fauteuils dentaires fonctionnels.

**Tableau :** Indicateurs et résultats de la Santé bucco dentaire

Indicateurs de performance	Cibles 2012	Réalisées 2012	Ecart
<b>Nombre de centres de santé équipés en fauteuils dentaires fonctionnels</b>	10	10	0
<b>Nombre d'agents de santé formés sur la prise en charge des affections bucco-dentaires de base</b>	200	200	0

Source : DGS

La réalisation de toutes ces activités a été possible grâce à l'appui financier des partenaires excepté l'équipement des structures sanitaires en fauteuils dentaires. Le budget mobilisé au profit du programme en 2012 pour l'investissement est de 140 millions FCFA et 95 millions FCFA pour le fonctionnement du côté de l'Etat, puis un appui des partenaires de 16 millions FCFA pour le fonctionnement. Le taux d'exécution budgétaire a été de 100%.

#### **2.2.4 Santé oculaire**

Au Sénégal, la prévalence de la cécité est estimée à 1,4% dans la population générale, soit environ 150 000 non voyants et 450 000 malvoyants. Quatre vingt (80%) de ces cécités et malvoyances sont évitables ou curables.

Dans le cadre de la lutte contre la cécité, il était prévu pour 2012 comme cibles d'opérer 14.520 personnes atteintes de cataracte dans les différentes unités de prise en charge des affections oculaires à travers le pays.

Avec la rétention des informations, seules 17 structures sanitaires sur 34 ont transmis leurs données. Ainsi, sur un objectif attendus de 14.520 cataractes à opérer en 2012, 7.415 ont été réalisées soit un taux de réalisation de 51%.

Indicateurs de performance	Cibles pour 2012	Réalisé en 2012	Ecart	Observations
Taux de chirurgie de la cataracte	1.100 pour 1.000.000 d'habitants	577 pour 1.000.000 d'habitants	(- 523)	La rétention des informations sanitaires pourrait expliquer la non atteinte de cet objectif, car seules la moitié des structures opérationnelles ont transmis leur données.
Taux d'implantation du cristallin	≥ 95%	97%	(+ 2%)	Objectif dépassé au niveau des structures ayant transmis leurs données.

### 2.2.5 Urgences

Le SAMU est chargé de la mise en œuvre de la politique en matière d'urgence au Sénégal. La mission principale du Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) est d'assurer aux malades, aux blessés ou femmes enceintes, en quelque endroit qu'ils se trouvent les soins d'urgence appropriés. Les principales activités sont : la régulation médicale d'urgence et la prise en charge pré hospitalière.

Le SAMU dispose d'un numéro d'appel gratuit le « 1515 » destiné uniquement aux urgences médicales, et accessibles à travers tout le Sénégal.

Au cours de l'année 2012 le SAMU a reçu 1 378 778 appels au niveau de son centre de réception et de régulation des Appels (CRRRA), Les appels traités et régulés constituent 18,8% soit 258 935. Le faible taux s'explique par la malveillance encore élevée qui est de 48,6% (670 458).

Le SAMU National a effectué au cours de l'année 2012, 416 transports. Les transports secondaires représentent 54% des transports (250) et les primaires 46% (196) des cas. Les principales structures ayant sollicité le SAMU sont l'hôpital de FANN, celui de Thiès et le centre de santé de Gaspard CAMARA. Les principales structures d'accueil sont l'hôpital général de Grand Yoff, celui de Thiès et le centre de santé de Philippes Maguilène Senghor.

Le SAMU participe aussi à la couverture des grands événements ; à cet effet un total de 15 événements nationaux a pu être couvert durant l'année 2012.

**Tableau : Indicateurs et résultats de la prise en charge des urgences**

INDICATEURS	Cibles 2012	Réalisés 2012	Ecart
<b>Nombre total d'appels</b>	36861	1 378 778	+1341917
<b>Appels à Caractère Médical</b>	7826 (22%)	223824 (>100%)	+215998
<b>Nombre d'appels régulés</b>	832 (20%)	258 935 (>100%)	+258103
<b>Nombre de transports effectués</b>	666 (80%)	416 (62%)	-250
<b>Nombre de transports primaires</b>		196 (46%)	
<b>Nombre de transports secondaires</b>		250 (54%)	
<b>Nombre d'événements religieux couverts</b>		05	
<b>Nombre d'événements officiels couverts</b>		06	
<b>Nombre d'événements sportifs couverts</b>		06	

Source : SAMU

2.1. L'acquisition d'un Call Center (Logiciel de gestion des Appels) en Juillet 2012 a permis :

- ✓ un enregistrement systématique de tous les appels entrants,
- ✓ l'augmentation du nombre d'appels entrants par la mise en place de plusieurs postes avec possibilité de traitement simultanée de plusieurs appels,
- ✓ la régulation des ambulances provenant des régions et celle des ambulances des Sapeurs Pompiers.

2.2 Le déroulement du plan de communication a permis la diminution des appels malveillants :

- ✓ la diffusion d'émissions Radio et TV,
- ✓ l'insertion publicitaire dans le journal "Le Soleil",
- ✓ la sensibilisation des populations,
- ✓ la diffusion de prospectus sur les missions et activités du SAMU.

2.3 L'accroissement de l'activité a motivé le recrutement de vacataires (deux médecins urgentistes, trois infirmiers et un ambulancier) pour améliorer la prise en charge des urgences.

2.4 L'augmentation de la logistique mobile avec l'acquisition de trois ambulances médicalisées en 2012.

## **Les difficultés**

- ✓ L'insuffisance des ressources a entraîné le report de certaines dépenses pour 2 013;
- ✓ La subvention d'investissement de 150.000.000F CFA prévue pour le démarrage de la construction du siège du SAMU n'a pas été exécutée ;  
On peut noter aussi :
- ✓ l'absence de prise en charge des accidentés de la route (assurance, mutuelle de santé) qui permettrait au SAMU d'assurer le recouvrement des interventions primaires ;
- ✓ les problèmes de régulation des patients de nuit du fait de l'absence des listes de gardes des hôpitaux ;
- ✓ la difficulté d'admission des patients non accompagnés et des malades mentaux victimes de traumatismes/AVP ;
- ✓ la médicalisation des primaires quasi nulle du fait :
  - du manque d'information des tableaux cliniques graves qui nécessitent une prise en charge par le SAMU ;
  - de l'existence d'une seule base pour le SAMU National limitant son intervention sur tout le territoire à l'instar des sapeurs-pompiers ;
  - de l'absence d'implication des autres structures de santé au déploiement d'une ambulance en cas de nécessité de médicalisation.

## **2.3 Composante : Prévention**

### **2.3.1 Hygiène et assainissement**

Le Service National de l'Hygiène est le principal acteur pour la réalisation des activités de désinfection, de désinsectisation, de surveillance de la qualité de l'eau et d'éducation des populations. Il veille aussi à l'application du code de l'hygiène.

En 2012, les activités suivantes ont été réalisées :

- La distribution de 25735 Kits d'hygiène aux familles inondées et aux familles d'enfants malnutris dans le cadre de la crise alimentaire
- L'orientation de 1589 gestionnaires de points d'eau
- La formation de 986 relais en eau, hygiène et assainissement
- La visite domiciliaire dans 151869 ménages sur une cible de 1075858 ménages

- La constatation de 164535 infractions d'hygiène où 134 489 000 FCFA d'Amendes Forfaitaires ont été infligées.
- La promotion de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) dans 193 villages répartis dans les régions autres que Dakar ;
- Le contrôle de la qualité de l'eau de boisson (646 points d'eau contrôlés sur une cible de 3288) dans les régions de Diourbel, de Saint Lois, de Louga, de Thiès, de Kolda et de Sédhiou.
- Le traitement de 266 points d'eau contaminés
- La couverture sanitaire de 300 grands événements religieux ;
- La participation au défilé du 4 avril 2012.
- L'acquisition de 13 véhicules de la JICA pour lutter contre les conséquences des inondations
- La mise en place d'un projet JICA d'amélioration de l'assainissement rural dans les régions de Tambacounda, de Matam et de Kédougou.

Les indicateurs de suivi des performances du service sont présentés dans le tableau ci-dessous.

#### Performance du SNH pour l'année 2012

Indicateurs de performance	Cibles pour 2012	Résultats	Niveau de performance (Ecart)
Pourcentage de points d'eau contrôlés avec les kits d'analyse chimique et bactériologique	80%	19,65%	(-60,35%)
Pourcentage de points d'eau contaminés et traités	100%	100%	0%
Proportion des concessions visitées et disposant d'un système adéquat de conservation de l'eau de boisson	80%	39,98%	(-40.02%)
Taux de satisfaction des demandes de désinfection et désinsectisation	80%	97,8%	(+17,8%)

Taux de bonnes pratiques d'hygiène alimentaire observées dans les Etablissements Recevant du Public	70%	ND	
Taux de couverture sanitaire des grands événements (cérémonies religieuses, catastrophes naturelles, épidémies)	100%	100%	(0%)
Taux de concessions visitées	15%	14,11%	(-0,89%)
Nombre de villages (250) où ATPC est déroulé	100%	156%	(+56%)
Nombre villages ayant atteint le statut FDAL (fin de défécation à l'air libre)	20%	65%	(+45%)

Des performances sont notées dans :

- ✦ la couverture des villages où l'Assainissement Total Piloté par les Communautés (ATPC) : +56%
- ✦ le nombre de villages ayant atteint le statut de Fin de Défécation A l'Air Libre (FDAL) qui a dépassé de 45% les prévisions initiales

Il faut noter que l'ATPC est appuyé par l'UNICEF.

On note une très faible couverture des points d'eau à contrôler du fait de l'insuffisance du financement reçu pendant l'année 2012 de la part des bailleurs de fonds. Ce taux qui était de 49% en 2011 est passé à 19,65% en 2012. Le Budget octroyé par l'Etat devrait pouvoir combler les gaps s'il était entièrement disponible. On peut cependant constater avec satisfaction que tous les points d'eau analysés et contaminés ont été traités et sécurisés pour une consommation sans danger.

La non disponibilité des données relatives aux Bonnes Pratiques dans les ERP est due à une absence d'outil de collecte de donnée et de la définition de critères indiquant le seuil à partir duquel un Etablissement est déclaré conforme.

Les cérémonies religieuses qui ont été répertoriés et qui sont au nombre de 300 ont été entièrement couvertes.

Deux défis majeurs sont à relever :

- ✦ la promotion de l'hygiène au niveau des ménages relative au traitement et à la bonne conservation de l'eau

- ✦ la définition de critères de classification des ERP et la confection d'outils adaptés à la collecte des informations

### 2.3.2 IEC/CCC

L'IEC/CCC est une sous composante transversale à tous les programmes de santé du ministère de la santé et de l'Action sociale. En effet, la réalisation d'activités d'IEC/CCC constitue une des stratégies majeures des programmes de santé mis en œuvre.

Un Plan National Stratégique de Promotion de la Santé, document cadre de la politique nationale en matière de promotion de la santé a été réactualisé et sera validé incessamment.

La mise en œuvre de ce plan de promotion de la santé vise comme objectifs de promouvoir l'adoption par les individus de comportements sains, de promouvoir l'action intersectorielle et de créer la synergie d'action entre le secteur de la santé, les autres secteurs, les collectivités, les partenaires techniques et financiers, le secteur privé, la société civile, les communautés, les ONGS, les media et tous les autres partenaires, permettant d'agir sur les déterminants de la santé (facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux, juridiques etc.)

