

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple- Un But – Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE ET
DE LA PREVENTION MEDICALE

MINISTERE DU PLAN ET
DU DEVELOPPEMENT DURABLE

Etude sur les OMD du secteur de la Santé

Docteur Aminata Touré HAÏDARA

Docteur Moustapha SAKHO

Sénégal, Janvier 2005

Le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (Service Nationale de l'Information Sanitaire) et le Ministère du Plan et du Développement Durable (Direction de la Planification Nationale et de la Coordination avec la Planification Régionale) remercient le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Millénum Project, le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), l'UNICEF et l'OMS pour leurs soutiens technique et financier qui ont permis l'élaboration de ce présent rapport.

Les remerciements vont aussi aux membres du groupe de Travail Sectoriel Santé (GTS)¹, aux membres du comité de pilotage pour le suivi des OMD pour leurs remarques et suggestions pertinentes et à l'ensemble des partenaires de l'Etat, du privé, de la société civile qui, de près ou de loin, ont contribué à la finalisation de ce document.

¹ Docteur Moussa DIAKHATE, Président

2 Birahim DIONGUE CAS/PDIS

3 Amady BA, MPDD

4 Dr Isseu Diop TOURE, OMS

5 Fassory DIAWARA, COLUPAS

6 Mme Maïmouna Fsabelle DIENG, ASBEF

7 Mme Kéba Soukeyna FALL, FNUAP

8 Flovra Guidetti, UNICEF

Sommaire

5

Introduction générale.....11

Chapitre I VUE D'ENSEMBLE DE LA POLITIQUE SANITAIRE DU SENEGAL.....11

Section 1 : CONTEXTE NATIONAL DE DEVELOPPEMENT.....11

1.1 Situation géographique, administrative et politique.....11

1.2 Situation économique et indicateurs clés de développement.....11

Section 2 : CONTEXTE SECTORIEL.....14

2.1 Le système de Santé : organisation et politiques de Santé.....14

2.1.1 Le district sanitaire.....14

2.1.2 La région médicale.....14

2.1.3 Le niveau central.....15

2.2 Le système de référence.....15

2.3 Situation de référence en matière de financement.....16

2.3.1 Les dépenses publiques de santé.....16

2.3.2 Evolution de la structure des dépenses de santé.....17

2.3.3 Sources de financement de la santé : approche globale.....20

2.3.4 Analyse spécifique des interventions.....21

2.3.4.1 Selon les sources de financement.....21

2.3.4.2 Selon la région.....23

2.3.4.2.1 Le niveau de décentralisation des interventions des partenaires extérieurs.....23

2.3.4.2.2 Le niveau de décentralisation de l'action des collectivités locales.....24

2.3.4.2.3 Le niveau de décentralisation des interventions de l'Etat.....25

2.3.5 L'utilisation du budget de la santé.....26

2.4 Situation sanitaire.....26

2.4.1 Etat épidémiologique.....26

2.4.2 Infrastructures et équipements.....28

2.4.2.1 Couverture en hôpitaux.....28

2.4.2.2 Couverture en centres de santé.....29

2.4.2.3 Couverture en postes de santé.....29

2.4.2.4 Personnel de santé.....31

Chapitre 2 : POLITIQUES ET PROGRAMMES DE SANTE AU SENEGAL : UN
PROCESSUS DE PRISE EN COMPTE DES OMD ENCORE LIMITE.....32

Section 1 LA MORTALITE INFANTO-JUVENILE.....33

1.1 Situation de référence.....33

1.2 Les politiques de réduction de la mortalité de l'enfant au Sénégal.....34

1.2.1 La PCIME.....35

1.2.1.1 But.....35

1.2.1.2 Objectifs généraux.....35

1.2.1.3 Objectifs spécifiques.....35

1.2.1.4 Stratégies.....36

1.2.2 Le PRN.....36

1.2.2.1 Objectifs.....36

1.2.2.2 Stratégies.....36

1.2.2.3 Activités.....36

1.2.2.4 Etat d'avancement des activités.....36

1.2.3 Contraintes des programmes.....36

1.2.4 De la prise en compte des OMD dans les programmes
en faveur de la santé de l'enfant au Sénégal.....37

1.3 Amélioration de la Santé infanto-juvénile dans l'optique des OMD.....37

1.3.1 Tendances et facteurs explicatifs.....37

1.3.1.1 Tendances.....37

1.3.1.2 Facteurs explicatifs.....38

1.3.2 Théorie positive de la mortalité chez l'enfant au Sénégal.....44

1.4 L'approche financière.....46

1.4.1 Les programmes spécifiques.....46

1.4.2 La vaccination.....46

1.4.2.1 La PCIME.....46

1.4.2.2 La PCIME.....46

1.4.2.3 La nutrition.....46

1.4.2 Au niveau consolidé.....46

Section 2 LA MORTALITE MATERNELLE.....47

2.1 Situation de référence.....47

2.2 Les politiques en faveur de la santé de la mère.....48

2.2.1 Objectif général.....49

2.2.2 Les objectifs spécifiques.....49

2.2.3 Les stratégies.....	49
2.2.4 Les principaux résultats.....	50
2.2.5 Les contraintes.....	50
2.2.6 Prise en compte des OMD dans les programmes en faveur de la santé de la mère.....	50
2.3 Amélioration de la santé maternelle et OMD.....	51
2.3.1 Tendances.....	51
2.3.2 Facteurs explicatifs.....	52
1.4. L'approche financière.....	54
Section 3 LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES.....	55
3.1 Le VIH/SIDA.....	55
3.1.1 Situation de référence.....	55
3.1.1.1 Prévalence de la pandémie.....	56
3.1.1.2 Impact du VIH au sein de la population.....	57
3.1.2 Le PNLS.....	57
3.1.2.1 But.....	57
3.1.2.2 Objectifs.....	58
3.1.2.3 Stratégies.....	58
3.1.2.4 Acquis.....	58
3.1.2.5 Contraintes.....	58
3.1.2.6 Prise en compte des OMD dans le PNLS.....	59
3.1.3 Tendances du VIH/SIDA au Sénégal et OMD.....	59
3.1.4 L'approche financière.....	60
3.2 LE PALUDISME.....	60
3.2.1 Situation nationale.....	60
3.2.2 Le PNLP.....	62
3.2.2.1 Objectif général.....	62
3.2.2.2 Objectifs spécifiques d'impact.....	62
3.2.2.3 Objectifs spécifiques de résultats.....	62
3.2.2.4 Stratégies.....	63
3.2.2.5 Les résultats du PNLP.....	63
3.2.2.6 Contraintes.....	64
3.2.2.7 La prise en compte des OMD dans le PNLP.....	68
3.2.3 L'approche par les ressources financières.....	68

3.3 LA TUBERCULOSE.....	69
3.3.1 Situation nationale.....	69
3.3.2 Le PNT.....	71
3.3.2.1 But.....	71
3.3.2.2 Objectif général.....	71
3.3.2.3 Stratégies.....	71
3.3.2.4 Bilan des réalisations du PNT.....	72
3.3.2.5 Contraintes au dépistage et au traitement.....	73
3.3.2.6 Principaux indicateurs du PNT.....	73
3.3.2.7 Prise en compte des OMD dans le PNT.....	73
3.3.3 Amélioration tendancielle.....	74
3.3.4 L'approche par les ressources financières.....	75
Section 4 BESOINS POUR LA REALISATION DU VOLET SANTE DES OMD.....	76
4.1 Evaluation des besoins en infrastructures sanitaires.....	76
4.2 Evaluation des besoins en ressources humaines.....	77
ANNEXES.....	78

Sigles et abréviations

ARV	Anti-Rétroviraux
ASC	Association Sportive et Culturelle
BCG	Bacille Calmette Guérin
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DRSP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTC	Diphtérie Tétanos Coqueluche
EDS	Enquête de Démographie et de Santé
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
ESIS	Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de la Santé
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FNUAP	Fond des Nations Unies pour la Population
GTZ	Gesellschaft Technische Zusammenarbeit
IDH	Indice de développement Humain
IEC	Information-Education-Communication
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MDGS	Generic List of Interventions for Achieving the Millenium Development Goals
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey /Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PAIN	Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance

PDEF	Programme Décennal de l'Education et de la Formation
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PNB	Produit National Brut
PNDS	Programme National de Développement de la Santé
PNIR	Programme National d'Infrastructures Rurales
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PMA	Pays les Moins Avancés
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
QUID	Questionnaires Unifiés des Indicateurs de Développement
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	Syndrome Immuno - Déficience Acquise
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des USA pour le Développement International
VAT	Vaccin Anti-tétanique
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

Introduction générale

Le droit à la santé est reconnu par la Constitution Sénégalaise qui dispose en son article 12 que "l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille". L'Etat s'est ainsi engagé à assurer à tout sénégalais « un état de complet bien-être physique, mental et social, pas seulement l'absence de maladies », conformément à la définition que l'OMS donne à la santé.

Depuis 1990, une série de conférences et de sommets mondiaux ont eu lieu sous l'égide de l'organisation des Nations Unies (ONU) dans le but d'établir un programme d'actions comportant des objectifs internationaux de développement quantifiables, assorties de cibles chiffrées et d'indicateurs permettant de mesurer les progrès accomplis dans chaque domaine. Ainsi, le 8 septembre 2000 191 pays, dont le Sénégal, adoptaient à New York une résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies, appelée « Déclaration du millénaire ».

Cette " Déclaration du millénaire " définit une vision à l'horizon 2015 d'un monde débarrassé de l'extrême pauvreté, un monde où, grâce à la scolarisation universelle, il y aurait l'égalité des chances pour les filles et les garçons tant à l'école que plus tard dans la vie soc - économique et politique, un monde où les mères meurent moins en donnant la vie, un monde préservant l'avenir des générations futures à travers la conservation des ressources naturelles, un monde plus équitable, plus juste et plus solidaire envers les pays en voie de développement. En un mot : " un monde meilleur pour tous ! ".

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) sont contenus dans la " Déclaration du Millénaire " et sont un affinement des objectifs internationaux de développement dérivés des accords et résolutions des conférences des Nations Unies tenues au cours des années 90. Ils constituent une plate forme de huit (8) objectifs, déclinés en dix huit cibles (18) ou sous-objets quantifiés. Des discussions menées au niveau international ont permis de définir un ensemble de quarante huit (48) indicateurs consensuels permettant de mesurer les progrès accomplis par les différents pays dans la mise en œuvre de ces objectifs.

Toutefois, dans le cadre du Sénégal, et dans le souci d'adapter les OMD aux réalités et préoccupations nationales, il a été retenu, lors de l'atelier de lancement, les cibles et indicateurs dont certains nécessitent des appuis en terme de renforcement des capacités au

niveau du pays. L'objectif est de pouvoir générer les données et informations permettant, convenablement, de les construire, de les suivre et de les analyser.

Afin de démontrer que l'atteinte de ces objectifs n'est pas une gageure, le Secrétaire Général des Nations Unies a mis en place en 2002 le Millennium Project qui recommande d'ici juin 2005, les meilleures stratégies pour la réalisation des OMD dans 8 pays dont le Sénégal; ce processus devrait permettre d'estimer les ressources nécessaires à la réalisation des objectifs et dans les limites de temps imparties.

Parmi les huit (8) Objectifs du Millénaire pour le Développement, trois (3) intéressent spécifiquement la santé à savoir:

- Réduire la mortalité infantile-juvénile
- Améliorer la santé maternelle
- Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies.

Chacun des objectifs est assorti de cibles chiffrées qui doivent être atteintes dans un délai de vingt cinq ans (1990-2015) et d'indicateurs pour mesurer les progrès accomplis dans chaque domaine.

Le Sénégal a compris très tôt l'importance du secteur de la santé dans l'activité économique. Les Nouvelles Orientations de cette politique de santé et d'appui social qui découle de la déclaration de la Politique de Santé et d'Action Sociale de juin 1989, s'appuient sur l'approche programme traduite à travers le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) pour la période 1998-2007. Il est l'aboutissement logique d'un long processus de réflexion depuis 1995 entre le Ministère de la Santé et ses partenaires.

Le PNDS a permis de mettre en chantier plusieurs réformes à la fois législatives et institutionnelles touchant principalement les hôpitaux, les médicaments, les pharmacies. Il prévoit d'autres initiatives dans des domaines aussi importants que le système d'information sanitaire, le financement de la santé, la réorganisation du Ministère de la santé, la coordination des interventions et l'intégration des activités.

Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) qui couvre une période de cinq ans pour sa 2^{ème} partie (2002-2007), est la traduction concrète des priorités en matière de santé définies dans le PNDS.

Les objectifs visés sont :

- la réduction de la mortalité maternelle
- la réduction de la mortalité infantile et juvénile
- la maîtrise de la fécondité.

La mise en œuvre des activités découlant des différentes orientations stratégiques dégagées ne peut être effective sans une mobilisation importante de ressources humaines, matérielles et financières.

Les activités planifiées par l'ensemble des structures découlent des stratégies définies et adoptées pour le développement des ressources humaines, la mobilisation et la rationalisation des moyens financiers et l'amélioration de l'accessibilité des services de santé et d'action sociale en réhabilitant les formations sanitaires actuelles et en construisant de nouvelles formations.

Le programme accorde ainsi une large place à la surveillance épidémiologique, à la santé de la reproduction, au MST/SIDA et au contrôle des maladies endémiques avec essentiellement le paludisme, la bilharziose, l'onchocercose et la tuberculose. Il y a donc une parfaite adéquation entre la politique de santé et les OMD sanitaires.

Cette étude sur "la santé maternelle, santé infantile-juvénile, VIH/SIDA, paludisme et autres maladies" s'inscrit dans ce contexte. Il s'agit, dans la perspective de l'élaboration du rapport de suivi annuel 2004, et sur la base d'un diagnostic approfondi, d'élaborer un plan d'action spécifique de réalisation des OMD relatifs aux domaines cibles. Ce plan d'action sera fortement articulé à un scénario cohérent d'amélioration des indicateurs en termes de politiques et d'investissement pour passer de la situation de référence en 2003 à l'Objectif en 2015. La problématique genre a été prise en compte comme approche transversale des stratégies de réduction de la pauvreté dans l'optique des OMD au regard de la forte vulnérabilité des femmes aux IST/SIDA et aux autres endémies.

CHEMINEMENT METHODOLOGIQUE.

L'approche méthodologique proposée pour réaliser la mission repose sur deux grandes phases qui résument l'ensemble des actions prévues dans les termes de référence :

- **Le diagnostic**
- **L'élaboration du plan d'action** (y compris la construction du scénario d'atteinte des indicateurs et le programme d'estimation des coûts)

Le diagnostic

En raison des efforts consentis pour documenter le secteur de la santé et particulièrement dans les domaines ciblés par l'étude, l'équipe s'est gardée dans cette phase de « réinventer la roue ». En effet, il existe une abondante littérature et une riche documentation portant sur des études diagnostiques du secteur de la santé et particulièrement sur les programmes en cours d'exécution. A cette étape, l'essentiel du travail a consisté à exploiter cette masse prodigieuse d'informations en mesurant les niveaux de performance réalisée par rapport aux OMD concernés par l'étude. Une collecte de données a été envisagée dans le cadre de cette mission pour recueillir des informations complémentaires afin d'approfondir l'analyse dans tel ou tel domaine (au cas où les données existantes ont été insuffisantes pour bâtir un diagnostic).

A titre indicatif, les sources d'information documentaires suivantes ont été exploitées : *PNDS, PDIS, Initiative 20/20, DSRP, ESP, les EDS, Etude Prospective Sénégal 2015, SESAM, RGPH3 (volet santé), Résumé des conclusions de la Commission Macroéconomie et Santé (OMS), Etude sur les coûts unitaires au niveau des Districts Sanitaires (Ministère de la Santé), Rapport National sur le développement Humain (sous-thème : Réglementation des services sociaux de base : santé et habitat), Suivi des OMD (mai 2003), IX^e et X^e Plans de Développement économique et Social, PTIP (élaboré à la suite des perspectives triennales d'investissement), Suivi des OMD /Parité Genre, Generic List Of Interventions For Achieving The Millenium Development Goals(MDGS) .*

Des entretiens individuels ont été effectués auprès des programmes nationaux du secteur de la Santé et auprès des Organismes traitant le domaine.

Le plan d'action

Ainsi, le scénario d'amélioration des indicateurs pour passer de la situation de référence en 2003 à la situation projetée en 2015 a été traduit en plan d'action opérationnel. Celui-ci

défini, entre autres.

▪ Les Objectifs (OMD liés aux domaines cibles par l'étude

▪ Les activités

▪ La durée

▪ Les périodes (Dates)

▪ Les acteurs

▪ Les moyens

▪ Les coûts

▪ Les indicateurs d'impact

Il importe de noter que la matrice du plan tient compte des activités prévues ou en cours de réalisation dans les programmes pour éviter les doubles emplois générateurs de surcoûts.

Ce rapport d'étape porte sur le diagnostic du secteur de la santé qui devra constituer la base d'élaboration du plan d'action. Il est structuré autour des points suivants :

- une vue d'ensemble de la politique sanitaire du Sénégal qui évoque le contexte national de développement et le contexte sectoriel ;

- des politiques et programmes de santé au Sénégal en cours d'exécution. Il s'agit ici d'identifier les progrès réalisés, leurs tendances par rapport aux OMD sanitaires pour enfin estimer les besoins en ressources humaines, en infrastructures et en moyens financiers nécessaires pour atteindre l'OMD à l'horizon 2015.

PREMIERE PARTIE : DIAGNOSTIC

Chapitre I **VUE D'ENSEMBLE DE LA POLITIQUE SANITAIRE DU SENEGAL**

Section 1 : CONTEXTE NATIONAL DE DEVELOPPEMENT

1.1 Situation géographique, climatique, administrative et politique

Le Sénégal a une superficie de 196 722 km². Il est limité au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la République guinée et la Guinée Bissau, à l'Ouest par la Gambie, et par l'Océan Atlantique sur une façade de 500 km.

Situé à l'extrême du continent africain, dans la dépression sénégal-mauritanienne, le Sénégal présente en général un relief plat. Son territoire se situe pour les trois quarts au Sahel, région qui a connu une pluviométrie inférieure à la moyenne au cours des 40 dernières années. Le pays a un climat tropical semi-désertique.

La saison des pluies est limitée à une mousson saisonnière, durant laquelle les chutes sont plus abondantes dans le sud (plus de 1000 mm de mai à octobre) que dans le nord (moins de 300 mm de juin à septembre). La durée, l'intensité et la répartition saisonnière des pluies en un lieu quelconque varient considérablement d'une année sur l'autre, notamment dans les zones où les chutes sont les plus faibles.

Le pays est subdivisé en 11 régions administratives, dont les chefs- Lieux sont les principales villes (Dakar, Diourbel, Fatick, Fatick, Kolda, Louga, Matam, Saint Louis, Tambacounda, Thiès et Ziguinchor), 34 départements et 320 communautés rurales.

Etat laïc, le Sénégal a un régime présidentiel pluraliste.

La Population du Sénégal compte 9,956 millions d'habitants en 2002 (source : DPS) soit une densité moyenne de 48 habitants au km². La région de Dakar qui occupe 0,3% du territoire national, abrite 22% de la population totale du pays. L'Est est très faiblement peuplé : 11 habitants au km² pour la région de Tamba. Le taux d'urbanisation est de 41% (source : DPS).

1.2 Situation économique et indicateurs clés de développement

Le Sénégal appartient à la catégorie des pays les Moins Avancés (PMA). Le PIB per capita est à 367.622 Fcfa en 2003, soit. Le Sénégal, qui est le pays de l'Afrique de l'Ouest qui bénéficie de l'Aide Publique au Développement le plus important, se situe au 157^{ème} rang sur 175 pays classés sur l'échelle de développement humain du PNUD².

Avec un taux de 6,3% en 2003 (contre 1,1% en 2002), le Sénégal renoue avec la croissance économique. Le PIB courant est de 3723,2 milliards Fcfa en 2003.

L'économie sénégalaise dépend beaucoup du secteur tertiaire dont la part moyenne dans le PIB est de 52,0% entre 2000 et 2003 avec une pointe de 53,4% en 2002. Le commerce reste la branche dominante dans le secteur tertiaire et se situe à près de 18% du PIB.

La part du primaire est relativement tributaire de l'agriculture. Sur la période 2000 et 2003, son poids moyen est de 17,2%. Le Sénégal est encore loin de l'autosuffisance alimentaire : seuls 50% environ des besoins en céréales sont couverts par la production nationale.

L'arachide reste la principale culture de rente, même si la volonté de diversification existe avec le développement de la culture irriguée grâce aux expériences au niveau de la zone du Delta. Les autres filières agricoles concernent le mil, le riz, le manioc, la canne à sucre.

L'élevage souffre aussi de la sécheresse persistante. A l'opposé, la pêche enregistre une forte expansion, et reste le seul sous-secteur où le Sénégal est autosuffisant sur le plan alimentaire.

La part du secteur secondaire dans le PIB est relativement stable. Elle tourne autour de 18% avec une moyenne de 18,4% sur la période 2000-2003. Les Bâtiments et Travaux Publics sont l'activité dominante. Ils contribuent pour 4,3% en moyenne sur la période à la formation du PIB soit 23,1% du secteur secondaire.

Le gouvernement a maintenu un cadre macroéconomique stable avec une maîtrise de l'inflation qui, après avoir augmenté de 2,3% en 2002, a baissé de 0,1% en 2003. Les recettes budgétaires totales recouvrées ont atteint 720 milliards FCFA la même année (soit un accroissement de 55,4 milliards FCFA) et les recettes fiscales se chiffrent à 676,9 milliards FCFA en 2003 (contre 629,2 milliards FCFA en 2002). En 2003 le déficit du solde budgétaire de base est de 1,4% du PIB.

² Le Sénégal a été admis en 2001 dans la catégorie des PMA.

Les avoirs extérieurs nets des institutions financières sont passés de 296,8 milliards en décembre 2002 à 386,5 milliards en décembre 2003. L'encours des crédits intérieurs représente en moyenne 20% du PIB entre 2001 et 2003.

Les importations atteignent 1370 milliards en 2003 (hausse de 0,4% par rapport à 2002) et les exportations ressortent à 656 milliards en 2003 (repli de 0,6% par rapport à 2002).

Les remboursements au titre de l'amortissement de la dette extérieure se situent à 73,9 milliards Fcfa en 2003 contre 81 milliards en 2002 et 64,2 milliards en 2001. Depuis juin 2000, le Sénégal est éligible à l'initiative PPTE de réduction de la dette et a atteint son point d'achèvement en avril 2003. Cette position réconforte le pays, qui pourrait réallouer des ressources publiques en faveur des secteurs sociaux comme la santé.

Le financement intérieur s'est caractérisé par un désengagement de 16,6 milliards en 2003 contre un désengagement de 70,7 milliards l'année précédente.

Les indicateurs clefs de développement se présentent comme suit :

Indicateurs	Valeur	Année
Taux de croissance du PIB réel	6,5	2003
Population (en millions d'habitants)	10	2002
Taux de croissance de la population (en %)	2,4	2003
Espérance de vie à la naissance (en années)	52	1998
Espérance de vie à la naissance chez les Hommes	51	1998
Espérance de vie à la naissance chez les Femmes	53	2002
Stock nominal Dette extérieure/PIB (en %)	64,6	2002
Incidence de la pauvreté sur les ménages (en %)	53,9	2002
Prévalence du VIH /SIDA chez les adultes (en %)	1,51	2003
Population ayant accès à l'eau potable (en %)	88,9	2001
Proportion de malnutrition chez les moins de 5 ans (en %)	20	2000
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	145	2000
Taux de mortalité infanto -juvénile (pour 1000 naissances vivantes)	130	2000
Taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	510	2000
Taux de prévalence du paludisme (en %)	40,7	1999
Taux de prévalence de la tuberculose (en %)	2	2002
Taux brut de scolarisation (TBS) en %	75,8	2002-2003
Indice de parité (Filles/ Garçons) à l'école primaire	0,91	2002

Tableau 1 : Indicateurs de développement au Sénégal (sources : MEF/DPS, OMS et UNICEF)

Section 2 : CONTEXTE SECTORIEL

2.1 Le système de Santé : organisation et politiques de Santé

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale qui comprend :

- A la base, un niveau périphérique appelé District sanitaire constitué de centres de santé et englobant un réseau de postes de santé eux mêmes supervisant les cases et les maternités rurales
- A l'échelon intermédiaire, un niveau stratégique appelé région médicale
- Au sommet, un niveau politique comprenant le cabinet du Ministre, les directions et les services nationaux.