Le Service National de l'Education et de l'Information pour la Santé(SNEIPS), maître d'œuvre de l'exécution du plan national stratégique de promotion de la santé, a un rôle de premier plan à jouer dans l'impulsion, la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions ainsi que le renforcement des capacités des acteurs. Il reviendra aussi au SNEIPS d'assurer la documentation, le partage, la capitalisation et la mise à l'échelle de bonnes pratiques et des expériences réussies en promotion de la santé.

Pour l'année 2012, les activités réalisées sont :

- ✓ Elaboration et mise en œuvre du plan de communication pour la campagne de vaccination contre la poliomyélite et la méningite et la campagne nationale PF : 6 spots/bandes annonces radio et télé ; 5 reportages/journal de la campagne ; 14 000 affiches ; 340 banderoles ; 6500 T-shirts
- ✓ Elaboration et mise en œuvre du plan de communication avec production et diffusion de supports imprimés, promotionnels et audio visuels pour la couverture des grands événements religieux : 32 spots/bandes annonces TV ; 88 spots/bandes annonces radios ;
- ✓ Elaboration d'un plan de communication dans le cadre de la réponse à la crise nutritionnelle : 5 spots radios en langues locales
- ✓ Renforcement des compétences des agents en approche COMBI (communication pour un impact comportemental) : 92 agents formés
- ✓ Réactualisation du plan stratégique de promotion de la santé ;
- ✓ Elaboration de supports imprimés et audio visuels en appui aux différentes journées nationales et mondiales de lutte contre différentes maladies : 20 000 affiches, 45 000 dépliants ;

- ✓ Production d'un numéro du magazine « Mon courrier santé » tiré chacun à 15 000 exemplaires ;
- ✓ Grande sollicitation de l'unité audio visuelle par le Ministère, les différents programmes et partenaires ;
- ✓ Forte sollicitation du N° vert 800 00 50 50 par les populations (300 appels en moyenne par mois);
- ✓ Partenariat dynamique avec différents programmes et ONG ;
- ✓ Finalisation du plan de formation des agents EPS (niveau central, régional, district et autres acteurs) ;
- ✓ Finalisation du guide de Communication pour le changement de comportement (CCC) destiné aux acteurs communautaires ;
- ✓ Elaboration d'un plan de recherche
- ✓ Elaboration d'un répertoire des enquêtes CAP.

Les indicateurs de suivi des performances du service sont présentés dans le tableau des indicateurs et résultats ci-dessous :

Indicateurs de performances	Cibles 2012	Résultats 2012	Ecart
Nombre de BREIPS supervisés	14	07	(-7)
Nombre de grands rassemblements religieux ayant bénéficié de plan de communication avec production et diffusion de supports et d'émissions radio/télé	08	06	(-2)
Nombre d'événements spéciaux ayant bénéficié de plan de communication avec production et diffusion de supports et d'émissions radio/télé	11	7	(-4)
Nombre de campagnes nationales couvertes	03	03	(0)

Nombre de supports de communication promotionnels distribués	30 000 Affiches	20 000 Affiches	(-10.000)
	-50 000 Dépliants	-45 000 Dépliants	(-5.000)
	-100 000 flyers	-1000 Carnets Pèlerins	
		-1500 Cartes postales	
		-6 000 Exemplaires de l'Argumentaire religieux	
		-36 500 T-shirts	
		-380 banderoles	
		-600 Echarpes	
		- 4 Bâches	
Nombre d'exemplaires du Magazine « Mon courrier Santé » produits et diffusés	30 000 Exemplaires du Magazine Mon courrier Santé	15 000 Exemplaires du Magazine Mon courrier Santé	(-15.000)
Nombre de spots et bandes annonces télé produits et diffusés	52	32	(-20)
Nombre de spots et bandes annonces radio produits et diffusés	150	88	(-62)
Nombre d'agents formés en Approche Combi (communication pour un impact comportemental)	77	92	(+ 15)
% d'activités du MSAS ayant bénéficié de couverture médiatique.par le bureau audio-visuel du service	100%	100%	0
Plan de formation des agents EPS (niveau central, régional, district et autres acteurs) disponible	Existence d'un plan de formation	Plan réalisé	

<b>Guide de CCC destiné aux acteurs communautaires disponible;</b>	Existence d'un guide CCC	Guide réalisé	
<b>Plan de recherche disponible</b>	Existence d'un plan de recherche	Plan réalisé	
<b>Répertoire des enquêtes CAP disponible</b>	Existence d'un répertoire des enquêtes CAP	Répertoire réalisé	

Il ressort de l'examen du tableau que toutes les cibles n'ont pas été atteintes. Cette situation s'explique par la non disponibilité des ressources attendues de certains partenaires et par les ponctions opérées sur le budget Etat (environ 45%). Le budget des partenaires pour la réalisation des activités s'établit comme suit : **110 451 170 FCFA** pour l'UNICEF et **43 203 750 FCFA** pour ADEMAS.

En outre, le SNEIPS est confronté à d'autres difficultés qui sont :

- ✓ L'insuffisance et la vétusté de la logistique roulante ;
- ✓ La vétusté du matériel audiovisuel ;
- ✓ L'insuffisance de la coordination concernant la mise en œuvre des activités de promotion de la santé ;
- ✓ L'insuffisance en ressources humaines ;
- ✓ La dispersion des ressources allouées à la promotion de la santé ;
- ✓ L'inaccessibilité financière des télévisions et Radios privées ;
- ✓ L'absence de matériel de diffusion de proximité (ciné bus)

Les Perspectives sont les suivantes:

- Le premier chantier auquel le SNEIPS doit s'attaquer reste la validation et la mise en œuvre du Plan National Stratégique de Promotion de la santé (PNSPS), document cadre de la politique nationale en matière de promotion de santé. Pour cela, il urge de finaliser et valider dans les meilleurs délais le draft de plan déjà élaboré
- L'année 2013 est pour le SNEIPS, une année charnière qui devra être marquée par une restructuration/réorganisation interne du service(en cours) afin de s'ajuster et mieux remplir ses missions. Dans cette perspective, il est prévu dans le cadre du plan d'action avec ADEMAS un diagnostic institutionnel du SNEIPS. A l'issue de cette évaluation, un plan de renforcement des capacités organisationnelles et techniques du service sera mis en œuvre
- Par ailleurs, une attention plus importante devra être accordée à la recherche socio-comportementale afin que les plans de communication élaborés soient basés sur des évidences et pour mieux orienter les stratégies de communication.

- En perspective de l'échéance fixée pour l'atteinte des OMD 4,5, 6, le SNEIPS devra aussi davantage renforcer les stratégies innovantes de communication pour le changement de comportement en faveur de la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et les maladies transmissibles (Approche Combi, méthodologie DELTA ...)
- Enfin un des chantiers, pas des moindres, qui interpellent le SNEIPS, c'est la mise en place d'un groupe technique de travail sur la communication pour le changement de comportement : GTT (cadre fonctionnel de coordination, d'harmonisation entre acteurs de la communication en santé). Cette instance devra être créée par arrêté ministériel

### 2.3.3 Lutte anti-tabac

Le tabagisme est l'une des plus grandes menaces actuelles pour la santé mondiale. En effet, selon l'OMS, la consommation de tabac est la première cause de décès évitables, avec cinq millions de morts par an. Et si les tendances actuelles restent inchangées, à partir de 2020, dix millions de personnes mourront annuellement du fait du tabagisme, dont 70% dans les pays en développement.

Le Sénégal a été un des précurseurs de la lutte antitabac en Afrique et dans le monde. En effet, dès 1981, les autorités ont affiché une volonté politique ferme matérialisée par le vote de la loi n° 81-58 du 09 novembre 1981 portant interdiction de la publicité en faveur du tabac et son usage dans certains lieux publics. Mais cet engagement, salué en son temps par toute la communauté internationale a été remis en cause par l'adoption de la loi n° 85- 23 du 25 février 1985 modifiant la loi de 1981.

En 2011, le processus de modification de la législation sur le tabagisme a été poursuivi avec la réalisation de l'atelier de partage de l'avant projet de loi avec tous les acteurs de la Lutte Antitabac ainsi que la finalisation de l'avant projet de loi intégrant les différents amendements des participants. La célébration de la Journée Mondiale sans Tabac a été également organisée.

En 2012, le projet de loi portant réforme de la réglementation sur la commercialisation et la consommation des produits du tabac a effectivement progressé dans le processus de modification.

En effet, il a été transmis à la primature et circularisé au niveau des différentes administrations concernées.

Deux activités très importantes ont aussi été réalisées :

- l'atelier de sensibilisation des élus locaux qui a permis d'informer et d'impliquer des acteurs clés dans le processus de décentralisation des activités de Lutte Antitabac

- l'évaluation de la mise en œuvre de la Lutte Antitabac au Sénégal avec l'assistance du Secrétariat de la Convention Cadre de l'OMS pour la Lutte Antitabac de Genève. Cette activité a permis de passer en revue les différents temps forts de la lutte au Sénégal ainsi que le projet de loi en présence de tous les acteurs. Un nouveau plan d'action 2013-2017 a été élaboré et validé.

La journée mondiale sans tabac 2012 a été célébrée avec comme point d'orgue l'attribution du prix de la Directrice générale de l'OMS à la Ligue Sénégalaise contre le Tabac (LISTAB).

#### 2.3.4 Lutte contre les infections associées aux soins

La lutte contre les infections associées aux soins, constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour la sécurité des patients et autres usagers des structures de santé. Le Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales (PRONALIN) dont l'objectif général est de réduire l'incidence des infections associées aux soins par une amélioration de l'hygiène et de la qualité de la prise en charge des patients, accorde une large part à l'hygiène et à la sécurité des soins.

**Tableau: Indicateurs et résultats du PRONALIN**

Objectifs Spécifiques	Extrants	Indicateurs de performances	INDICATEURS DE PERFORMANCES		Observations
			Taux CIBLES 2012	Taux réellement atteint en 2012	
Mettre en place des CLIN et des CHSCT (cadre institutionnel pour la qualité et la sécurité des soins)	Existence de CLIN dans tous les hôpitaux et de CHSCT dans 60% des centres de santé	Pourcentage de CLIN et de CHSCT mis en place	100%	96.13%	cadre institutionnel pour la qualité et la sécurité des soins mis en place au niveau de la quasi-totalité des structures
Mettre en place au niveau des structures de santé, des groupes de travail opérationnels	Groupes de travail sur les processus prioritaires mis en place dans tous	Pourcentage de groupes de travail mis en place	60%	97.32%	Groupes de travail sur les processus prioritaires mis en place au niveau de la quasi-totalité

<b>sur les actions prioritaires en hygiène hospitalière</b>	les hôpitaux et dans 60% des centres de santé				des structures
<b>Evaluer les performances des structures sanitaires en matière de lutte contre les infections associées aux soins, le bio nettoyage, la gestion des déchets biomédicaux et la prévention des AES, afin d'identifier les gaps éventuels.</b>	Résultats de l'évaluation des performances des structures opérationnelles sur les processus prioritaires disponibles	Pourcentage des évaluations sur hygiène des mains effectuées	60%	100%	Tous les EPS et Centres de santé sont évalués
		Niveau de performance hygiène des mains	60%	25%	Niveau de performance inadéquat au niveau des 103 structures évaluées
		Pourcentage des évaluations sur le bionettoyage effectuées	60%	100%	Tous les EPS et Centres de santé sont évalués
		Niveau de performance bionettoyage et entretien des locaux de soins	60%	44.77%	Activité partiellement réalisée au niveau des 103 structures évaluées
		Pourcentage des évaluations sur la gestion des déchets biomédicaux effectuées	60%	100%	Tous les EPS et Centres de santé sont évalués
		Niveau de performance gestion des déchets biomédicaux	60%	25%	Niveau de performance inadéquat au niveau des 103 structures évaluées

Source : PRONALIN

Les mesures administratives et organisationnelles sont quasiment réglées partout et il reste juste à mettre en place des groupes de travail sur la tuberculose et à transformer les groupes sur la gestion des déchets biomédicaux en groupes sur la gestion des déchets biomédicaux et la sécurité des injections pour mieux prendre en compte les recommandations de l'OMS/SIGN.

Les activités techniques ont connu des niveaux de progression différents en fonction des structures, par contre ce qui a été constamment observé est relatif aux difficultés dans la mise en œuvre dues à la faiblesse des ressources humaines et matérielles.

### **2.3.5 Médecine traditionnelle**

Depuis la conférence d'Alma Ata (1978), l'OMS a attiré l'attention de la communauté internationale sur l'intérêt de la médecine traditionnelle pour développer les services de santé et surtout mettre en œuvre des stratégies visant la prévention des maladies et les pratiques de soins au niveau communautaire.

Il y a actuellement, d'après l'OMS, un tradipraticien pour 500 habitants contre un médecin pour 40.000 habitants. En outre, 80% des populations, en Afrique, font recours à la médecine traditionnelle en première intention.

Une évaluation de la dynamique de la médecine traditionnelle doit commencer avec une analyse situationnelle des systèmes de soins de santé, d'autant qu'il y a une coexistence indéniable de la médecine traditionnelle avec les systèmes de soins officiels.

Leur collaboration voire leur appui sera surtout axé sur la référence et l'orientation précoce des populations vers les structures de santé en cas de détection de tout cas suspect de maladies sous surveillance en général. Par ailleurs, il faut reconnaître que les tradipraticiens en général et les accoucheuses traditionnelles en particulier peuvent jouer un rôle très important pour briser les obstacles socioculturels d'accès aux services de santé.

L'Etat du Sénégal, a posé depuis longtemps en collaboration avec les partenaires et les acteurs, les bases d'une politique nationale de médecine traditionnelle.

Ainsi un certain nombre d'actes ont été posés notamment, la création de deux divisions chargées de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée, la mise en place d'un comité technique d'experts pour l'évaluation des dossiers de demande d'homologation des MTA et d'une commission nationale de pharmacopée traditionnelle et du formulaire Sénégalais, l'élaboration d'un projet de loi sur l'exercice de la médecine traditionnelle, l'élaboration d'un code de déontologie, l'élaboration et la validation d'un plan stratégique et d'un plan de Communication, le recensement des tradipraticiens, la création de cinq centres d'expérimentation des médicaments à base de plantes, l'organisation de rencontres de réflexions entre les tradipraticiens et les acteurs de la médecine moderne et la célébration de plusieurs journées nationales de médecine traditionnelle.

En 2012, l'activité phare réalisée se résume essentiellement à la tenue d'un atelier d'évaluation de la Décennie de la Médecine Traditionnelle en lieu et place de la célébration de la Journée Africaine de Médecine Traditionnelle.

Les activités relatives à l'organisation des ateliers d'orientation des tradipraticiens n'ont pu se tenir, faute de ressources. Les ressources allouées à la médecine traditionnelle dans le budget de l'Etat ont été difficilement mobilisables impactant négativement sur les activités planifiées. Il s'agit de revoir ici les réaménagements budgétaires, les contraintes liées au plan de passation des marchés, la lourdeur du circuit des engagements financiers qui ne permettent pas de capturer à temps les crédits destinés à la médecine traditionnelle.

Il s'y ajoute la faiblesse du montant destiné à la médecine traditionnelle dans un contexte où les nouvelles autorités font preuve d'une réelle volonté politique de promouvoir la médecine traditionnelle dans le système national de santé par la création d'une nouvelle Division de la Médecine Traditionnelle. Rappelons que seul l'Etat appui le programme de médecine traditionnelle.

## PROGRAMME 3 : RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

### 3-1 Couverture sanitaire

#### 3-1-1 Infrastructures, Equipements

Dans le cadre du programme de renforcement des équipements et des infrastructures pour l'amélioration de l'accès aux services de santé, d'importants chantiers ont été mis en œuvre. Cependant l'exécution de ce vaste programme de renouvellement des équipements et la réalisation d'infrastructures sanitaires ne pourraient être envisagées sans l'octroi de moyens financiers suffisants mais surtout sans une bonne coordination des interventions entre les différents acteurs.

**Tableau des indicateurs clés**

Objectifs	Indicateurs	Cibles 2012	Résultats atteints	Commentaires
Améliorer la couverture en infrastructures sanitaires	Couverture en postes de santé	1 PS/ 10851hts	1PS/10 398 hbts	Légère progression
	Pourcentage de PS fonctionnels	100%	?	Données pas encore disponibles.
	Nombre d'hôpitaux fonctionnels	24	22	L'hôpital de Matam n'est pas encore fonctionnel, Les équipements sont en cours d'installation.  L'hôpital de Diamniadio n'est pas fonctionnel du fait du manque de personnel, de logements non encore disponibles.
	Nombre d'EPS niveau 1 fonctionnels	10	10	
	Nombre de CS fonctionnels	71	-	

	Nombre de blocs opératoires fonctionnels au niveau des districts	22	-	
	Plan de renouvellement des équipements appliqué	Oui	Oui	
	Plan de maintenance disponible et appliqué	Oui	Oui	
	Part de la maintenance dans le BF	2%	2%	

### 3-1-1-2 Analyse des performances et réalisations

L'année 2012 était marquée au Sénégal par un contexte socio-économique difficile. Malgré cette situation, l'Etat s'est engagé résolument à poursuivre le renforcement du système de santé à travers entre autres :

- l'achèvement des hôpitaux de Ziguinchor, de Fatick, de Matam, Dallal Jamm, des centres de santé de Samine, Goudomp, Cas-cas, Médina Gounass, Gandiaye, Niakhar et de la maternité de l'HALD;
- Le renforcement des moyens d'évacuation sanitaire, dans le cadre de la référence et contre référence ;
- la maintenance des infrastructures et des équipements, le relèvement du plateau technique des infrastructures sanitaires pour une meilleure qualité des soins;
- la construction de services et unités de dialyse dans toutes les régions, dans le cadre de la prise en charge des maladies rénales ;
- la poursuite de l'automatisation en oxygène des hôpitaux

Les hôpitaux de Fatick et Ziguinchor sont réalisés à 70%. Des services pourraient s'ouvrir d'ici fin 2013. Cependant, les équipements acquis en 2002 sont devenus obsolètes et méritent d'être remplacés.

Le niveau de réalisation de l'hôpital Dalal Jamm qui est de 90% est également satisfaisant. Les procédures d'acquisitions sont freinées par la signature toujours attendue de la convention avec les partenaires financiers.

L'Hôpital d'enfants de Diamniadio, sur financement de la coopération chinoise est réalisé. Des services de consultations externes sont ouverts et fonctionnels, et aussi les travaux prévus sur la contre partie sénégalaise ont démarré. Cependant l'hôpital a besoin d'être renforcé en ressources humaines pour pouvoir ouvrir les services d'hospitalisations.

Les travaux du centre de santé de Tivaouane, sur financement Etat sont entièrement réalisés et réceptionnés.

L'extension du centre de santé de Diamniadio a été réalisée par la construction d'un centre de traumatologie par le gouvernement américain, à travers **Africom Humanitarian Assistance Program (US Government)** de l'Ambassade des Etats Unies d'Amérique à Dakar). Les équipements sont prévus dans le budget 2013 de l'Etat.

Les Unités de dialyse de Touba et Kaolack entamées en 2012 sont en cours de construction ou réhabilitation. Le maillage du pays se poursuit dans le cadre du **Grand Projet** initié par le Chef de l'Etat, consistant à construire quinze (15) centres de dialyse dans les structures sanitaires.

Les travaux complémentaires des 03 Centres de Santé (Maka-coulibantang, Saraya et Dianké Makha) dans les régions de Tambacounda et Kédougou, sur financement Etat avec la coopération japonaise, ont démarré et se poursuivent à un rythme convenu. Il s'agit de logements, de services techniques de maintenance, de morgues et de murs de clôture pour lesdits centres.

En 2012, on a aussi noté :

- Les raccordements en eau et électricité du centre de santé de Maka-coulibantang faits ;
- Le raccordement en eau de Dianké-Makha réalisé ;

Au niveau du CS de Saraya, un forage est en cours de réalisation par l'entreprise chargée des travaux. La grande contrainte est l'alimentation en électricité pour les centres de santé de Saraya et Dianké-Makha.

Les travaux des Centres de santé de Médina Gounass (60%), Samine (80%), et Cascas (85%), ont repris et se poursuivent dans de bonnes conditions. Compte tenu des arrêts prolongés, des avenants pour rectifier certaines imperfections pourraient être envisagés.

Les projets de construction en difficultés concernent, les centres de santé de Gandiaye (20%), Niakhar (15%) et Goudomp (60%). Ces projets ont connu des retards considérables, d'où les discussions avec le Cabinet OSCARE, qui a en charge la maîtrise d'œuvre des six (6) CS précités afin que ce dernier reprenne le suivi.

Les travaux de la 2ème phase de restauration de la Maternité de l'HALD, tardent à démarrer alors que les ressources sont disponibles, du fait de recours auprès de l'ARMP qui a annulé la procédure. La consultation doit être reprise.

Le maillage du territoire national en postes de santé se poursuit. En 2012, des postes ont été réceptionnés dans les régions de Matam, Louga et Tambacounda

respectivement, dans le cadre des projets Santé 2/FAD, SEN 025 Luxembourg et BID/Tamba.

S'agissant du relèvement du plateau technique des structures, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale continue la mise en place des gros équipements à travers tout le territoire national :

Un appareil d'Angiographie installé à HALD est en attente de mise en service ;  
Des Scanners sont installés au niveau des CHN de Touba et HOGGY, des CHR de Saint Louis, Kaolack, Tambacounda, Kolda et Ourossogui ;  
Des Appareils de radiographie sont installés aux CHR de Kaolack et Saint Louis ;  
Des Appareils de mammographie sont installés à Kaolack, Thiès, Dakar et Louga ;  
Des équipements de laboratoires, des échographes sont acquis ;  
L'Hôpital Régional de Matam est en cours d'achèvement. Certains équipements disponibles sont en attente d'installation à cause d'aménagements non encore terminés. Par ailleurs, les couvertures budgétaires ne sont pas toujours assurées, entraînant des retards dans la réalisation des projets d'où la nécessité de mettre à disposition les moyens financiers conséquents.

Parmi les autres réalisations en 2012, on peut citer :

- La Construction d'un Poste de Transfusion Sanguine à l'EPS1 de Guédiawaye financé par l'OMS et l'Etat inauguré par Madame le Ministre ;
- La mise en œuvre de la politique de maintenance avec l'appui des partenaires (JICA, Lux-Dév, BAD et Etat ;
- La formation des Ingénieurs et Techniciens ;
- La mise en place du **Logiciel Murton** dans treize (13) structures de maintenance des régions de Louga, Matam, St- Louis, Kaolack, Kaffrine, Fatick, Tambaconda ;
- L'acquisition de moyens logistiques, d'ambulances médicalisées, de matériel informatique et d'outillage techniques ;
- La supervision des chantiers en cours de réalisation;
- La réalisation et l'équipement de postes de santé à travers le BCI décentralisé etc.

Pour la réalisation des infrastructures et l'acquisition des équipements, les ressources allouées au titre de la loi de finances initiale s'élèvent à un montant de 15 171 000 000 FCFA.