2.1.1 Le district sanitaire

Le district sanitaire constitue une subdivision sanitaire proche des populations, et est placé sous la responsabilité d'un Médecin Chef. Il s'agit du niveau opérationnel de la pyramide sanitaire où s'applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Considérant la pyramide sanitaire, il occupe une place importante car il reprend le niveau opérationnel où s'exécutent beaucoup de programmes de santé de façon intégrée

Le Sénégal compte actuellement 52 districts (pour 57 centres de santé avec le découpage de la région de Matam en 3 districts et la prise en compte de Nénéfécha), qui couvrent en principe une population de 100 000 à 250 000 habitants chacun. Le Médecin Chef de district dirige une équipe cadre composée au minimum d'un superviseur des SSP, d'un superviseur chargé de la santé maternelle et infantile de la planification familiale et d'un superviseur de l'EPS.

Le district comprend entre quinze et vingt postes urbains et/ou ruraux, dirigés par un Infirmier Chef de poste, et constituant la structure sanitaire de base qui couvre une population de 5000 à 10 000 habitants. Le poste de santé rural polarise un réseau de cases de santé et maternités rurales gérées par les ASC et des matrones.

2.1.2 La Région Médicale

La région médicale, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, a pour mission :

- d'assurer l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région

- d'organiser la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé
- d'assister les structures régionales de santé dans leurs tâches d'administration, de gestion et de planification
- d'organiser la formation continue des personnels sanitaires de la région, y compris le personnel communautaire
- d'assurer l'appui des activités des districts sanitaires
- d'assister le traitement statistique des données sanitaires de la région.

Chacune des onze régions médicales est dirigée par un médecin Chef de région placé sous l'autorité administrative du Gouverneur de la région, qui est le représentant du Président de la République et de tous les Ministres dans la région.

2.1.3 Le niveau central

Le niveau central comprend outre le Cabinet du Ministère, les directions et les Services rattachés dont les régions Médicales. Bien que celles-ci soient administrativement rattachées au cabinet du Ministre, l'appui technique leur est assuré par la Direction de la Santé à travers les programmes de Santé pilotés par ses services et Divisions. (cf. annexe2).

2.2 Le système de référence

Il comprend :

- Les postes de santé qui se situent au premier niveau et assurent les soins de base;
- Les centres de santé qui se situent au second niveau et assurent la prise en charge des soins qui ne peuvent pas être menés au niveau des postes;
- Les hôpitaux départementaux et régionaux qui se situent au troisième niveau et dispensent des soins en gynécologie, obstétrique, médecine interne, pédiatrie, chirurgie et éventuellement des spécialités médicales et chirurgicales;
- Les hôpitaux nationaux³, avec notamment les centres hospitaliers universitaires qui constituent le dernier recours.

L'organisation du système de santé et du système de référence obéit au principe réaffirmé dans l'exposé des motifs de la circulaire 1753 du 15 mars 1991, à savoir la fidélité aux axes de la stratégie des soins de santé primaire que sont :

- Le renforcement du premier échelon des services de santé

³ On parle maintenant d'Etablissements Publics de Santé (EPS) depuis la réforme hospitalière

Suivant cette évolution, les dépenses publiques de santé ont souffert des périodes d'ajustement structurel pendant lesquelles les secteurs sociaux ont été durement affectés par la détérioration des finances publiques et le ralentissement de la croissance.

maîtrise de l'inflation.

continue des déficits des finances publiques et de la balance des paiements courants et de moyenne entre 1995 et 2001. Ces résultats ont été réalisés dans un contexte de réduction avec la croissance, le PIB réel ayant augmenté de 2,9% en 1994 et de plus de 5% par an en A la suite de la dévaluation du franc CFA en janvier 1994, l'économie sénégalaise a renoué la mise en place d'un "Plan d'urgence" de restauration des capacités financières de l'Etat. De manière générale, la période 1979-1993 a été marquée, au plan macroéconomique, par un net ralentissement de la croissance en termes réels, voire une contraction en 1993, entraînant

2.3.1. Les dépenses publiques de santé

2.3 Situation de référence en matière de financement

complémentaire de la médecine dite moderne. Bien évidemment, une certaine partie de la population continue encore à recourir à la médecine traditionnelle, d'où la pertinence de continuer à développer ce volet comme dont deux hôpitaux et des services médicaux de garnisons servant aussi les civils. A cela se greffent des structures confessionnelles dont un hôpital, des structures de l'armée d'un hôpital, 24 cliniques privées, 414 cabinets privés et des services médicaux d'entreprise. Le secteur privé, largement concentré à Dakar, joue également un rôle important. Il dispose de l'amélioration des indicateurs de santé.

L'amélioration de l'accès des soins de qualité aux pauvres est la condition première pour une accessibilité inégale des populations aux soins, particulièrement les plus pauvres. Or la couverture en infrastructures sanitaires accentuée par le déficit en personnel. Cela entraîne pour compenser les effets de la croissance démographique. Ainsi, on observe une baisse de la Les efforts importants consentis pour la réalisation d'infrastructures nouvelles n'ont pas suffi

services rendus par le premier échelon.

- Le développement des services de santé selon une approche participative
- La réorientation des activités hospitalières vers plus de technicité en complément des

Les dépenses publiques de santé se sont par la suite améliorées au cours des dernières années, mais restent insuffisantes. En effet, la proportion des dépenses publiques totales (intégrant les dépenses d'investissement et de fonctionnement) par rapport au PIB est inférieure à 2% de 1995 à 2002.

Les dépenses réelles de santé ont crû dans une proportion nettement moins importante que la croissance de la richesse nationale. Les incidences ont été négatives sur le secteur de la santé et sur les revenus des ruraux, dont une grande partie compense les déficits d'intervention publique de santé.

Tableau 2 : Evolution des masses budgétaires - en millions de Fcfa - (Source : MEF/DPS)

Années	Budget national (a)	Budget santé (b)	(b) / (a)	Cap par rapport à la norme OMS
1995	247 500	16 706	6,7%	2,3%
1996	258 600	18 758	7,3%	1,7%
1997	257 100	19 879	7,7%	1,3%
1998	267 600	17 695	6,6%	2,4%
1999	295 600	20 623	7,0%	2%
2000	321 840	23 381	7,3%	1,7%
2001	567 100	26 105	4,6%	4,4%
2002	564 000	27405	4,8%	4,2%

L'évolution des masses budgétaires révèle ainsi que le ratio Budget santé / Budget Etat n'a pas atteint les 9% fixés par l'OMS, à fortiori les 15% recommandés par les Chefs d'Etat africains à Abuja. Sur la période, il y a un gap avec qui s'élargit à partir de 2000. Mais le Sénégal a accompli par la suite des efforts le conduisant à dépasser la norme de l'OMS : la part de la santé dans le budget global est de 9,5% en 2003 et devrait atteindre 10% du budget national en 2005.

2.3.2 Evolution de la structure des dépenses de santé

Depuis la mise en œuvre du PDIS en 1998, les dépenses totales de la santé connaissent une tendance à la hausse. Elles passent à 104,4 milliards en 2003 contre 31,7 milliards en 1997. Ces dépenses se composent essentiellement des dépenses d'investissement, des dépenses de fonctionnement et des dépenses de personnel.

Rubrique économique	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Investissement	7 915 440	8 803 140	11 783 060	13 952 784	22 216 248	24 016 501
Fonctionnement	15 514 263	17 389 034	26 834 060	31 103 679	36 056 902	45 346 848
Personnel	8 232 058	11 170 768	13 596 550	16 456 081	17 873 604	23 260 035
Total	31 661 761	37 362 941	52 213 670	61 512 543	76 146 754	92 623 384

Tableau 3 : Dépenses réelles - en milliers Fcfa - par rubrique économique (Source : MGP-Afrique déc. 2003)

- Les dépenses de fonctionnement incluent le budget de l'Etat, les fonds de dotation, la contribution des comptes de santé et des collectivités locales destinée au fonctionnement régulier des services, à l'entretien et à la maintenance des infrastructures.

- Les investissements comprennent l'ensemble des dépenses de l'Etat et des partenaires consacrées à l'investissement, à la prise en charge des dépenses d'accompagnement liées aux investissements et les dépenses d'investissement des comités de santé et des collectivités locales.

- La rubrique « Personnel » prend en compte l'ensemble des dépenses de personnel de l'Etat, des collectivités et des populations. Elles sont essentiellement constituées des salaires, des charges sociales ainsi que des indemnités.

Le fonctionnement est ainsi le principal bénéficiaire du budget, au détriment de l'investissement. C'est un signe de danger pour la cohérence : le pays investit relativement peu en infrastructures de santé et alloue la moitié du budget aux dépenses de fonctionnement.

L'ensemble de ces dépenses obéit à la structure suivante sur la période 1997-2002 :

La faiblesse des taux de fréquentation peut être rapprochée du niveau de couverture par les recettes des comités de santé.

L'atteinte des OMD de santé exige une réorientation du budget en faveur du district, l'unité la plus opérationnelle du dispositif de santé.

Par conséquent, ces populations jugent et apprécient d'abord la performance du système de santé publique à travers le prisme de l'activité de ces districts selon leur accessibilité, elle-même liée à diverses raisons (économique, géographique ou autres).

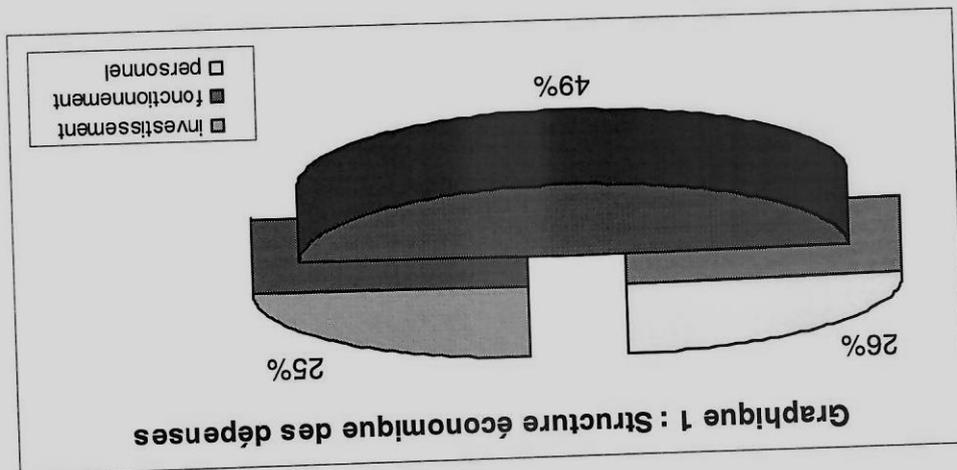
- c'est à ce niveau que sont dispensés les soins de santé primaire (SSP)
- les districts, grâce aux structures dont ils supervisent l'activité représentent le niveau de l'organisation de la santé le plus fréquenté
- les populations démunies ont leur premier contact avec le système de santé publique via les structures du district.

principales raisons suivantes :

sanitaire est l'unité opérationnelle dont l'activité a plus d'impact sur la pauvreté pour les endémiques. Les efforts déployés ont surtout profité au niveau central alors que le district primaires. Cette situation constitue un handicap majeur pour lutter contre les maladies

Les dépenses de santé sont orientées vers le niveau tertiaire au détriment des soins de santé collectives locales.

On constate que les dépenses d'exploitation (personnel et fonctionnement) représentent sur la période 3/4 du total des dépenses publiques de santé, le restant concerne la prise en charge des dépenses d'accompagnement et les dépenses d'investissement des comités de santé et des collectivités locales.



Rubriques	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Recettes	1455005	3410924	4012553	4763780	5393108	6907305
Dépenses	19250350	23000626	31349087	3552945	43403650	53499266
Dépenses/Recettes	13,23	6,74	7,81	7,46	8,05	7,75

Tableau 4 : Recettes des comités de santé / Dépenses des districts correspondantes en milliers de FCFA

(Source : Enquête MGP-Afrique déc. 2003)

Ce tableau prouve qu'en dépit de l'effort des populations pour participer aux financements des districts, le taux de couverture des dépenses par les recettes demeure encore faible. Les contributions des comités de santé ne couvrent qu'environ 15% des charges du district. Ce taux de couverture n'est pas linéaire selon les régions, variant de 19% à Dakar à 5% à Fatick.