A ce montant, s'ajoutent les reports de crédits de la gestion de 2011 sur 2012, ainsi que les projets prévus dans le volet action sociale, pour amener le montant de la LFI à 18 478 651 686 FCFA dans la loi de finances rectificative. Sur ces crédits ouverts, un montant de 16 577 671 129 FCFA a fait l'objet d'engagement soit un taux

d'engagement de 93,10% dont 14 880 803 586 FCFA ordonnancés soit un taux d'ordonnancement de 83,57%.

#### **Contraintes et difficultés**

- Retard dans l'installation de certains équipements du fait de la non disponibilité de local adapté
- Retard dans la mise en place des fonds
- Lenteurs dans les procédures administratives
- Insuffisance de ressources humaines

#### **Perspectives**

Espérant que l'année 2013 consacre le début de réalisation de la couverture médicale universelle, les perspectives portent sur :

- L'achèvement et la mise en service progressive des projets en cours ;
- La poursuite du maillage du territoire national en équipements de pointe ;
- Le relèvement du plateau technique des services de radiologie et la mise en place d'un réseau de télémédecine en imagerie dans 4 hôpitaux (HALD, CRH Thiès, CRH de Louga et CRH de Diourbel) sur financement de la République d'Autriche ;
- La dotation de 11 hôpitaux du Sénégal en centrales d'oxygène fonctionnelles ;
- La dotation des structures sanitaires et des Chefs-lieux de communauté rurale d'ambulances pour la référence/contre référence ;

En ce qui concerne le Centre national d'appareillage orthopédique, l'objectif général est la réadaptation, la réorientation et la socialisation des enfants en situation de handicap moteur.

A cet effet, il demeure urgent de renouveler le matériel obsolète et presque inadapté pour l'orthopédie. Il y a aussi un programme de renforcement de capacité à mettre en place pour assurer non seulement la relève mais aussi pour pérenniser ce secteur.

Il y est aussi souhaité la mise en place de matériel adapté tel que des cars de ramassage avec rampe, de l'équipement kinésithérapeute surtout adapté pour les enfants.

### 3-1-2 DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Tableau des indicateurs clés

OBJECTIF	INDICATEURS	Cibles 2012	Résultats atteints en 2012	Observations
Assurer la disponibilité en personnel dans les structures de santé	Ratio médecin/population	1/11000	1/12373	Les cibles difficilement atteignables du fait que les recrutements attendus n'ont pas toujours permis d'atteindre ces objectifs. Seuls quelques cinq cent postes ont été octroyés pour l'année 2012.
	Ratio Inf/population	1/3000	1/4320	
	Ratio SFE/FAR	1/300	1/2426	
	Nombre de CRFS fonctionnels	7	6	
	Pourcentage des Ecoles privées de formation en santé inspectées	50%	75%	
	Proportion des Ecoles Privées de Formation en Santé respectant le cahier de charge	15%	25%	

#### Analyse des performances et réalisations de la Direction des Ressources Humaines

Le système de santé est animé par des hommes et des femmes dont la gestion relève de la compétence d'une Direction des Ressources humaines.

Les ressources humaines, tous statuts et toutes catégories socioprofessionnelles confondues, sont estimées à environ quatorze mille quatre cent soixante trois agents (14 463).

La distribution du personnel laisse apparaître un certain nombre de disparités : Chez les médecins, Dakar et Thiès comptent à elles seules 71% des effectifs (Dakar 60% et Thiès 11%). Le reste, soit 29% est réparti entre les douze autres régions du Sénégal. Les régions de Fatick, Kaffrine, Kédougou et Sédhiou ne comptent que 2,6% du personnel médical.

Concernant le personnel paramédical (Techniciens supérieurs en Santé, Infirmiers et Sages-femmes), Dakar compte 43,5% et Thiès 12,6% d'agents, soit 56,1% de ce personnel contre 43,9% pour les douze autres régions du Sénégal. Les régions de Fatick, Kaffrine, Kédougou et Sédhiou en comptent seulement 7,4%.

Cet important déséquilibre entre Dakar et les autres régions s'explique par le poids des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et des Etablissements Publics de Santé (EPS) de Dakar qui sont pour l'essentiel de niveau 3. En effet, dans ces structures de santé, le plateau technique est plus relevé que dans les autres formations sanitaires.

S'y ajoute les multiples opportunités liées à sa position de capitale nationale (structures scolaires disponibles, accès à l'information plus développé, possibilités accrues en matière de formation continue.)

Le ratio attendu des médecins par rapport à la population La répartition des RHS par CSP, par région, par sexe et par âge renseigne que plus de la moitié des personnels de santé exercent dans la région de Dakar qui abrite moins du quart de la population au détriment des zones dites difficiles et que le personnel médical surtout spécialisé est vieillissant.

La production des ressources humaines en santé est assurée par quatre vingt six (86) institutions dont 17 dans le secteur public et 69 dans le secteur privé. De 2000 à 2011, ces institutions de formations ont produit plus de 5000 paramédicaux ; seulement, ces efforts de production ne sont pas toujours suivis d'une utilisation proportionnelle. Pour satisfaire la demande en personnel jusqu' à 2018, il faudra 612 médecins et 13 878 paramédicaux ; ceci suppose un réel engagement de toutes les parties prenantes.

A des fins de comparaison, les ratios relatifs au personnel de soins et à la population se présentent comme suit :

Médecins 1 pour 12 373 habitants contre une norme de 1 pour 11 000 habitants ;

Infirmiers 1 pour 4 320 habitants contre une norme de 1 pour 3 000 habitants ;

Sages femmes 1 pour 2426 FAR contre une norme de 1 pour 300 FAR.

Ceci s'explique par le fait que les recrutements attendus n'ont pas toujours permis d'atteindre ces objectifs. Seuls quelques cinq cent postes ont été octroyés pour l'année 2012.

Les centres de formation en santé n'ont pas connu d'évolution. Le 7ème n'a pas encore été réalisé faute d'inscription budgétaire.

Pour les écoles privées de formation en santé, l'objectif d'inspecter 60% des écoles n'a pas été atteint faute de financement.

Les priorités du système de santé en matières de ressources humaines sont de :

- rendre disponible, les ressources humaines en santé de qualité partout où besoin sera, notamment dans les zones dites difficiles ;
- appliquer une politique de rétention des personnels dans le secteur ;
- moderniser le système de gestion des ressources humaines ;
- mettre en œuvre le plan national de formation ;

#### **Contraintes et difficultés**

- un logiciel de gestion des données sur les RHS non opérationnel ;
- la non fonctionnalité de certaines structures ou de certains services de santé suite au déficit en RHS surtout dans les zones dites difficiles ;
- le déficit de personnel qualifié pour certains profils recherchés ;
- le vieillissement du personnel médical et du personnel d'hygiène ;
- l'insuffisance du système de motivation pour fidéliser le personnel affecté dans les zones dites difficiles ;
- un service d'accueil souvent décrié par les usagers ;
- la non harmonisation de l'intervention sociale dans les structures de santé ;

#### **Perspectives**

- Rendre disponible les données sur les ressources humaines en santé grâce à la mise en place
- prochaine d'un logiciel de gestion des RHS ;
- Procéder au renouvellement du personnel para médical ;
- Mettre à disposition une multiplicité des filières de formation pour les agents de santé.

### **3-1-3 ACCES AUX MEDICAMENTS ET PRODUITS SPECIFIQUES**

#### **a) Direction de la Pharmacie et du Médicament**

Connue sous le nom de Direction de la Pharmacie et des Laboratoires, elle est devenue au cours de l'année 2012, la Direction de la Pharmacie et du Médicament.

Elle est l'Autorité Nationale de réglementation Pharmaceutique. Elle met en œuvre la Politique Pharmaceutique Nationale. C'est une composante importante du système de santé publique. Son activité d'évaluation, de contrôle et d'inspection est fondée sur

une expertise permettant de rendre disponibles des produits de santé aussi sûrs que possible.

Elle a pour mission l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de la Politique et des Programmes dans les domaines de la pharmacie, des médicaments et des dispositifs médicaux.

#### **b) Laboratoire National de Contrôle des Médicaments**

Aujourd'hui, le LNCM assure essentiellement :

le suivi de la qualité des médicaments de ces programmes (PNLP, PNT, DLSI, ...) au niveau périphérique avec le programme Minilab,

le contrôle à l'approvisionnement des médicaments de la PNA et ceux utilisés pour la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées.

le contrôle des échantillons de médicaments déposés à la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL) par les firmes pharmaceutiques en vue de l'obtention du visa ;

le contrôle des échantillons de médicaments des établissements pharmaceutiques publics et privés, prélevés par les Inspecteurs de la DPL;

le contrôle des lots de vaccins de la fièvre jaune fabriqués par l'Institut Pasteur de Dakar, pour une libération par la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires ;

#### **c) Pharmacie Nationale d'Approvisionnement**

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) a pour mission de rendre disponibles et accessibles géographiquement et financièrement les médicaments génériques et produits essentiels de qualité à toutes les populations du Sénégal.

La PNA réalise la mise en œuvre de cette mission depuis un certain nombre d'années.

Dés lors, la PNA développe une expertise en matière de Sélection, d'Approvisionnement, de Stockage et de Distribution de médicaments génériques et produits essentiels.

Tableau des indicateurs clés

Objectif spécifique	Libellé de l'indicateur de performance	Cibles 2012	Résultats atteints	Observations
Assurer le contrôle de qualité des médicaments, des vaccins et des produits spécifiques	Nombre d'inspecteurs formés	4	6	
	Proportion des structures ciblées inspectées (Officines, Laboratoires d'Analyse et de Biologie Médicale, Hôpitaux, grossistes répartiteurs pharmaceutiques, Industries locales)	19%	15%	
	Nombre de lots de Médicaments Essentiels Génériques et produits spécifiques contrôlés	200	294	Ces résultats ont été obtenus grâce à la coopération de la pharmacopée américaine (USAID).  L'amélioration des procédures d'analyse.
	Nombre de lots de vaccins contrôlés (PEV & Amaril)	85	08	Cette baisse s'explique par l'arrêt temporaire de la production du vaccin Amaril par l'IPD
	Nombre de lots de vaccins hors PEV contrôlés	10	00	Budget insuffisant, locaux inadaptés.
	Nombre d'inspecteurs	4	06	La formation a démarré en 2012

	formés			et se terminera en 2013 et sur financement du MSAS
	Proportion des structures ciblées inspectées (Officines, Laboratoires d'Analyse et de Biologie Médicale, Hôpitaux, grossistes répartiteurs pharmaceutiques, Industries locales)	19%	15%	Sur les quatorze régions à visiter, seule Ziguinchor n'a pu être inspectée pour des raisons techniques.
<b>Assurer la disponibilité en médicaments essentiels génériques (MEG) et produits spécifiques</b>	Proportion des structures inspectées qui appliquent le Plan national d'approvisionnement	100%	0	
	Le Nombre de Médicaments et Produits Traceurs en Rupture (NMPTR)	NMPTR $\leq 10\%$ (15/150)	19%	
	La Durée Moyenne de Rupture des Médicaments et Produits Traceurs (DMR)	DMR $\leq 10$ jours	17 jours	

Sources : PNA, LNCM, DPM, DPL

### Analyse des performances et réalisations

En 2012 la Direction de la Pharmacie et des médicaments avait comme prévisions et réalisations :

#### Prévisions

- Former quatre pharmaciens en inspectorat ;
- Inspecter 19% des structures de santé détenant des médicaments .

## Réalisations

Pour la formation des pharmaciens inspecteurs, six ont pu être pris en charge par le Ministère de la Santé au lieu des quatre prévus. En fait cela a été une recommandation forte de l'OMS et de l'UEMOA.

Concernant, l'inspection des structures de santé, toutes les missions prévues ont été réalisées sauf pour la région de Ziguinchor.