2.3.3 Sources de financement de la santé : approche globale

Les dépenses de santé ont atteint un niveau tel que l'Etat n'est plus en mesure de les assumer totalement. L'appui des partenaires (extérieurs et privé national), la participation des populations -depuis 1980-, en particulier dans le cadre des Soins de Santé Primaires, et les ressources provenant des structures décentralisées sont les sources de financement de la santé.

Sources	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Total
Etat	18485842	20764791	27014470	29637743	37092654	42610284	175.605.784
Collectivités locales	1575749	1773350	1575100	120000	1317900	4316700	11.378.799
Populations	3038170	5806700	6188500	7822200	11415000	17869500	52.140.870
Partenaires	8562000	9018100	17435600	23232600	26321200	27826900	112.396.400
Total	31661761	37362941	52213670	61512543	76146754	92623384	351.521.023

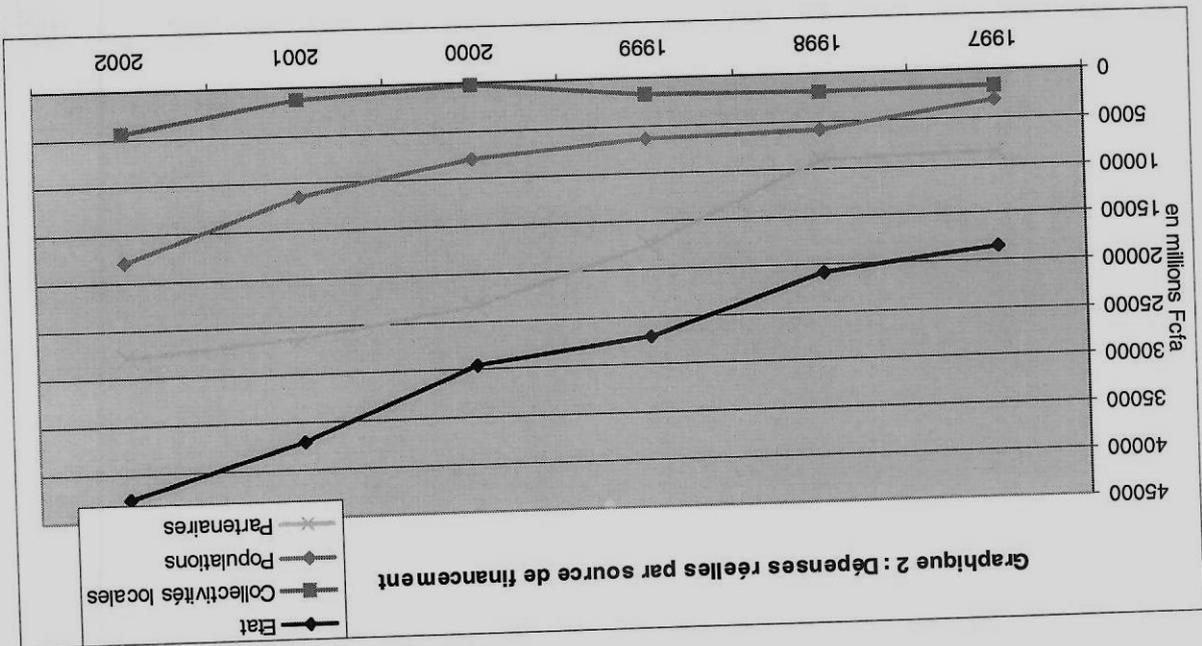
Tableau 5 : Dépenses réelles de santé par source et par année -en milliers de Fcfa- au Sénégal (Sources :

MGP-Afrique déc. 2003)

Il est ainsi mis en relief l'importance du poids relatif de l'Etat (50,2%), essentiellement à cause du budget de fonctionnement. La partie du budget du Trésor acheminée à travers des collectivités locales est encore modeste sur la période : 3,2%.

La contribution des partenaires est aussi appréciable (3,6%), mais plus du tiers de leur apport est constitué de crédits que le Trésor doit rembourser à un moment donné. Pour cette raison, cette partie constituée de crédits peut être considérée aussi comme une contribution du Trésor, bien que les conditions de remboursement soient souvent assez douces.

La part des populations n'est pas négligeable⁴ (16,2%), et elle peut même s'apprécier car ce taux n'intègre pas les informations sur le « paiement de poche » au niveau du secteur privé.



Le secteur a enregistré un afflux important de fonds lors de la période 2000-2002. Le budget total annuel s'est accru de 21,7% en 2001 et 22% en 2002. Cela s'explique surtout par la croissance de la participation des populations dont la part atteint le quart des dépenses, et du budget d'investissement du Trésor avec une contribution qui a quasiment doublé entre 2000 et 2002. Bien que la contribution des partenaires ait augmenté, son accroissement marginal n'a pas suivi le rythme d'amélioration des financements de l'Etat et des populations. Le poids des partenaires passe de 27,1% à 18,3%, et devient inférieur aux contributions des populations.

2.3.4 Analyse spécifique des interventions

2.3.4.1 Selon les sources de financement

L'Etat et les bailleurs de fonds sont les principaux pourvoyeurs de fonds et ils interviennent dans plusieurs domaines sanitaires notamment dans les services, la surveillance

⁴ Le nombre de mutuelles fonctionnelles est passé de 7 au début du PDIS à 139 en 2003 (source : DPS)

Le renforcement de la santé de la reproduction...
épidémiologique, l'appui institutionnel, le développement des ressources humaines, le

L'orientation stratégique relative à l'accessibilité des services bénéficie de 15,84% des ressources du budget 2003. Ces sommes sont consacrées à la construction de nouveaux postes de santé en zones rurales, à la réhabilitation de postes de santé et aux travaux de construction de centres de santé et d'hôpitaux.

Les partenaires extérieurs ont alloué en 2003 un peu plus de la moitié des financements (51,24%) à l'amélioration de l'accessibilité des services. L'essentiel des partenaires y investissent. Les principaux bailleurs de fonds de cette orientation sont la Banque Mondiale, l'USAID, la BAD, l'OMS, l'Espagne, le Fonds Saoudien.

Le renforcement de la surveillance épidémiologique dispose de 14% des ressources du budget global, 11% du BCI et 3% des dépenses de fonctionnement. Ces ressources sont consacrées à l'acquisition de moustiquaires imprégnées, à l'achat des ARV destinés aux sidéens, à l'achat de médicaments et de réactifs dans le cadre de la prise en charge des IST/SIDA, la mise en œuvre du programme Hépatite B et du Programme de Lutte contre les Maladies Endémiques qui prend en charge le PEV, la lutte contre la bilharziose... Ces actions ont, pour l'essentiel, une envergure nationale.

Le renforcement de la surveillance épidémiologique est, après le volet relatif à la qualité, la troisième destination des soutiens extérieurs avec 20,66%. Les principaux partenaires - qui y consacrent l'essentiel de leurs apports - sont : l'UNICEF, l'ONUSIDA, l'ACDI. D'autres bailleurs interviennent : la Banque Mondiale, l'USAID, l'Union Européenne et le PNUD pour l'essentiel des contributions.

Pour 2003, moins de 1% des ressources du secteur sont consacrées à la **promotion des mesures d'hygiène**. Cette part de ressources va principalement aux activités des structures qui assurent la promotion de l'hygiène et de la propreté aux niveaux individuels et collectifs. Cette orientation n'attire pas beaucoup de financements (3,45%) comparativement aux autres du fait certainement de sa similarité avec le volet relatif à la qualité. Le fonds Nordique reste le principal bailleur de cet axe stratégique de la politique nationale de santé.

Les montants consacrés au **renforcement de l'appui institutionnel** représentent 7% des dépenses globales pour l'année considérée. Ces ressources sont destinées aux activités d'encadrement, de pilotage stratégique, de gestion des structures sanitaires et des programmes de santé.

Les partenaires extérieurs peut être classés en trois catégories : ceux qui interviennent dans la totalité des régions (Canada, USAID, CHINE, et l'OMS); ceux qui ont une présence dans plus de la moitié des régions : UNICEF (7), et enfin, les partenaires dont l'intervention est

Partenaires extérieurs **2.3.4.2.1 Le niveau de décentralisation des interventions des**

L'analyse régionale des financements permet d'analyser le niveau de dispersion géographique et le degré de décentralisation des interventions selon la source de financement.

2.3.4.2 Selon la région

L'appui au programme de **renforcement de la santé de la reproduction** (2%) concerne essentiellement l'achat de matériel médico-techniques de laboratoires et la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence.

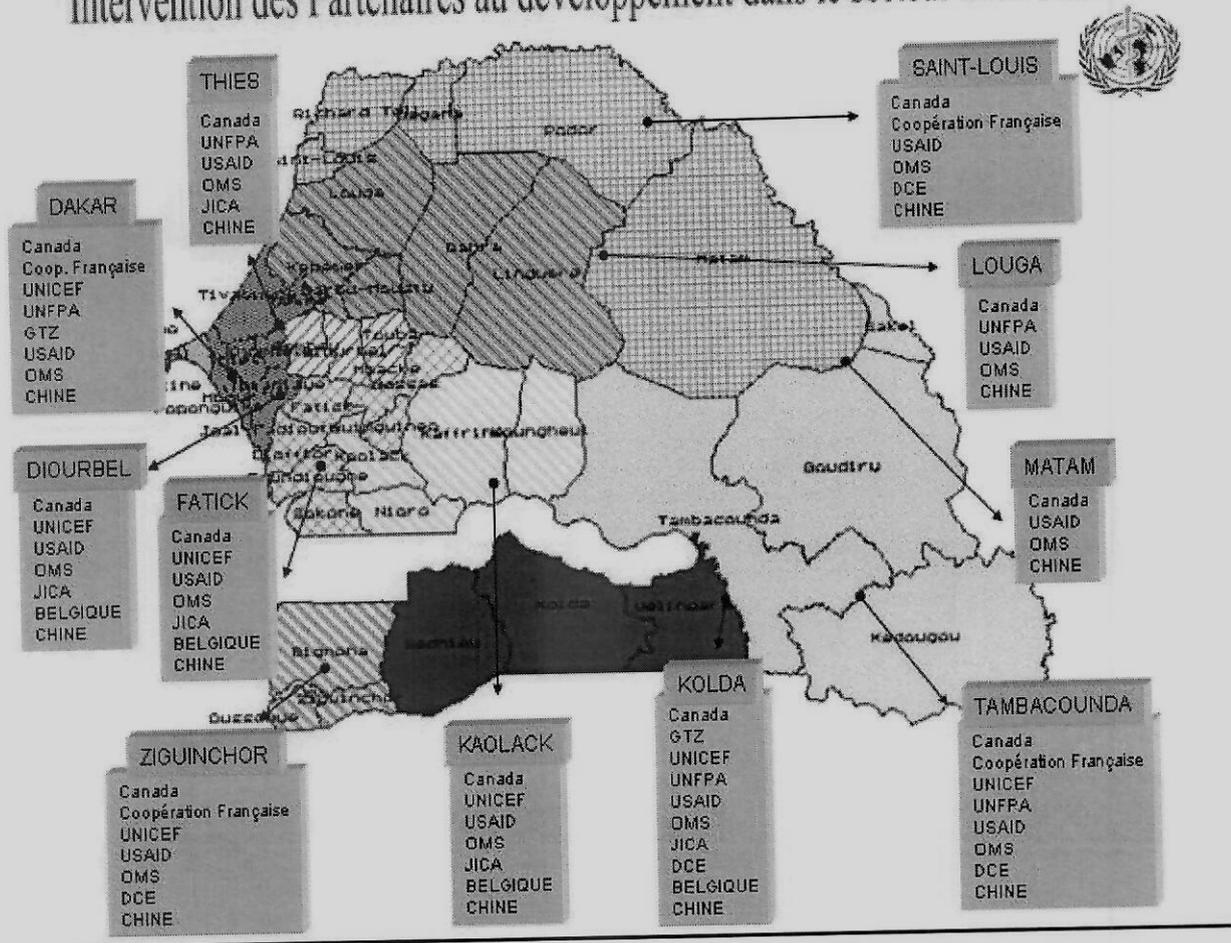
Le **développement des Ressources Humaines** bénéficie de 23% du budget. Les dépenses inscrites au titre du BCI (3%) pour cette orientation stratégique sont destinées pour l'essentiel à la mise en place des centres régionaux de formation à Saint Louis, Fatick et Tamba. Les dépenses de personnel qui prennent en compte la formation et l'encadrement des ressources humaines représentent 20% des ressources. Le Japon en est le principal pourvoyeur de fonds.

L'orientation stratégique relative aux **réformes** dispose de 19% des fonds du budget 2003, 14% des dépenses de fonctionnement et 5% de l'enveloppe du BCI. Les dépenses entreprises cette année entrent dans le cadre de la réalisation des projets d'établissements des Centres Hospitaliers. Il s'agit essentiellement de travaux de génie et d'équipements médico-techniques destinés à accroître les capacités d'accueil et améliorer la qualité des prestations dans ces structures qui sont érigées en établissement publics de santé.

Une enveloppe représentant 18% du budget global et 21,43% des apports des partenaires extérieurs est consacrée à **l'amélioration de la qualité des soins**. Cette rubrique bénéficie de en 2003 de 7% des ressources inscrites dans le BCI et 10% des dépenses de fonctionnement (hors personnel). Ces sommes sont destinées à l'acquisition d'ambulances dans les régions périphériques, de vedettes dans les zones insulaires, à l'acquisition d'équipements et de matériels médicaux spécialisés, à l'entretien et à la maintenance des infrastructures et équipements sanitaires. L'USAID, la Banque Mondiale et la BAD en constituent les principaux bailleurs de fonds.

limitée à un nombre réduit de régions : UNFPA (5), JICA (5), Coopération Française (4), Belgique (4), DCE (3) et GTZ (2).

Graphique 3 : Sources, OMS 2003
Intervention des Partenaires au développement dans le secteur de la Santé



La présence active des partenaires au développement dans toutes les régions du Sénégal est à consolider pour l'atteinte des OMD. L'Etat doit présenter à chaque partenaire impliqué ou non dans le processus d'atteinte des OMD une feuille de route pour la réalisation de ces objectifs. Mais la coordination s'impose aussi.

En effet, la coordination des partenaires extérieurs a été l'un des points forts de la première phase du PDIS. Le Ministère de l'Economie et des Finances accompagne le Ministère de la Santé et de la Prévention dans ce domaine.

2.3.4.2.2 Le niveau de décentralisation de l'action des collectivités locales

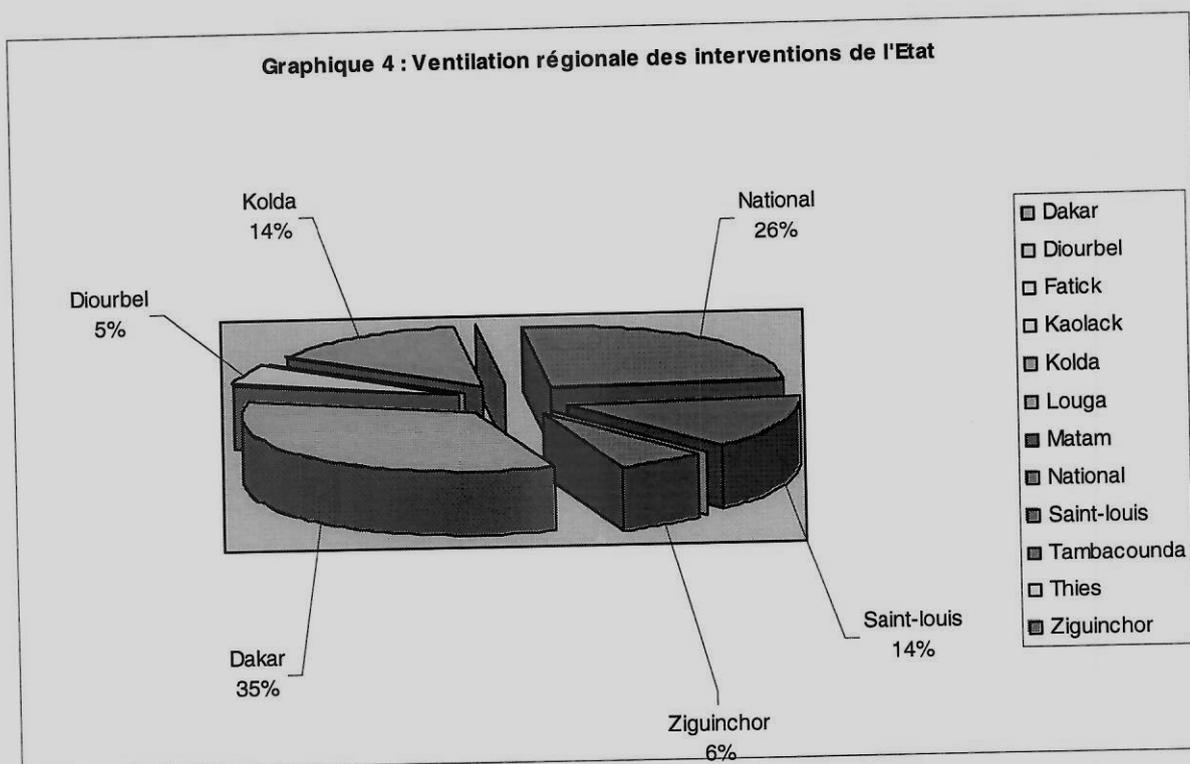
Le niveau d'intervention des collectivités locales est fortement tributaire des ressources financières dont elles disposent. C'est ainsi que la région de Dakar est de loin la première

destinataire des interventions dans ce domaine avec 87,24%, plus que proportionnellement à son poids démographique.

Suivent dans l'ordre Diourbel (4,29%), Kaolack (2,09%), Louga (1,89%), Thiès (1,22%) et Kolda (1,08%). Chacune des autres régions a moins de 1% du total des financements.

2.3.4.2.3 Le niveau de décentralisation des interventions de l'Etat

Les interventions de l'Etat semblent plus équilibrées, du fait que les disparités sont atténuées par le caractère national du quart des interventions étatiques.



La région de Dakar demeure la première bénéficiaire des interventions, ce qui justifie dans une certaine mesure ses faibles taux de mortalité maternelle, infanto-juvénile et infantile par rapport aux autres régions. Si le déséquilibre n'est pas corrigé d'ici 2015, les performances se limiteront seulement à Dakar, ce qui pourrait compromettre les résultats au niveau national.

Le paquet de distribution doit être plus équitable (au sens du poids relatif de la population) entre les régions. Cette nouvelle approche permettrait d'avoir une moyenne nationale jugée acceptable pour l'atteinte des O.M.D.

2.3.5 L'utilisation du budget pour la santé

Le constat déjà établi, selon lequel les dépenses de santé allouées par l'Etat profitent plus aux hôpitaux, est conforté par les données suivantes :

Niveau	1991	2002	Total 1998-2002
District	2.001.662.610	3.309.648.655	32.014.414.269
Hôpitaux	2.112.848.898	7.772.170.159	22.723.539.544
Total	4.114.511.508	11.161.818.814	137.808.070

Tableau 6 : Répartition des ressources (en Fcfa) de l'Etat par année entre les hôpitaux et les Districts

(Source : Statistiques sanitaires et démographiques 1996 et Résultats enquêtes évaluation PDIS 2003)

En s'intéressant à la dotation individuelle, on constate que le budget de l'Etat par habitant est en augmentation lors de la première phase du PDIS : de 220 F CFA à 333 F CFA.

Le budget par habitant n'est cependant pas homogène selon les régions. Ainsi, les régions de Dakar et de Kaolack ont un montant par habitant inférieur à la moyenne nationale durant toute la première phase du PDIS. En revanche, les régions de Fatick, Louga, Saint Louis, Tamba et Thiès, disposent d'une dotation individuelle supérieure à la moyenne nationale. Nous pouvons en déduire l'absence d'équité horizontale dans le financement par habitant des districts sanitaires -les conditions régionales ne sont pas certainement pas identiques-.

2.4 Situation sanitaire

En dépit des efforts déployés, la situation sanitaire reste encore peu reluisante, compte tenu de la précarité en matière d'hygiène, d'assainissement mais surtout par rapport à la disponibilité et à l'accessibilité des soins.

2.4.1 Etat épidémiologique

Le taux de mortalité au Sénégal est estimé à 18 pour mille en 1999 (données les plus récentes) tandis que l'espérance de vie à la naissance enregistre une moyenne de 51 ans pour les hommes et 53 ans pour les femmes.

La mortalité des enfants reste élevée du fait notamment des maladies diarrhéiques, de la malnutrition, des maladies cibles du PEV et du paludisme.

Par ailleurs, le Sénégal est sur la voie de l'éradication de la polio conformément à l'objectif fixé par l'OMS grâce aux efforts accrus dans la vaccination.

Sénégal sur les coûts des traitements par les ARV. L'équipement des laboratoires et banques de sang. Une baisse de près de 90% a été obtenue par le sensibilisation et d'information, la formation du personnel de santé et d'autres acteurs et maladies sexuellement transmissibles se poursuit par le développement des activités de n°11 de surveillance du VIH, sept. 2004). Le renforcement de la lutte contre le SIDA et les Le taux de séroprévalence chez les adultes est à 1,51% en 2003 (Bulletin sero-épidémiologique

planification familiale.

La prévalence contraceptive est encore faible avec un taux de 8,1% (EDS III) malgré les importantes actions menées au niveau de la sensibilisation grâce aux programmes de

bénéficiaire de soins prénatals dispensés par du personnel qualifié. note que seulement 48% des accouchements ont lieu dans un service de santé et 82% ont niveau d'instruction Les femmes rurales ou alphabètes sont les plus exposées à ce fléau. On et les grossesses précoces... Le risque obstétrical varie selon le milieu de résidence ou le la forte proportion des accouchements non assistés, les intervalles intergénéralités rapprochés, maternité et à la grossesse. L'explication tient à la faible couverture en consultation prénatale, Le taux de mortalité maternelle au Sénégal montre l'importance du risque obstétrical lié à la

est passé de 47% en 1992 à 51% en 1996 et 67% en 2002 (source : Revue PNDS, juil.2004). Dans le domaine de la vaccination, le taux de couverture des enfants complètement vaccinés

d'insuffisance pondérale et 6,7% d'émaciation.

l'EDS II (1992) montrent que 22,9% des enfants souffrent de malnutrition chronique, 22,3% éléments minéraux en rapport avec les croyances et les habitudes alimentaires. Les résultats de aigus ou chroniques de calories, de protéines ou de micro-nutriments, tels que les vitamines et les La situation nutritionnelle des enfants reste également préoccupante en raison des déficits de mortalité infantile, juvénile et infantile avec respectivement 70%, 81% et 145%.

légère hausse de la mortalité juvénile. Le MICS de 2000 confirme cette évolution des niveaux juvénile. La mortalité infantile a stagné entre 1992 et 1997, alors qu'il a été enregistré une mortalité infantile, 76,5% pour la mortalité juvénile et 140% pour la mortalité infantile- D'après l'EDS III (1997), les quotients de mortalité des enfants s'établissent à 68% pour la

Dans la lutte contre le ver de Guinée, des résultats encourageants ont été obtenus. Aucun cas n'a été observé en 2000.

Des foyers épisodiques de méningite ont été observés ces dernières années. Il a été dénombré néanmoins 6870 cas en 20.. avec des taux de létalité de 10%.

Le taux de prévalence de la lèpre est de 0,51 pour 10.000 habitants (seuil d'élimination fixé à 1 pour 10.000 habitants) avec 10,4% des malades qui sont atteints d'infirmité de degré 2.

2.4.2 Infrastructures et équipements

2.4.2.1 Couverture en hôpitaux

Face au croît démographique, l'augmentation des infrastructures n'a pas pu suivre, et leur répartition spatiale reste assez déséquilibrée. Le Sénégal dispose actuellement de 19 hôpitaux opérationnels dont 18 publics et 1 privé (hôpital Saint Jean de Dieu de Thiès).