## Justifications des écarts de contre-performance :

Sur les 14 régions à visiter, seules les structures de la région de Ziguinchor n'ont pu être inspectées lors du second semestre pour des raisons techniques.

La mise en œuvre du plan d'approvisionnement pose problème faute de moyens financiers.

Le budget de la DPM ne couvre pas toutes les dépenses requises. Il est déjà très faible, et a connu une ponction de 44,9% en cours d'année.

La DPM génère certes des ressources financières pour le trésor public, mais son statut actuel est un handicap pour assurer pleinement ses missions. L'autonomie pourrait permettre d'avoir un seul cadre pour toutes les fonctions réglementaires qui sont actuellement dispersées ; d'assurer une meilleure coordination dans la mise en œuvre de ses fonctions ; une grande efficacité dans la prise de décision, et une amélioration de l'assurance de qualité.

L'homologation des médicaments qui rentre dans le cadre la disponibilité en médicaments essentiels et produits spécifiques continue de poser problème. L'étude des spécialités pharmaceutiques ne se fait pas de manière effective, les experts ne transmettent pas les rapports du fait de l'absence de rémunérations.

L'inspection pharmaceutique manque de moyens humains et matériels ; un manque de véhicules est surtout noté. Il faudra également poursuivre la formation des inspecteurs, pour qu'ils soient en mesure de remplir efficacement cette mission de contrôle notamment dans la lutte contre le marché illicite des médicaments.

**Le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM)** se positionne comme la structure technique du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale pour le contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques et produits de santé commercialisés au Sénégal. Pour mener à bien sa mission, le LNCM doit se doter d'une organisation administrative parfaitement structurée et un plateau technique élevé et opérationnel afin d'optimiser le traitement des demande d'essais qui lui sont adressées par les autorités compétentes.

En 2012, sur une cible de 200, le LNCM a pu contrôler 294 lots. Cette performance a pu être réalisée grâce à la coopération américaine et avec l'amélioration des procédures d'analyse.

Seuls 8 lots de vaccins (PEV et Amaril) ont été contrôlés en 2012 pour une cible de 85 lots. Cette contre performance est dû à l'arrêt temporaire de la production du vaccin Amaril par l'IPD.

Par ailleurs, aucun lot de vaccins hors PEV n'a pu être contrôlé en 2012, du fait de l'indisponibilité de budgets et de locaux inadaptés.

En 2012, le LNCM a bénéficié d'un programme d'accompagnement technique de l'UEMOA, pour la mise en conformité de son système d'assurance qualité à la norme ISO/CEI 17025, avec la mise à disposition d'un consultant par l'UEMOA pour le suivi des écarts relevés suite au passage des experts du TUNAC lors d'un audit à blanc. Le LNCM s'était ainsi fixé comme objectif d'être accrédité en décembre 2012 selon cette norme.

Cette accréditation devrait lui permettre d'être performant et ainsi d'assurer régulièrement le contrôle à l'approvisionnement des médicaments tels que les antipaludiques, les antirétroviraux et les antituberculeux, tel que recommandé par le Fonds Mondial.

### Les cibles de la PNA pour 2012

**Tableau : Cibles et résultats 2012**

INDICATEURS	Cibles des indicateurs 2012	Résultats atteints
NMPTR*	NMPTR ≤ 10% (15/150)	19%
DMR*	DMR ≤ 10jours.	17 jours.

Source : PNA

NMPTR : Nombre de Médicaments et Produits Traceurs en Rupture ;  
DMR : Durée Moyenne de Rupture ;

Au cours de l'année 2012, la PNA s'est fixée comme objectifs de :

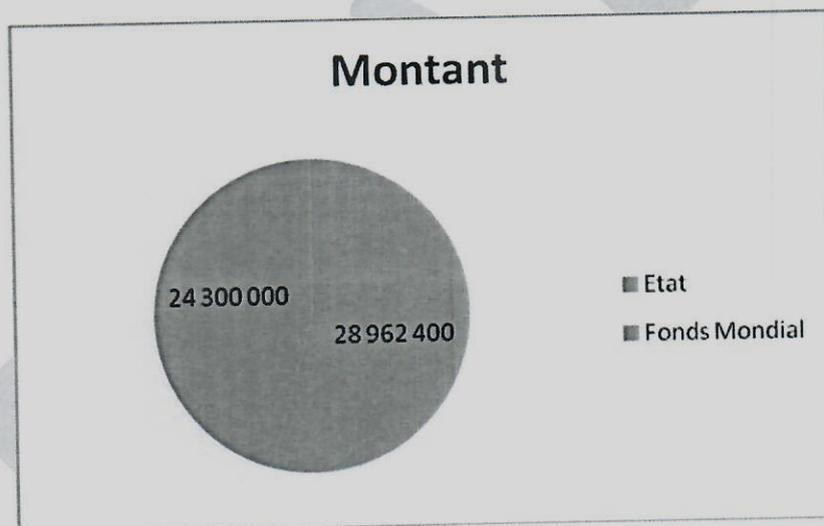
- Assurer la disponibilité des médicaments génériques et produits essentiels, afin d'avoir le Nombre de Médicaments et Produits Traceurs en Rupture inférieure à quinze (15) sur la liste des cent cinquante (150), soit 10% en valeur relative (NMPTR≤10%) ;
- Avoir une Durée Moyenne de Rupture des Médicaments et Produits Traceurs inférieure à dix (10) jours (DMR≤10jours).

En juillet 2011, la PNA a obtenu de la part des autorités étatiques, l'autorisation de passer des marchés de médicaments par entente directe. Par ailleurs, la PNA a terminé les procédures de l'appel d'offres sur les médicaments. Ces deux avènements majeurs présageaient l'an 2012 sous de meilleurs auspices et la PNA espérait que les ruptures seront de mauvais souvenirs. Cela aura permis quelque peu d'amoinrir les contre-performances telles que indiquées dans le tableau ci-dessus.

La contrainte majeure rencontrée la PNA est liée en grande partie à des fournisseurs défaillants. En effet, la seule voie de recours qui est une procédure contraignante et longue par rapport à ce cas de figure est la résiliation des contrats.

Cette difficulté majeure a impacté sur les deux indicateurs principaux à savoir : le nombre de médicaments et produits traceurs en rupture et la durée moyenne de rupture.

Concernant les ressources financières de la PNA, l'Etat et le Fonds Mondial constituent d'autres sources de financement en dehors des fonds propres de la structure.



Budget	Prévisions	Réalisations	Taux d'exécution
Investissement	1 469 900 000 F CFA	445 789 913 F CFA	30,33 %
Fonctionnement	12 811 100 000 F CFA	12 563 058 481 F CFA	98,06 %
Total	14 281 000 000 F CFA	13 008 848 394 F CFA	91,09 %

Source : PNA

**NB** : Le taux de réalisation du budget de fonctionnement est de 94,37% pour les produits contre 98,06% pour les charges.

## Difficultés et contraintes

L'Inspection pharmaceutique est marquée par un déficit en ressources humaines (Pharmaciens, informaticiens, archivistes, documentalistes) et un manque de moyens matériels et logistiques.

Pour le LNCM, l'absence d'un arrêté portant organisation et fonctionnement du service est un réel handicap.

Les difficultés rencontrées au cours de cette année résident essentiellement sur le délai de rendu des résultats aux structures demandeurs (PNA, DPL, ...). Les retards accusés sont dus à l'insuffisance du budget nécessaire à l'achat des substances de référence pour le contrôle des médicaments. Et pour le moment l'essentiel des analyses effectuées par le LNCM en 2012 a été rendu possible grâce à l'appui de la Pharmacopée Américaine à travers son programme TAP (Technical Assistance Programm), qui a permis au LNCM de disposer d'une certaine catégorie de substances de référence. Les échantillons analysés correspondent à plus de 90% à ceux prélevés dans le cadre des activités Minilab soutenues par l'USAID et le PMI (médicaments antipaludiques, antituberculeux, et antirétroviraux). Seuls 08 lots d'échantillons provenant de la PNA ont été analysés.

L'autre contrainte liée à la réalisation dans les délais requis, des analyses demandées, correspond à la vétusté du parc d'équipements qui doit être renouvelé. Cette contrainte a aussi été à l'origine de la non réalisation de l'objectif d'accréditation en 2012 avec le programme d'accompagnement de l'UEMOA. En effet un seul Chromatographe Liquide Haute Performance est fonctionnel et la maintenance fait défaut à cause du budget alloué insuffisant. Le personnel reste encore insuffisant et est pour la plupart contractuel.

Dans le cadre du contrôle du vaccin de la fièvre jaune de l'Institut Pasteur de Dakar (IPD), les lots fabriqués sont déposés au LNCM en vue d'un re-contrôle pour une libération par la DPM. La baisse du nombre de lots de ce vaccin Amaril, contrôlés en 2012 résulte d'un arrêt temporaire de la production par l'IPD ou courant de cette année.

Le contrôle des autres vaccins n'est pas encore effectif en raison du plateau technique inadapté. Ce contrôle nécessite la construction d'un laboratoire à ambiance contrôlée mais aussi le renforcement du budget nécessaire à l'achat des consommables nécessaires à cette activité. En effet, pour le moment le LNCM bénéficie d'un appui en consommables pour le contrôle du vaccin Amaril de la part de l'IPD.

La PNA attend de la Tutelle (MSAS) un meilleur appui pour un recouvrement optimal des créances et une mobilisation totale des subventions accordées aux programmes sanitaires et qui sont à son bénéfice.

## Perspectives

L'élaboration d'un plan stratégique quinquennale en vue proposer des voies et moyens à mettre en œuvre pour disposer d'un Laboratoire National de Contrôle des Médicaments performant ;

Réviser le statut du LNCM afin de réduire les contraintes liées à la mobilisation des fonds

Le relèvement du plateau technique avec la construction d'un laboratoire à ambiance contrôlée pour tenir compte exigences relatives au contrôle des vaccins ;

Le développement du Plan de Communication en vue d'améliorer la collaboration entre le LNCM et ses potentiels partenaires ;

La participation du LNCM à toutes les études collaboratives organisées au niveau international par l'OMS pour les laboratoires d'essais.

L'expertise technique du LNCM dans le cadre des demandes d'AMM à exploiter de façon efficiente par l'Autorité Nationale de Réglementation ;

La certification par OMS ou l'accréditation ISO/CEI 17025

En terme de perspective la PNA prône pour une meilleure anticipation et un contact permanent avec les autorités en charge des marchés publics pour juguler au maximum les problèmes de rupture en médicaments et produits essentiels ;

Egalement, l'atteinte des indicateurs clés de performance, la réception des PRA de Tambacounda et de Kaolack (Construction et Equipement), la dotation de nouveaux équipements pour une amélioration du cadre de travail et la formation de certains membres du Personnel ;

Par ailleurs, le recouvrement optimal des créances du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et des autres structures sanitaires est envisagé ainsi que la mobilisation optimale des Subventions (SIDA, PNT, SESAME, Dialyse, SR, Insuline, Evénements Religieux, Vaccins).

Afin de garantir, à tout moment, à la population sénégalaise la bonne qualité des médicaments, vaccins et autres produits de santé mis à leur disposition, les défis majeurs suivants ont été retenus :

- le renforcement qualitatif et quantitatif du personnel (recrutement, formation continue) ;
- le renouvellement du parc d'équipements ;
- la mobilisation et la consolidation d'un budget conséquent pour la fourniture régulière en consommables pour effectuer le contrôle des médicaments.