Dakar concentre 40% des hôpitaux du pays pour 23% de la population totale. Des infrastructures sanitaires y sont en construction dans les hôpitaux de Fann (neurochirurgie) et Le Dantec (chirurgie cardiaque).

Certaines régions comme Diourbel, Louga et Tambacounda ont un besoin urgent de création de services spécialisés tels que la Pédiatrie, l'Ophtalmologie et l'O.R.L.

Les travaux des hôpitaux de Ziguinchor, Kolda, Fatick et Khombole sont achevés mais ces infrastructures ne sont pas encore fonctionnelles.

La couverture passive au Sénégal reste encore loin de la norme fixée par l'OMS (un hôpital pour 150.000 habitants). Ce qu'illustre le tableau suivant.

Région	Année 1998	Année 2002
Dakar	360801	416.421
Diourbel	889571	1205059
Fatick	Nd	649152
Kaolack	1047877	1155748
Kolda	Nd	849694
Louga	545793	563219
St Louis	270134	291610
Ziguinchor	517144	571553
Sénégal	478806	542603

Tableau 7 : Evolution de la desserte en hôpitaux (Source : Enquête Evaluation PRDS/PDDS 2003)

Cependant, la recommandation internationale a été adaptée au contexte local, ce qui a permis de dégager des besoins nationaux ainsi qu'exprimés dans le PDIS. Ce programme a ainsi permis de construire quatre hôpitaux dont un à Dakar à la place des deux prévus en 1998⁵, sans compter les réhabilitations importantes au niveau des hôpitaux du CHU.

En outre, l'approbation de sept (07)⁶ projets d'établissement a conduit à des négociations avec les partenaires au développement, qui ont pris des engagements fermes pour financer partiellement ou totalement la construction-réhabilitation de six hôpitaux dont deux nouveaux (Matam et Dalal Diam).

2.4.2.2 Couverture en centres de santé

Le Sénégal dispose de 54 centres de santé fonctionnels, répartis en centres de santé secondaires dépourvus de blocs opératoires (84%) et en centres de référence dotés d'une unité chirurgicale (16%). Les blocs opératoires sont peu fonctionnels en raison du manque de personnel et parfois d'équipements. Bien que 78% des centres soient situés à moins de 50 kilomètres d'une unité chirurgicale d'un hôpital (national, régional ou départemental), des efforts restent encore à faire pour la prise en charge des urgences chirurgicales.

La desserte est passée entre 1998 et 2003 d'un centre de santé pour 168.496 habitants à un centre de santé pour 177.680 habitants, ce qui est en deçà de l'objectif du PDIS (1 CS/160.000 habitants) et de la norme OMS (1CS/50.000 habitants). Ce niveau de couverture qui varie en fonction des unités territoriales a connu une dégradation dans toutes les régions entre 1998 (date de démarrage du PDIS) et 2002 (fin de la 1^{ère} phase du PDIS).

Les régions de Diourbel, Kaolack et de Kolda ont les niveaux de couverture les plus faibles, Fatick et Louga les plus satisfaisants, et même meilleurs que le ratio préconisé par le PDIS.

Cependant, la desserte en centres de santé peut être largement revue à la hausse si l'on tient compte de l'apport des cabinets médicaux privés et des cliniques privées qui, à quelques exceptions près, offrent les mêmes types de soins que les centres de santé.

2.4.2.3 Couverture en postes de santé

Le nombre de postes de santé a augmenté depuis 1993, et ils passent de 768 en 1996 à 888 en 2003 (soit un poste de santé pour 11.405 habitants en 2003). Ce ratio avoisine la norme OMS (1 poste de santé pour 10 000 habitants).

⁵ La base de l'objectif du PDIS est "une région, un hôpital"

⁶ Il s'agira ensuite de se pencher sur les autres projets d'établissements

Le taux de réalisation pour les nouvelles créations de postes de santé sous la première phase du PNDS est d'environ 26% en 2004 -sur les 245 postes de santé initialement prévus- (source : Revus PNDS, juil. 2004).

Le rayon d'action moyen, qui renseigne sur l'accessibilité théorique d'un poste de santé, est actuellement inférieur à 9,3 Km pour l'ensemble du pays avec cependant de grandes disparités régionales, passant de 1,5 Km à Dakar, à 15,5 Km dans la région de Tamba (norme OMS : 5km). Il faut noter que 90% de la population réside à moins de 5km d'un poste de santé (source : DPS).

A ces structures s'ajoutent 10 secteurs des grandes endémies, un service national d'hygiène avec 10 brigades régionales et trente sous brigades départementales, soixante six centres de SMI/PF, un centre national d'appareillage et d'orthopédie, un centre d'éducation et de réadaptation pour enfants handicapés physiques et un centre national de transfusion sanguine.

A côté du manque de postes de santé, il est à déplorer la vétusté de ces structures -qui nécessitent une réhabilitation- et la faiblesse du plateau technique des centres de santé, notamment ceux servant de référence pour abriter des blocs opératoires prévus dans le cadre du renforcement de la prise en charge des urgences obstétricales. La fonctionnalité des postes de santé reste ainsi caractérisée par le vieillissement, le non-respect du système de référence, le manque de matériel d'entretien, de consommables et le déficit crucial en personnel.

De nouvelles réformes sont inscrites sur l'agenda du PDIS et concernent l'organisation du Ministère de la Santé, le sous secteur hospitalier, le sous secteur de la pharmacie et du médicament et le financement de la santé.

- Les réformes institutionnelles sont en cours dans un souci de coordination et d'intégration des services avec une nouvelle organisation du ministère de la Santé par la création de nouvelles directions (DERF, DES) et le renforcement des capacités des anciennes (DAGE).
- Dans le cadre de la réforme hospitalière, six hôpitaux ont été érigés en Etablissements Publics de Santé et la PNA en EPS non hospitaliers. Il faut déplorer le fonctionnement encore timide des structures, le retard dans l'élaboration des projets d'établissement qui devront permettre une meilleure planification stratégique.
- Dans le secteur de la pharmacie et du médicament, l'utilisation de médicaments génériques dans le secteur privé et la priorité qui leur est accordée en conditionnement hospitalier se poursuivent. Ce qui a permis de baisser sensiblement les coûts des

Tableau 8 : Ratio personnel de santé/population (source : DSD/MSPH, DPS/MBF)

Domaines	Ratio au Sénégal (2003)	Normes de l'OMS
Médecin	1/10.047 habitants	1/ 5000 à 100000 habitants
Infirmiers d'Etat	1/ 4616	1 / 300 habitants
Sages femmes	1 / 16127	1 / 300 FAR

Face à l'importance du déficit en personnel, l'Etat a engagé à la fois une politique de recrutement -250 agents par an depuis 1998- et de formation permanente. Ces efforts restent insuffisants en raison des nombreux départs et des besoins en personnels induits par la création de nouvelles infrastructures. Pourtant les comités de santé ont recruté 2.417 agents, contre seulement 516 agents pour les collectivités locales.

Les déficits sont encore plus criards pour les spécialités. Dakar et les grandes villes concentrent l'essentiel des agents surtout les infirmiers et les sages-femmes, ce qui entraîne un dysfonctionnement de la pyramide sanitaire et accentue les évacuations vers ces zones. Il en résulte un engorgement des structures, de la capitale en particulier, qui débouche sur une baisse de la qualité des services et un délaissement des structures de référence régionales.

Le système de santé au Sénégal souffre également d'un déficit permanent de personnel qui le met en deçà des normes requises. L'effectif réel du personnel qualifié (médecins, sages-femmes, infirmiers, techniciens supérieurs, agents d'hygiène) est inégalement réparti. Plus de la moitié de ces professionnels exercent dans les districts de deux régions que sont Dakar et Thiès avec 52% des médecins, 69% des sages-femmes et 31% des infirmiers. Le déficit en spécialistes comme les gynécologues, les pédiatres et les anesthésistes est plus marqué en zone rurale et dans les centres de santé.

2.4.2.4 Personnel de santé

Le système de santé au Sénégal souffre également d'un déficit permanent de personnel qui le met en deçà des normes requises. L'effectif réel du personnel qualifié (médecins, sages-femmes, infirmiers, techniciens supérieurs, agents d'hygiène) est inégalement réparti. Plus de la moitié de ces professionnels exercent dans les districts de deux régions que sont Dakar et Thiès avec 52% des médecins, 69% des sages-femmes et 31% des infirmiers. Le déficit en spécialistes comme les gynécologues, les pédiatres et les anesthésistes est plus marqué en zone rurale et dans les centres de santé.

ainsi que deux nouveaux dépôts de médicaments en zone rurale. Mais des lenteurs existent dans l'utilisation des médicaments essentiels génériques dans le privé.

- S'agissant du financement de la santé, il est à saluer la promulgation de la loi sur la mutualité. Il faut en même temps déplorer l'insuffisance du financement des projets d'établissement. Les subventions de l'Etat ne sont pas corrélées à des objectifs définis conjointement. En plus, le rôle de référence de l'hôpital pour le niveau intermédiaire n'est pas suffisamment systématisé.

POLITIQUES ET PROGRAMMES DE SANTE AU SENEGAL : UN PROCESSUS DE PRISE EN COMPTE DES OMD ENCORE LIMITE

Chapitre 2 :

En 1994 déjà, l'Etat a procédé au découpage du territoire national en 50 zones opérationnelles appelées districts, qui vise à permettre un renforcement de la planification à la base afin d'harmoniser les actions en matière de santé sur le plan national. Ces zones opérationnelles comprennent chacune au minimum un centre de santé. Au niveau régional, la structure de coordination est la région médicale.

L'élaboration d'un PNDS a permis de construire une vision prospective pour l'évolution du secteur de la santé et de l'action sociale sur la période 1998-2007. Les principales orientations retenues par le PNDS portent sur : (i) les réformes institutionnelles; (ii) l'amélioration de l'accès aux services; (iii) l'amélioration de la qualité des services; (iv) le développement des ressources humaines; (v) l'amélioration de la performance des programmes de santé de la reproduction; (vi) le renforcement de la surveillance épidémiologique et du contrôle des grandes endémies; (vii) la promotion des mesures d'hygiène de protection individuelle et collective; (viii) l'appui au secteur privé et à la médecine traditionnelle; (ix) le développement de la recherche opérationnelle en santé; (x) l'amélioration du cadre de vie des familles démunies et des groupes sociaux vulnérables; (xi) l'appui institutionnel.

La mise en œuvre de l'approche programme permet une plus grande rationalisation dans la mobilisation et l'utilisation des ressources affectées au programme de santé. L'existence de manuel de procédures comptables et de gestion, le renforcement du rôle de la Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE) dans la gestion des fonds, la décentralisation de la gestion au niveau régional et le développement de la contractualisation avec les ONG et l'AGETIP ont constitué des avancées significatives dans la mise en œuvre. Dans le cadre du financement alternatif, de nouveaux textes organisant les comités de santé ont été élaborés. Parallèlement, le développement des mutuelles de santé se poursuit pour permettre en particulier aux populations les plus démunies d'accéder à une meilleure couverture sanitaire.

Outre le PDIS, plusieurs programmes de santé dont la plupart concerne la promotion de la santé maternelle et infantile sont en cours d'exécution. Il s'agit du Programme Élargi de Vaccination, du Programme National (PN) de Lutte contre Maladies Diarrhéiques, du

Programme de Surveillance Nutritionnelle et Pondérale des enfants, du Programme relatif à la Santé de la reproduction, du Programme National de Planification Familiale, du Programme de Lutte contre la Mortalité Maternelle, du Programme National de Lutte contre MST/Sida, du Programme de Santé Maternelle et Infantile, du Programme National lutte contre Paludisme, Programme National contre la Tuberculose...