### 3-1-4 SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

#### Analyse des performances et réalisations du Système d'information sanitaire

##### a) - Cibles 2012

- Elaborer un plan de dotation des districts en agents de saisie,
- Elaborer un plan de formation en SIG,
- rendre fonctionnel le centre de documentation,
- diligenter la prise d'un acte réglementaire pour étendre les compétences des BRISE à l'information sanitaire et à la riposte,
- renforcer en techniciens supérieurs en planification/statistique et opérateurs de saisie les BRISE.
- réviser les outils de gestions,
- produire et diffuser l'annuaire statistique,
- faire la mise à jour des données de base de la carte sanitaire.

##### b) - Réalisations

Au terme de l'exercice 2012, si certains résultats sont atteints d'autres n'ont pas pu l'être. Ainsi, le SNIS a élaboré un plan de formation en SIG, et a révisé les outils de gestion. Actuellement, les équipes cadres de district et de région ont commencé à être formées en SIG. Les outils sont révisés et multipliés. Ils seront bientôt envoyés au niveau périphérique. Concernant, les résultats n'ont atteints, plusieurs causes sont indexées.

##### c) - Analyse des performances

La construction du centre de documentation est intégrée dans le projet de construction du siège de la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques. L'appel d'offre de la construction du siège sera bientôt lancé.

L'annuaire statistique n'est pas produit à cause de la rétention de l'information sanitaire. La carte sanitaire n'est pas encore mise à jour. Le financement a connu un retard cette année. D'habitude, l'atelier se tient tous les mois de décembre. Jusqu'à présent les fonds ne sont pas virés mais ne tarderont pas. Une fois que le budget sera disponible l'activité se tiendra.

L'acte réglementaire pour étendre les compétences des BRISE à l'information sanitaire et à la riposte n'est pas pris. Elle nécessite des échanges avec les services centraux et intermédiaires du MSAS. Cette rencontre n'est pas encore tenue.

L'absence d'un plan de dotation en agents de saisie peut expliquer le non renforcement en techniciens supérieurs en planification/statistique et opérateurs de saisie des BRISES.

## **Perspectives**

Vu l'importance de la carte sanitaire, il est suggéré de sécuriser le budget de son élaboration, de sa mise à jour et de son évaluation en l'inscrivant dans le budget de l'Etat.

Valider le schéma directeur informatique du Ministère

DRAFT

## PROGRAMME 4 : Gouvernance Sanitaire

### 4.1 Composante : Gestion axée sur les résultats

#### 4.1.1 Sous composante : Cadre de Dépenses Sectoriels à Moyen Terme (CDSMT)

Le CDSMT, outil de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018, permet de rationaliser les ressources mais aussi de fédérer les différentes sources de financement du secteur en vue d'atteindre les objectifs sectoriels. Cette importante réforme budgétaire et financière est pilotée dans le secteur par un comité de coordination composé d'un président, d'un vice président et de quatre responsables de programme. Le secrétariat du comité est assuré par la Division de la Programmation et du Suivi Budgétaire (DPSB) de la Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE).

Dans le cadre de la mise en œuvre 2012, les performances suivantes ont été enregistrées :

- ✓ Mise à jour du CDSMT 2012-2014 ;
- ✓ Elaboration du rapport de performances 2011 du CDSMT 2011-2013 ;
- ✓ Elaboration du CDSMT préliminaire 2013 – 2015 ;
- ✓ Elaboration du Projet de budget 2013 ;
- ✓ Edition des documents de budget (rapport de performance, CDSMT préliminaire, Avant projet de budget, Projet de budget) ;
- ✓ Validation du CDSMT 2012-2014 et du rapport de performance 2011.

En plus des activités prévues dans le PTA, d'autres ont pu être déroulées avec le concours des partenaires. Il s'agit :

- ✓ Manuels, guides et outils de mise en œuvre du FBR développés ;
- ✓ Démarrage du FBR effectif dans les trois districts pilotes ;
- ✓ Formation des bénéficiaires et autres acteurs au processus FBR ;
- ✓ Réalisation de l'enquête de base ;
- ✓ Démarrage du processus de la documentation du FBR ;
- ✓ Négociation et signature des contrats de performance FBR ;

Au total, seuls seize (16) contrats de performance sur cinquante-trois (53) ont été signés, la plupart des bénéficiaires des trois districts pilotes s'étant abstenus en raison du mot d'ordre de rétention des informations de la convergence syndicale SUTSAS-SAS. Pour les structures signataires, il s'agit de sept (7) postes de santé, le centre de santé et l'ECD à Kolda ; de six (6) postes de santé et l'ECD à Kaffrine. Pour ce qui est de l'EPS1 de Kaffrine, le Directeur n'a pas encore signé le contrat au motif que certains indicateurs FBR ne sont pas appropriés par rapport à leur rôle de structure de

référence. Quant au district sanitaire de Darou Mousty, aucun contrat n'a été signé par les bénéficiaires en raison de la grève de rétention d'information.

- ✓ Missions de supervision dans les districts pilotes ;
- ✓ Vérification des données FBR ;

#### AUTRES ACTIVITES :

La mise en place d'une application FBR comprenant un site web et un système de gestion des données FBR est en cours au sein du MSAS. En effet, un appui technique, à travers Broad Branch Associates a permis au BAP de sélectionner un développeur local au sein de la cellule informatique et d'élaborer un plan d'action. Cette assistance technique continue et au-delà des missions ponctuelles, les experts appuient le BAP dans le transfert de connaissances sur l'architecture de l'application FBR; le fonctionnement des applications existantes; les fonctionnalités à développer. Cette application qui sera hébergée au niveau de l'agence de l'Informatique de l'Etat (ADIE), va être fonctionnelle à la fin du mois d'avril 2013 après la formation des utilisateurs au niveau central et au niveau régional.

**Tableau :** Cibles et résultats pour l'année 2012

Indicateurs	Cibles 2012	Résultats 2012
Nombre de personnes formées à l'élaboration du CDSMT	75	0
Rapport de performance CDSMT 2011 élaboré	Oui	Oui
CDSMT 2013-2015 élaboré	Oui	Oui

Source : DAGE

Au cours de l'année 2012, les difficultés et contraintes suivantes ont été rencontrées :

- ✓ La formation des acteurs du niveau central et d'une partie des ECD et ECR de Thiès et de Dakar n'a pas été réalisée suite à une modulation des crédits ;
- ✓ Sur les 6 CDSMT régionaux prévus, seule la région de KOLDA a été élaboré suite à un conflit d'agenda avec les régions médicales et de la ponction effectuée sur le budget ;
- ✓ Nomination tardive des administrateurs de crédits en raison des changements institutionnels ;
  - ✓ Rétention des données nécessaires à l'élaboration du rapport de performances et du rapport financier ;
  - ✓ Non respect du chronogramme des activités prévues dans le PTA.

Dans la perspective du renforcement de la gouvernance sanitaire, il est prévu de :

- ✓ Poursuivre la vulgarisation des réformes budgétaires et financières ;
- ✓ Etendre la formation des acteurs du Département sur la GAR/CDSMT ;
- ✓ Réviser l'architecture du CDSMT pour intégrer le volet action social ;
- ✓ Rendre effectif le renforcement des capacités en suivi et coordination des membres du comité de coordination et de suivi du CDSMT ;
- ✓ Rendre Effective l'approche pilote de la régionalisation du processus CDSMT ;
- ✓ Valider les critères d'allocations des ressources ;
- ✓ Continuer l'amélioration du processus de programmation et du suivi budgétaire par l'élaboration d'instruments appropriés.

#### 4.1.2 Sous composante : Plan de Travail Annuel (PTA)

Le PTA est l'opérationnalisation annuelle du CDSMT et retrace les crédits alloués dans le budget pour le fonctionnement et les investissements prévus dans le Département. Au cours de l'année 2012 les performances suivantes ont été réalisées par la DPRS qui est la structure responsable du pilotage de cette innovation :

- ✓ Diffusion de la directive pour l'élaboration des PTA ;
- ✓ Finalisation et diffusion d'un guide de gestion des PTA ;
- ✓ Finalisation du logiciel e-PTA ;
- ✓ Appui à la synthèse des PTA régionaux de 2012 ;
- ✓ Synthèse des PTA 2011 ;
- ✓ Renforcement des capacités des équipes cadres de région et de district à l'élaboration des PTA.

**Tableau : Cibles et résultats 2012**

Indicateurs	Cibles 2012	Résultats 2012
Nombre de centres de responsabilité ayant élaboré leur PTA	130	90
Nombre de districts ayant élaboré leur PTA intégrant les POCL	76	44
Nombre d'ateliers régionaux de partage des outils de planification organisé	14	14
Nombre de Régions Médicales ayant fait la synthèse des PTA de leurs Districts	14	14
Un document de synthèse de l'ensemble des PTA est élaboré par la DPRS	Oui	Oui

Source : DPRS

Dans la conduite de ses missions la DPRS a rencontré des contraintes essentiellement liées au déficit de ressources humaines et logistiques.

En 2013, la DPRS compte relever les défis suivants :

- ✓ la formation des équipes cadres à l'utilisation du logiciel e-PTA ;
- ✓ l'évaluation des PTA de 2012 en 2013 ;
- ✓ la poursuite de la formation des responsables des centres de responsabilité sur le processus d'élaboration des PTA.

#### **4.1.3 Sous composante : Coordination et suivi**

En matière de coordination :

- ✓ Trois (3) réunions du Comité interne de suivi ont été tenues sur 4 prévues ;
- ✓ Quinze (15) Réunions Annuelles Conjointes (RAC) ont été tenues dont 14 régionales ;
- ✓ La mission conjointe de supervision a été effectuée ;
- ✓ La participation aux comités de pilotage des programmes (Projet BAD, Projet Luxembourg développement, USAID, GAVI/RSS) a été effective ;
- ✓ Finalisation et partage du Compact ;
- ✓ Participation effective du Ministère de la santé à la coordination des PTF.

Les réalisations faites en 2012 sont :

- **Au niveau central** : Les réunions de coordination hebdomadaires, des Directions et de Services nationaux régulièrement tenues.
- **Au niveau régional** :
- ✓ Les réunions de coordination des régions médicales et des districts ont été tenues régulièrement.

Dans le cadre du Suivi, au niveau régional :

- ✓ Les activités de supervision des centres et des postes de santé ont été exécutées au cours de l'année 2012 avec l'appui des partenaires au développement ;
- ✓ Les activités de Monitoring au niveau des différents postes de santé se sont poursuivies dans certaines régions tous les 6 mois ;
- ✓ En perspectives, il sera procédé à : l'évaluation du niveau d'atteinte des indicateurs ;
- ✓ La tenue d'une mission conjointe de supervision (MCS) en 2013 ;
- ✓ La tenue d'une RAC en 2013.

#### 4.2.1 Sous composante : Evaluation

##### Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS)

Dans le cadre de l'élaboration des comptes nationaux de la santé 2006-2008, les enquêtes sont déjà finalisées et les données collectées codifiées, saisies et sont en cours de traitement pour produire les quatre tableaux finaux (Sources-agents, agents-prestataires, prestataires-fonctions, agents-fonctions). La dernière étape consiste à analyser les données et à rédiger le rapport final pour les années 2006, 2007 et 2008. Dans cette même dynamique, Il est prévu en 2013 d'élaborer les comptes de la santé de 2009 et 2010. Le rapport de ces différentes années sera produit par le comité technique et soumis au comité de pilotage pour validation, conformément aux recommandations de l'OOAS.