Section 1 LA MORTALITE INFANTO-JUVENILE

1.1 Situation de référence

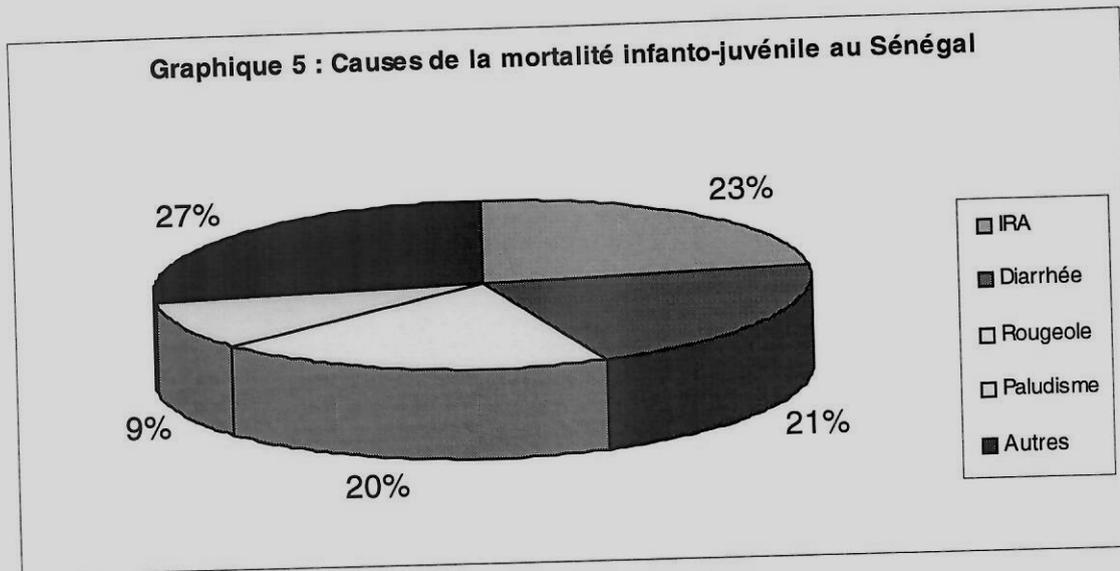
Le taux de mortalité infantile est la probabilité de mourir avant le premier anniversaire, le taux de mortalité infanto-juvénile la probabilité de mourir avant le cinquième anniversaire. Ils constituent un indicateur de progrès social.

Aujourd'hui l'enfant sénégalais a beaucoup moins de chances de mourir avant son cinquième anniversaire que par le passé : de 1986 à 1999, le quotient de mortalité infanto-juvénile a subi une baisse importante, passant de 210‰ à 145‰, soit une baisse en valeur relative de 31%. Plus spécifiquement, les taux en 1999 sont de 70,1‰ pour la mortalité infantile, 80,9‰ pour la mortalité juvénile et 145‰ pour la mortalité infanto-juvénile. Ces taux, bien qu'encore élevés, se situent néanmoins en dessous des ratios régionaux : la moyenne en Afrique subsaharienne atteint 175‰ et pour l'ensemble du continent, elle est de 151‰ (Source : UNICEF).

Sources de données	Mortalité infantile	Mortalité infanto-juvénile
ESIS 1999/2000	70,1	145,3
EDSIII 1997	69,4	139,3
EOI 1996	60,0	154
EDSII 1992	76,0	156,7

Tableau 9 : Aperçu des tendances observées depuis 1992.

La malnutrition, les maladies diarrhéiques, le paludisme et les insuffisances respiratoires aiguës (IRA) expliquent dans une large mesure cette situation critique des enfants de moins de cinq ans selon le classement suivant : les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), la Diarrhée, le Paludisme, la Rougeole sur fonds de malnutrition.



La prévalence élevée de ces maladies représente donc un gros challenge pour la survie des enfants au Sénégal, pays où le niveau de pauvreté grandissant pourrait drainer un cercle vicieux de mauvaises conditions de santé pour la population en général, les enfants en particulier. Cette situation préoccupante pourrait se dégrader avec la faible couverture vaccinale chez les 0-11 mois (55% d'enfants complètement vaccinés et 47,9% d'enfants vaccinés contre la rougeole), *source : MICS II 2000*.

1.2 Les politiques de réduction de la mortalité de l'enfant au Sénégal

Aujourd'hui encore, la mortalité infanto-juvénile demeure une épine au pied du Sénégal, cela malgré les progrès notés, fruit de la mise en œuvre de divers programmes de survie de l'enfant (Programme Elargi de Vaccination, Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques, Programme de Lutte contre le Paludisme, Programme National de Nutrition...).

La persistance de taux de morbidité et de mortalité infanto-juvénile élevés, déterminée largement par les conditions de vie précaires mais également dans une forte proportion par la qualité des soins telle que relatée par les résultats d'études réalisées au niveau de certains districts, a justifié le choix de la PCIME comme principale stratégie pour la survie de l'enfant au Sénégal. La première phase de mise en œuvre du PNDS à savoir le programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) fait de la mise en œuvre de la PCIME une approche prioritaire pour la réduction de la mortalité infanto-juvénile. La deuxième phase du PNDS en cours d'exécution s'inscrit aussi dans la réduction de la mortalité et de la morbidité infanto-juvénile à travers l'extension de la mise en œuvre de la PCIME.

1.2.1 LA PCIME

La PCIME est une stratégie qui contribue à la réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants de 0 à 5 ans, en se focalisant sur les principales causes de mortalité chez l'enfant. C'est une approche qui couvre les aspects curatifs, préventifs et promotionnels et elle permet la rationalisation des coûts liés à la Santé.

1.2.1.1 But

Contribuer d'ici l'an 2007 à la réduction de la mortalité et de la morbidité infanto-juvénile.

1.2.1.2 Objectifs Généraux

- Réduire de 10% la mortalité infantile par la mise en œuvre de la PCIME;
- Réduire de 30% la mortalité et la morbidité juvénile par la mise en œuvre de la PCIME.

1.2.1.3 Objectifs spécifiques

- Amener 80% des agents de santé à prendre en charge des enfants malades âgés de moins de 5 ans conformément aux directives PCIME dans 55 districts
- Accroître la capacité fonctionnelle de 80% des structures de santé pour la mise en œuvre de la PCIME dans 55 districts
- Amener 60% des ménages à adopter les pratiques familiales clés pour la santé et la nutrition des enfants de moins de 5 ans dans 55 districts.

1.2.1.4 Stratégies

La PCIME a été reconnue comme la meilleure stratégie, l'approche la plus efficace au Sénégal pour prévenir et traiter les grandes causes de mortalité et de morbidité infanto-juvénile et pour favoriser une bonne croissance. Elle comporte plusieurs composantes :

- le renforcement des compétences du personnel
- Le renforcement du système de santé
- L'amélioration des pratiques familiales et communautaires.

Ainsi au cours de la première année de sa mise en œuvre, les différentes interventions ont porté sur le renforcement des compétences du personnel, le renforcement du système de santé par la révision de la liste des médicaments essentiels, l'introduction de la composante communautaire.

1.2.2 Le PRN

1.2.2.1 Objectifs

- Améliorer la croissance des enfants âgés de moins de cinq (5) ans vivant dans les zones urbaines ou rurales pauvres
- Renforcer les capacités nutritionnelles et organisationnelles du pays pour mettre en œuvre et évaluer des interventions de nutrition

1.2.2.2 Stratégies

- Promotion de l'intégration d'objectifs nutritionnels dans les plans des différents ministères
- Mise en œuvre d'interventions axées sur les femmes et les enfants par le biais de la société civile (ONG, OCB).

1.2.2.3 Activités

- En zone rurale :
 - * Suivi-promotion de la croissance (pesée et conseils)
 - * Distribution à base communautaire de produits et médicaments (moustiquaires, Chloroquine, fer, vitamine A)
 - * IEC/CE pour la promotion de pratiques familiales clefs
 - * Appui aux initiatives communautaires (moulins, maraîchage ...)
- En zone urbaine
 - * Distribution de farine de sevrage enrichie (par le PAM)
 - * Installation de bornes fontaines (par la KFW).

1.2.2.4 Etat d'avancement des activités

- Financement des projets des 34 districts de santé ciblés
- Approbation du projet soumis par le Ministère des enfants (en avril 2003)
- Lettre d'exécution technique avec le MSPH depuis juin 2002
- Elaboration d'un manuel de procédures administratives et financières et formation du personnel

1.2.3 Contraintes des programmes

Le manque de coordination jusque là constaté dans les activités menées par le SNGE (PEV, SIDA), la DSMI (lutte contre la mortalité maternelle), le SANAS (lutte contre les maladies diarrhéiques, nutrition et promotion de l'allaitement maternel exclusif), le Programme

National de Planification Familiale (survie de l'enfant, PF, SIDA), n'a pas permis d'atteindre des résultats satisfaisants. Le Programme National de la Santé de la Reproduction, dans sa composante santé de l'enfant, s'est aussi fixé des objectifs à atteindre pour la lutte contre la mortalité infanto-juvénile.

Ce manque de coordination dans les objectifs rend difficile le suivi des indicateurs.

1.2.4 De la prise en compte des OMD dans les programmes en faveur de la santé de l'enfant au Sénégal

L'horizon temporel des politiques de réduction de la mortalité de l'enfant au Sénégal est relativement court. En effet, ces politiques ne sont projetés qu'à l'échéance 2007, alors que l'objectif quatre des OMD couvre la période allant jusqu'en 2015.

La PCIME vise -entre autres objectifs- une réduction de 30% de la mortalité infanto-juvénile entre 2002 et 2007. Si on part de la situation de référence de 1990, le Sénégal devra réaliser un taux de réduction annuel de 4% pour respecter la norme OMD. Cet objectif est alors moins ambitieux que celui du PCIME qui vise une baisse annuelle de 6.88% de la mortalité infanto-juvénile. Cette approche est cependant biaisée.

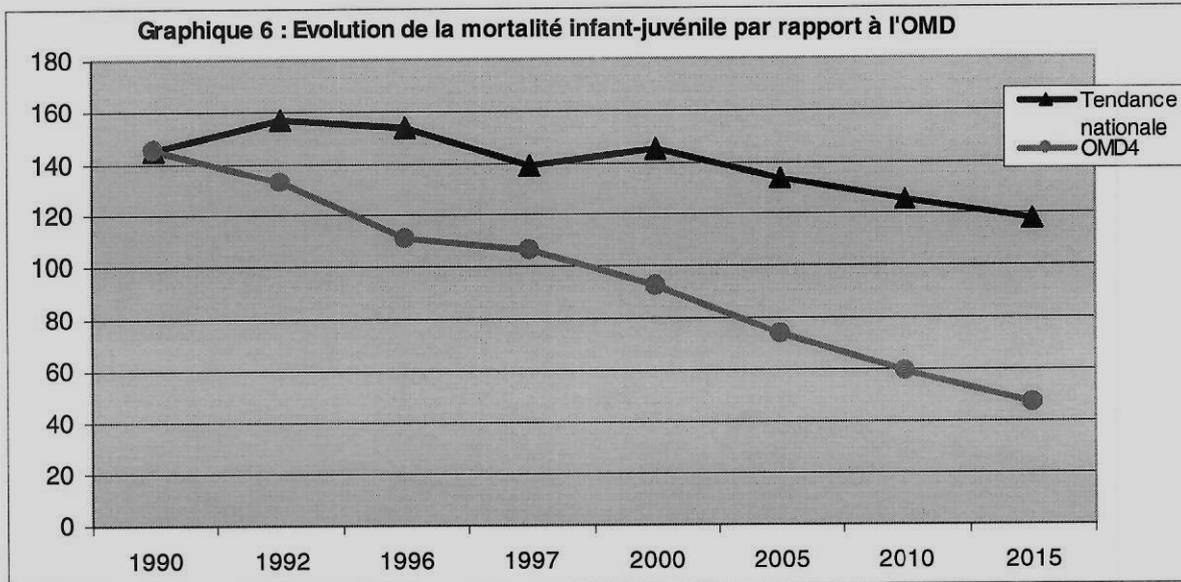
En effet, la PCIME intervient dans un contexte où le Sénégal se trouve confronté à un taux de mortalité infanto-juvénile de 145.3‰. Donc le pays devra procéder à une réduction annuelle de 6.59% pour être en phase avec l'objectif quatre de l'OMD. La mortalité qui se dégage est que le PCIME vise dans ce cas un niveau un peu plus élevé que l'OMD.

1.3 Amélioration de la Santé infanto-juvénile dans l'optique des OMD

1.3.1 Tendances et facteurs explicatifs

1.3.1.1 Tendances

Au rythme de réalisations actuel, l'objectif de réduction de deux-tiers de la mortalité infanto-juvénile au Sénégal à l'horizon 2015 ne sera pas atteint.



L'existence de facteurs de blocage dans la voie des OMD est donc avérée, ces facteurs ne pouvant être correctement situés qu'en allant à la recherche de leurs sources.