Pour la période 2013 -2015, il est prévu de poursuivre le processus d'élaboration des CNS en produisant ceux de 2011 , 2012 et 2013 et de poser des actes concrets en matière d'institutionnalisation des CNS (mesures administratives par la prise d'un arrêté ou décret institutionnalisant les CNS et diffusion de ce texte auprès des principaux acteurs concernés, intégration des besoins d'informations des CNS dans les outils de collecte de routine du SNIS, développement ou conception de logiciel spécifique pour la sortie des tableaux des CNS, renforcement des capacités des membres du comité technique des CNS), utilisation de la classification du nouveau système des comptes nationaux (SHA 2011) à partir des CNS de 2009, mapping des données issues de la première classification des CNS avec celles obtenues à partir du SHA 2011, pour disposer au moins de la série de données sur les principaux indicateurs .

Le processus d'élaboration de la Revue des Dépenses Publiques (RDP) en santé 2009-2012 est en cours.

**Tableau 30** : Cibles et résultats 2012

Indicateurs	Cibles 2012	Résultats 2012
Nombre de CNS élaborés	3 CNS 2006 2007 2008 élaborés	Non
RDP élaborée	La RDP 2009 - 2012 est élaborée	Non

Sources : CAFSP/DAGE

#### 4.2.2 Sous composante : Etudes et recherche

La mission de la structure est de :

- ✓ coordonner et promouvoir les activités de recherche dans le système de santé ;
- ✓ renforcer le partenariat national et international dans le cadre de la recherche pour la santé ;
- ✓ développer la collaboration avec les instituts de recherche et les universités ;
- ✓ promouvoir l'éthique de la recherche.

**Tableau 31:** Indicateurs et résultats sur la recherche

Indicateurs	Cibles 2012	Résultats 2012
Nombre de protocoles de recherche	80 protocoles de recherche	76 protocoles examinés
Nombre de personnels de santé formés en méthodologie de la recherche et éthique	40 personnels de santé formés	47 personnels formés
Nombre de sites de recherche supervisés	8 sites supervisés	3 sites supervisés
Nombre de rapports de recherche diffusés	15 rapports de recherche diffusés	12 rapports de recherche diffusés

Source : DS/DR

Les activités suivantes ont été menées au cours de l'année 2012 :

- ✓ un atelier organisé sur la gouvernance de la recherche ;
- ✓ 4 supervisions;
- ✓ 15 acteurs formés en recherche et ou éthique ;
- ✓ 76 protocoles examinés ;
- ✓ formation de 05 agents à l'utilisation du site de la recherche ;

Au cours de l'année 2012, les difficultés suivantes ont été rencontrées :

- ✓ absence de budget de fonctionnement du comité national d'éthique pour la recherche alors qu'il a été mis en place par une loi et organisé par décret depuis 2009 ;
- ✓ absence de ligne de crédit pour le renforcement des compétences des prestataires en matière de Recherche Opérationnelle par rapport aux priorités de recherches locales pas encore mis en place ;
- ✓ insuffisance de ressources allouées au programme recherche en santé ;

- ✓ Les outils de gestion du Comité National d'Ethique de la recherche en Santé(CNERS) rédigés et adoptés par arrêté du ministre de la santé et de l'Action Sociale
- ✓ Plateforme électronique de soumission et d'évaluation des protocoles mis en place dans le site [www.der.sn](http://www.der.sn)
- ✓ Changement du libellé du compte du CNERS et autonomisation de sa gestion.
- ✓ Plan stratégique de la recherche pour la santé (2009-2012) évalué et les priorités de recherche (2013-2016) définies avec l'appui de COHRED et du NEPAD.
- ✓ Formation en éthique de la recherche au profit des membres du CNERS (1 en Afrique du Sud, et 4 à l'université de Dakar, 12 en E-learning dans le site [www.trree.org](http://www.trree.org))

Pour les perspectives, la Division de la Recherches compte :

- ✓ mettre effectivement en place des organes de gestion du comité national d'éthique ;
- ✓ renforcer le système national de recherche en santé en finalisant la nomination et la formation des points focaux de la recherche et en rendant fonctionnel la plateforme de partage et de diffusion des résultats de la recherche ;
- ✓ Relancer la formation opérationnelle
- ✓ Former 2 agents de la DR en recherche sur les systèmes de santé à l'ULB
- ✓ Former les équipes cadres de cinq régions en recherche opérationnelle
- ✓ Mener l'enquête sur le tabagisme chez les adolescents en milieu scolaire
- ✓ Imprimer et diffuser les outils de gestion du CNERS.
- ✓ Créer en rapport avec l'Université de Dakar un Master II en management des services de recherche pour la santé
- ✓ Organiser le forum de EDCTP et la cérémonie de lancement de la deuxième phase du projet en Octobre 2013 ;
- ✓ Organiser une réunion internationale de coordination des coordonnateurs nationaux de la recherche et des réseaux de recherche et leurs partenaires africains et européens en Juin 2013

#### 4.2.3 Sous composante : Audit/contrôle

En matière d'Audit, les résultats ci après ont été enregistrés en 2012 :

**Tableau:** Indicateurs et résultats sur l'Audit et contrôle

Indicateurs	Cibles 2012	Résultats 2012
Nombre de structures auditées (Santé 2 FAD, GAVI/RSS, PNL, Division SIDA ROUND 9/RSS ....)	5	4
Nombre de centres de responsabilité contrôlés	10	0
Nombre d'EPS ayant fourni un rapport de gestion	23	23

Source : DES/DAGE/IAAF

Pour ce qui est du Contrôle :

L'Inspecteur des Affaires Administratives et Financières :

- ✓ veille à l'application des lois et règlements ;
- ✓ contrôle la gestion administrative et financière de l'ensemble des services et des établissements relevant de l'autorité directe du Ministre de la Santé et de la Prévention.

En 2012, des anomalies ont été relevées lors des passations de service et des mesures correctives proposées. S'agissant du contrôle, aucun rapport n'a été produit au motif que l'Inspection ne disposait pas de PTA.

#### 4.3 Composante : Financement de la demande

##### 4.3.1 Sous composante : Couverture du risque maladie

Dans le cadre du renforcement et de la promotion des mutuelles de santé, les réalisations suivantes ont été faites :

- Le démarrage effectif du projet DECAM dans les départements de Saint-Louis, Louga, Kaolack et Kolda en vue de restructurer et de mettre en place de nouvelles mutuelles de santé. Dans cette même dynamique, neuf (09) mutuelles de santé ont été mises en place dans la région de Matam en raison de trois mutuelles au niveau de chaque département, avec l'appui du projet SEN/025 de la coopération luxembourgeoise et du projet Santé II/FAD de la BAD.

- Le démarrage de la prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé dans le cadre du Fonds d'équité dans les zones d'intervention du PAMAS. En 2012, au cours de la première phase, cinq mille indigents ont été déjà enrôlés et ont commencé à bénéficier des prestations de soins gratuitement.
- Un plan de communication sur les mutuelles de santé a été élaboré en 2011 et la mise en œuvre devait normalement démarré en 2012. Mais avec l'engagement politique affiché par les autorités envers la couverture maladie universelle, il était opportun de l'adapter en fonction de programme en prenant en compte certaines nouvelles initiatives (prise en charge des indigents à travers les mutuelles, la gratuité des soins des enfants de 0-5ans...). Le processus d'élaboration du plan de communication sur la couverture maladie universelle est en cours.
- Le système d'information et de suivi évaluation des mutuelles de santé et des unions régionales des mutuelles de santé dans la zone d'intervention du projet PAMAS a été renforcé par une dotation en matériel informatique. Dans cette perspective, une cartographie numérisée des mutuelles de santé des régions de Fatick, Kaolack, Diourbel et Kaffrine a été élaborée et des formations sur l'usage de la plateforme ont été organisées au profit des différents acteurs de la mutualité au niveau des différentes régions.
- Les expériences de couplage micro assurance santé et micro finance ont été partagées et évaluées et de nouvelles stratégies de couplage ont été proposées pour 2013 en rapport avec l'extension de la couverture du risque maladie au secteur informel.

Dans le cadre de la mise en œuvre du Règlement UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale, les projets de décret portant organisation et fonctionnement de l'Office National de la Mutualité Sociale (ONAMS) et le Fonds National de Garantie des Mutuelles Sociales (FNGMS) ont été élaborés et sont présentement dans le circuit administratif.

En ce qui concerne la réforme des politiques de gratuité, le processus de mise en place du Fonds National de Solidarité s'est poursuivi en 2012 et ses orientations ont été redéfinies dans une perspective de contribution à la promotion des mutuelles de santé.

Pour ce qui est des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM), le projet de décret portant organisation et fonctionnement de ce régime d'assurance maladie a été signé en 2012.

Les difficultés rencontrées au cours de l'année 2012 concernent les activités prévues qui n'ont pas été réalisées faute de financement. Il s'agit notamment de l'évaluation du niveau de fonctionnalité des mutuelles de santé de la région de Dakar, de l'appui aux groupes organisés qui ont des initiatives de mise en place des mutuelles de santé,

l'élaboration du manuel de procédures des mutuelles de santé et certaines activités de supervision des mutuelles de santé au niveau national. A cela s'ajoutent les contraintes logistiques, les difficultés liées à la remonté des données, à l'harmonisation des interventions des partenaires.

Les axes stratégiques pour 2013 sont :

- Le renforcement du cadre institutionnel et les mécanismes de financement des mutuelles de santé;
  - La mise en place des organisations mutualistes;
- La mise en œuvre un plan national de communication sur la CMU;
- Le renforcement du partenariat dans le cadre de l'extension de la couverture du risque maladie;
  - La mise en place des mécanismes de solidarité en faveur de l'accès financier aux soins de santé des groupes vulnérables et des personnes indigentes;
- La développement de stratégies innovantes en matière d'extension de la couverture du risque maladie;
- Le renforcement du système d'information, de gestion et de suivi évaluation des mutuelles de santé ;
- L'extension du Fonds d'équité dans d'autres zones disposant de mutuelles de santé fonctionnelles et augmentation du nombre de départements pilotes du projet DECAM (4 à 14 départements);
- L'élaboration d'une stratégie nationale de ciblage des indigents et des groupes vulnérables;
  - L'extension des politiques de gratuité aux enfants de 0-5ans;
- La mise en œuvre des décrets portant application de la loi d'orientation sociale qui va permettre aux personnes handicapés de disposer d'une carte d'égalité de chance;
- La mise en œuvre effective du décret portant organisation et fonctionnement des Institutions de Prévoyance Maladie;
- La mise en œuvre effective du décret portant application de la loi d'orientation sociale qui permettra l'accès gratuit aux soins de santé pour les personnes vivant avec un handicap ;
- La mise en place d'un comité de pilotage inter acteurs au niveau national pour la mise en œuvre de la CMU au niveau national.

Les défis liés à la mise en œuvre de ces différents axes stratégiques ont été identifiés. Il s'agit de la disponibilité des fonds pour le financement des différentes stratégies, de l'harmonisation des interventions des partenaires, de l'implication des collectivités dans la mise en œuvre des stratégies en matière de développement de la CMU, du renforcement des ressources humaines de la CACMU et de la mise en œuvre d'un plan de communication sur la CMU

**Tableau : Indicateurs et résultats sur les initiatives de gratuité**

Indicateurs	Cibles 2012	Résultats 2012
Nombre de mutuelles ayant signé une convention avec les structures sanitaires	125	Sup 197
Nombre de personnes couvertes par un système formel de couverture maladie	1 800 000	2 006 564
Nombre de personnes couvertes par une mutuelle de santé	1 500 000	Sup742 302
Nombre de Collectivités Locales disposant d'une mutuelle de santé	50	Sup 57
Disponibilité du fonds national de solidarité santé	oui	En cours

Source : CAFSP / DS

### **Composante : Participation**

#### **Participation des communautés**

Le processus de réforme des comités de santé et des comités de gestion s'est poursuivi. Le projet de décret portant création des comités de développement Sanitaire examiné en comité technique a été réintroduit dans le circuit des visas.

#### **Décentralisation et Multisectorialité**

Dans le cadre du renforcement des capacités sept (07) ateliers de formation des formateurs sur la décentralisation et sur la gouvernance sanitaire ont été organisés. Un guide des formateurs et un manuel du participant ont été également élaborés en 2012.

Pour ce qui est de la Multisectorialité, la mise en œuvre des plans multisectoriels est soutenue par l'organisation de CDD et CRD de planification conjointe avec les chefs de service départementaux et régionaux. L'élaboration de plans multisectoriels est étendue dans la zone d'intervention du PAMAS (régions de Diourbel, Kaolack, Kaffrine et Fatick). Le processus d'élaboration du document de la plateforme multisectorielle est en cours.

#### **Partenariat**

La vulgarisation de la politique de contractualisation entamée s'est poursuivie au cours de l'année 2012 dans les départements de Kolda et Ziguinchor. Les activités d'encadrement du cadre de concertation des acteurs publics et privés du département de Diourbel ont été réalisées. Le cadre a tenu deux (2) rencontres avec l'appui du PAMAS et un document de partenariat a été produit. Il comporte une analyse

concertée des priorités sanitaires et une identification des opportunités de partenariat et des partenaires potentiels du département de Diourbel.

Dans le cadre de la promotion du PPP au niveau national, le processus d'élaboration d'une stratégie est entamé. Un cadre national de concertation sur le Partenariat Public Privé (CNC/PPP) est mis en place pour définir une stratégie de mobilisation du Secteur privé autour des Projets de Partenariat Public Privé (PPP) à travers une large concertation entre les acteurs du secteur public et ceux du secteur privé. Les trois commissions du CNC/PPP ont identifié des opportunités de projets PPP pour l'atteinte des OMD 4 et 5 et des plans de travail sont élaborés. Il s'agit des commissions ci après :

- Commission communication et collecte de données au niveau du secteur privé
- Commission nouveaux PPP dans l'offre de services de santé
- Commission Fonds National Solidarité Santé

Concernant le Projet pilote de PPP entre le Ministère de la santé et de l'Action Sociale et la Compagnie sucrière Sénégalaise (CSS) pour la construction d'un hôpital à Richard TOLL dont l'étude d'opportunité a été validée en 2010, la phase de préparation à la négociation avec la CSS a été menée avec les directions et services concernés du MSAS au cours de l'année 2012. Ces derniers se sont accordés sur les propositions suivantes :

- choisir comme option de gestion; la gestion concédée au privé ;
- intégrer dans le Plan Triennal d'investissement Public (PTIP) de la Période 2012 – 2016 la contribution du Ministère à la constitution du capital pour la construction de l'hôpital avec comme période de démarrage l'année 2013, cet hôpital PPP sera intégré dans la carte sanitaire.

### **5 Analyse de l'utilisation des ressources**

Les principales sources de financement classiques Plan National de Développement Sanitaire pour la mobilisation de ressources sont l'Etat, les Partenaires techniques et financiers, les Collectivités locales et les Populations dans le CDSMT 2012 2014.

**Tableau : Allocations Budgétaires pour 2012 (par source et nature de dépenses)**

SOURCES	Fonctionnement	Investissement	Personnel	TOTAL	%
ETAT/BND	35 027 659 000	15 171 000 000	36 532 629 086	86 731 288 086	94,33%
ETAT/FDD	5 210 000 000	0	0	5 210 000 000	5,67%
Sous-total ETAT	40 237 659 000	15 171 000 000	36 532 629 086	91 941 288 086	59,07%
Collectivités locales	371 550 000	1 106 978 000	3 021 472 000	4 500 000 000	2,89%
Populations	17 150 780 200	2 995 650 000	15 279 000 000	35 425 430 200	22,76%
Partenaires/Bailleurs	16 484 895 300	6 216 899 100	1 072 205 600	23 774 000 000	15,27%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>74 244 884 500</b>	<b>25 490 527 100</b>	<b>55 905 306 686</b>	<b>155 640 718 286</b>	<b>100%</b>

\*BND= Budget Non Décentralisé

\*FDD= Fonds de Dotation Décentralisé

Source : DAGE

Le budget de fonctionnement de l'Etat a connu une légère augmentation en 2012 comparativement au budget de 2011. Cette augmentation s'explique en partie par l'érection de certains centres de santé en EPS de niveau 1 et la prise en charge du personnel nouvellement recruté.

RUBRIQUE	Dotation Initiale	Exécution	%
<b>GOVERNANCE SANITAIRE</b>			
Fonctionnement	6 545 728 900	5 976 800 300	28,85%
Investissement	92 700 000	58 980 500	0,28%
Personnel	14 678 900 200	14 678 900 200	70,86%
<b>Sous Total</b>	<b>21 317 329 100</b>	<b>20 714 681 000</b>	<b>26,47%</b>
<b>PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE</b>			
Fonctionnement	9 617 003 000	7 569 072 984	64,86%
Investissement	3 078 201 500	1 772 172 959	15,19%
Personnel	2 327 980 540	2 327 980 540	19,95%
<b>Sous Total</b>	<b>15 023 185 040</b>	<b>11 669 226 483</b>	<b>14,91%</b>

RUBRIQUE	Dotation Initiale	Exécution	%
<b>RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE</b>			
Fonctionnement	16 835 144 453	16 175 733 793	39,51%
Investissement	10 987 345 600	7 597 184 157	18,55%
Personnel	17 172 967 895	17 172 967 895	41,94%
<b>Sous Total</b>	<b>44 995 457 948</b>	<b>40 945 885 845</b>	<b>52,33%</b>
<b>SANTE DE LA MERE DU NOUVEAU-NE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT</b>			
Fonctionnement	2 029 782 647	1 738 268 937	35,36%
Investissement	1 012 752 900	825 188 754	16,78%
Personnel	2 352 780 451	2 352 780 451	47,86%
<b>Sous Total</b>	<b>5 395 315 998</b>	<b>4 916 238 142</b>	<b>6,28%</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>86 731 288 086</b>	<b>78 246 031 470</b>	<b>100%</b>

Source : SIGFIP/DAGE

## L'ETAT

**Tableau : Analyse du financement de l'Etat par rubrique de dépenses**

RUBRIQUE	EXECUTION	%
FONCTIONNEMENT	31 459 876 014	40,21%
INVESTISSEMENT	10 253 526 370	13,10%
PERSONNEL	36 532 629 086	46,69%
<b>Total général</b>	<b>78 246 031 470</b>	<b>100%</b>

Le tableau ci-dessus montre que l'exécution de la rubrique investissement est moins importante avec 13,10% du budget. Le fonctionnement et le personnel sont respectivement à 40,21% et 46,69% d'exécution.

**Tableau: Répartition des dépenses par niveau et par type**

NIVEAU	DEPENSES ADMINISTRATIVES	DEPENSES OPERATIONNELLES	Total général
<b>CENTRAL</b>	<b>17 689 828 758</b>	<b>7 039 443 123</b>	<b>24 729 271 881</b>
	86,10%	12,20%	31,60%
<b>PERIPHERIQUE</b>	<b>1 376 560 426</b>	<b>31 446 692 641</b>	<b>32 823 253 067</b>
	6,70%	54,50%	41,95%
<b>REGIONAL</b>	<b>1 479 288 816</b>	<b>19 214 217 706</b>	<b>20 693 506 522</b>
	7,20%	33,30%	26,45%
<b>Total Général</b>	<b>20 545 678 000</b>	<b>57 700 353 470</b>	<b>78 246 031 470</b>
	26%	74%	100%

Source : SIGFIP/ DAGE

La répartition des crédits budgétaires par nature des dépenses montre que 74% des ressources sont concernées par les activités opérationnelles alors que les activités administratives prennent 26% des ressources. S'agissant de la répartition des dépenses par niveau, on constate avec 31,60% des dépenses sont effectuées par le niveau, le niveau périphérique est à 41,95% et le niveau régional 26,45 %.

## LES COLLECTIVITES LOCALES

Tableau : Analyse du financement des Collectivités locales par rubrique de dépenses

RUBRIQUE	MONTANT	%
PERSONNEL	3 518 008 000	68%
INVESTISSEMENT	1 261 820 000	24%
FONCTIONNEMENT	430 172 000	8%
TOTAL	5 210 000 000	100%

Les collectivités locales orientent davantage leurs dépenses sur la prise en charge du personnel représentant 68 % en valeur relative. Les dépenses d'investissement et de fonctionnement représentent respectivement 24,2% et 8,3 %. L'orientation du Ministère de la Santé consiste à renforcer l'investissement pour une meilleure accessibilité des soins.

## LES POPULATIONS

**Tableau 39 : Contribution financière des ménages aux dépenses de santé par rubrique**

RUBRIQUE	MONTANT
PERSONNEL	13 923 128 000
INVESTISSEMENT	2 800 932 000
FONCTIONNEMENT	18 701 370 200
<b>TOTAL</b>	<b>35 425 430 200</b>

En 2012, la répartition du financement de la santé issu des populations présentée ci-dessus révèle que les recettes provenant des populations sont plus orientées vers le fonctionnement, puis vers le personnel et moins vers les investissements. La maîtrise des dépenses de personnel et la rationalisation des ressources de fonctionnement pourraient permettre d'inverser la tendance pour investir davantage dans les structures sanitaires.

## LES PARTENAIRES

**Tableau : Contribution des partenaires au financement de la santé**

RUBRIQUE	MONTANT
INVESTISSEMENT	23 427 258 000
FONCTIONNEMENT	346 742 000
<b>TOTAL</b>	<b>23 774 000 000</b>

En 2012, l'apport des partenaires en termes de subvention, d'emprunts et d'appui au fonctionnement dans le secteur est estimé globalement à 23 774 000 000 FCFA. Par contre, la répartition de ces dépenses par niveau n'a pu être faite pour des raisons de visibilité des interventions des partenaires sur le terrain pour ce concerne l'appui au fonctionnement. Il en est de même pour les appuis financiers ciblés pour la réalisation des activités au sein des programmes de santé, des directions et services.

## Recommandations

- Renforcer les ressources du SNEIPS pour lui permettre d'assurer ses missions.
- Démarrer la construction du siège du SAMU
- Accroître les moyens financiers du SAMU pour la prise en charge des transports primaires surtout pour les accidentés de la voie publique;
- Doter le SAMU d'équipements et de moyens adéquats ;
- Renforcer le plateau technique des hôpitaux pour la prise en charge des urgences;
- Soutenir la politique sectorielle pour l'atteinte des OMD à travers les TIC ;
- Automatiser le dispositif de pilotage des indicateurs de performance du secteur ;
- Renforcer les ressources de la DPL pour lui permettre d'atteindre ses objectifs ;
- Eriger la direction en une Autorité nationale de Réglementation pharmaceutique conformément aux recommandations de l'OMS et l'UEMOA ;
- Exécuter les projets conformément aux délais ;
- Poursuivre la mise en œuvre de la politique de maintenance ;
- Renforcer les moyens de fonctionnement du Centre National d'Appareillage Orthopédique et du Centre Talibou DABO ;
- Réviser la nouvelle architecture du CDSMT en prenant en compte la réorganisation du ministère ;
- Elaborer et appliquer les critères d'allocation des ressources aux quatre programmes CDSMT ;
- Appliquer le logiciel e-PTA dans l'élaboration des PTA au niveau de tous les centres de responsabilité ;
- Poursuivre la vulgarisation des réformes budgétaires et financières ;
- Poursuivre la mise en œuvre des contrats de performances dans les hôpitaux;
- Institutionnaliser les CNS et renforcer les capacités pour leur production.