1.3.1.2 Facteurs explicatifs

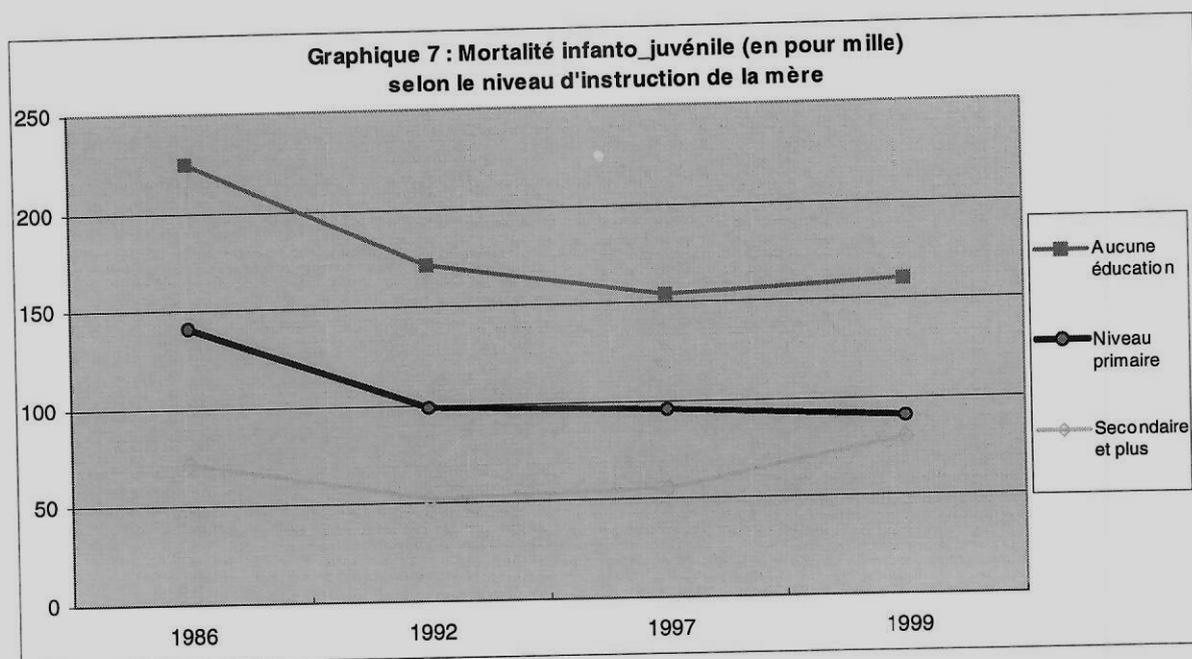
La capture de la nature et du pouvoir explicatif des déterminants de la mortalité chez l'enfant de moins de cinq ans au Sénégal permet de situer et de mesurer l'ampleur des obstacles à la survie de l'enfant.

Certaines variables sont plus susceptibles d'influencer la mortalité de l'enfant, et elles peuvent être situées à trois niveaux :

- *Au niveau individuel*

- * Education de la mère

Il se peut en effet que l'information sur la santé infantile ou juvénile ne puisse être complètement capturée que par les mères d'un certain niveau scolaire. Il en est ainsi des brochures et autres campagnes d'information et de sensibilisation à travers le support écrit.



* Revenus féminins

Les femmes sont souvent plus enclines à se préoccuper de l'état général de leur progéniture de moins de cinq ans, notamment pour les aspects sanitaires. Ainsi, une hausse des revenus féminins peut avoir un impact significativement positif sur la santé infantile et juvénile.

La non disponibilité de séries sur la répartition nationale des revenus par genre et par tranche d'âges ne nous permet cependant pas de mesurer la portée de l'influence des revenus de la mère sur la survie de l'enfant.

* Intervalle intergénérisique

La longueur de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant de celle de l'enfant précédent a une influence sur l'état de santé du premier et sur celui de la mère. L'intervalle intergénérisique court (-24 mois) est nuisible à la santé des enfants et augmente leur risque de décéder.

Au Sénégal, l'intervalle intergénérisique moyen reste supérieur à deux ans et demi : 34 mois en 1986, 33 mois en 1997 et 33 mois et demi en 1999. En clair, la grande majorité des naissances ne sont donc pas exposées aux risques de mortalité liés aux intervalles courts.

* Age à la première naissance

L'âge à la première naissance est un indicateur démographique important car le risque obstétrique est élevé si la première maternité intervient à un certain âge. Au Sénégal, l'âge à la première naissance pour les femmes entre 25-49 ans connaît une légère croissance sur les dernières années, et passe de 19.2 ans en 1986, 19.8 ans en 1997 et à 20.0 ans en 1999.

Caractéristiques		25-49 ans
Milieu de résidence	Urbain	21,2
	Rural	19,3
Régions	Dakar	21,8
	Ziguinchor	20,2
	Diourbel	19,3
	Saint-Louis	20,3
	Tambacounda	19,2
	Kaolack	19,6
	Thiès	20,1
	Louga	19,8
	Fatick	19,2
	Kolda	19,0
Niveau d'instruction	Aucun	19,3
	Primaire	21,3
	Secondaire et +	23,8
Ensemble		20,0

Tableau 10 : Age médian à la première naissance selon les caractéristiques socio-démographiques (ESIS)

- *Au niveau du ménage*

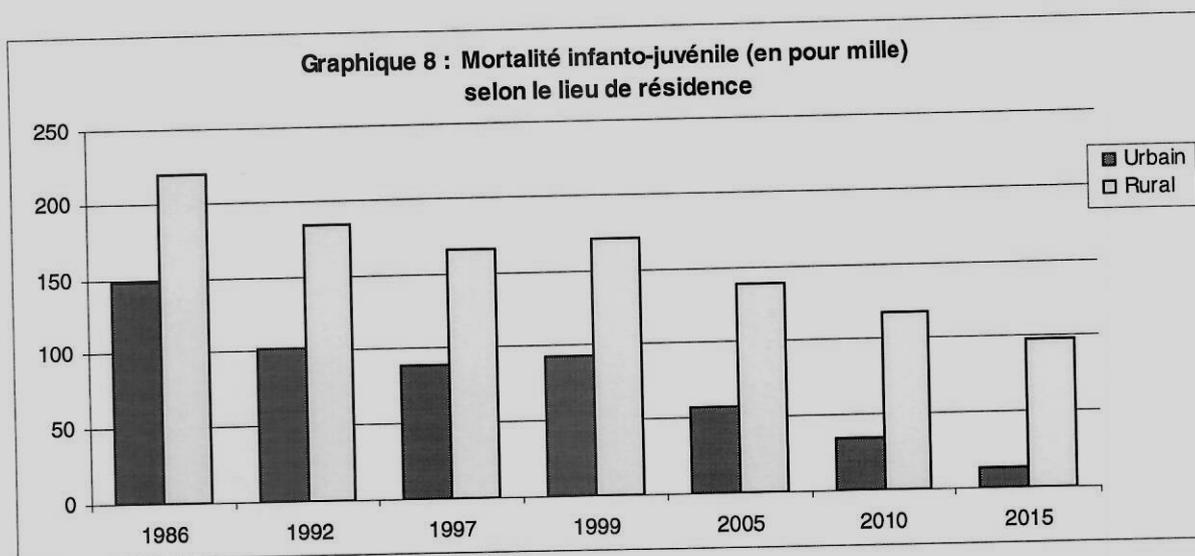
- *Composition du ménage

Il s'agit d'examiner dans quelle mesure la santé des enfants dépend du statut du groupe auquel les femmes appartiennent, notamment par rapport aux ménages monoparentaux ou ceux qui sont gérés par une femme.

Les chances de survie des enfants de moins de 5 ans issus de familles riches ou vivant en milieu urbain sont plus élevées que celles des enfants ruraux ou de familles pauvres, à cause notamment des inégalités de conditions de vie pour l'enfant, d'accès à l'eau potable, d'utilisation des latrines, etc. Les enfants issus des familles riches et des milieux urbains sont moins touchés par les maladies diarrhéiques, les IRA, le paludisme et la malnutrition.

- * Résidence : urbain ou rural

Selon le lieu de résidence, l'accès aux structures sanitaires n'est pas identique. En particulier, la concentration des services de santé en milieu urbain rend l'accès aux services de santé moins difficile pour les citadins relativement aux ruraux. En outre, la ville est plus encline à comprendre le contenu des programmes de lutte pour la santé et dispose de plus de supports pour se les approprier.



*** La richesse du ménage**

Avec un niveau de vie sensiblement amélioré si l'on tend vers les classes aisées, la mortalité infanto-juvénile s'en ressent. La mortalité chez l'enfant de moins de cinq ans n'est donc pas linéairement distribuée selon que le ménage est riche ou pauvre. Les disparités sont non négligeables dans la répartition de la mortalité chez l'enfant selon la richesse du ménage.

Catégorie socio-économique	Taux de mortalité infantile		Taux de mortalité infanto-juvénile	
	1992	1997	1992	1997
Très pauvre	95.1	84.6	191.8	181.0
Pauvre	88.3	81.6	187.1	179.9
Moyen	88.2	69.6	167.5	145.3
Riche	57.8	58.8	118.5	102.9
Très riche	45.5	44.9	72.1	69.6
Total	76.5	69.4	151.2	139.3
Ratio Pauvres/Riches	2.1	1.9	2.7	2.6

Tableau 11 : Mortalité chez l'enfant selon la catégorie socio-économique (sources : EDS II et EDSIII)

A l'échelle nationale, l'analyse par zone de pauvreté révèle que la mortalité des enfants est en moyenne plus élevée dans la zone des régions les plus pauvres du Sénégal (Zone 1 constituée des régions de Kolda, Tambacounda et Fatick). Dans cette zone, la mortalité infanto-juvénile se situe à 180‰ en 1999 contre 105‰ pour la zone la plus riche (Saint Louis, Thiès, Dakar).

- *Au niveau communautaire*

- *Taux de vaccination contre les maladies de l'enfant

La couverture vaccinale de l'enfant au Sénégal a connu des progrès appréciables. Le taux de couverture des enfants complètement vaccinés est passé de 47% en 1992 à 51% en 1996 et 67% en 2002 (source : Revue PNDS, juillet 2004).

- * Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié

L'assistance par un spécialiste (médecin, infirmière ou sage-femme) n'est pas encore très répandue au Sénégal, une femme sur deux n'en bénéficiant pas jusqu'à présent. Il est surtout à déplorer la lente évolution de la proportion d'accouchements prises en charge dans les structures sanitaires : le taux d'assistance n'a enregistré qu'un bond positif de 4 points sur quinze années (49% en 2001 contre 45% en 1986). En 1992, il était de 47% et 48.3% en 1999.

- * Accès à l'eau potable et aux services de santé

L'eau potable est un préalable à la bonne santé. L'eau non potable peut être un vecteur important de maladies telles que le trachome, le choléra, la fièvre typhoïde et la schistosomiase. L'eau de boisson peut être contaminée également par des produits chimiques, des matières physiques et radiologiques qui ont des effets néfastes sur la santé humaine.

L'objectif de 35 litres d'eau par habitant et par jour visé n'est pas encore atteint, le taux se situant actuellement à 28 litres par habitant et par jour. Ce constat brut masque cependant les succès enregistrés dans la fourniture d'une eau potable salubre aux populations (eau de robinet, borne fontaine, puits à pompe, puits protégé, source protégée), 72,7 % des ménages y ayant accès en 2000 contre 67% en 1996.

Quant à l'accès aux services de santé, il est plus ou moins difficile selon le lieu d'habitation. En fait, la répartition géographique des structures sanitaires dénote d'une discrimination positive en faveur de la ville, en ce sens que les ratios de structures d'accueil et de personnel médical par rapport à la population y sont de loin supérieurs à ceux de la campagne. La répartition spatiale des établissements et du personnel médical au niveau national révèle une concentration dans les grands centres urbains comme Dakar.

D'autres inputs interviennent dans la détermination de la mortalité infantile et juvénile :

- * La nutrition

Le statut nutritionnel des enfants est un bon indicateur de l'état général de leur santé.

Au sein d'une population bien nourrie, il existe une distribution standard de la taille et du poids pour les enfants âgés de moins de cinq ans. Le taux de malnutrition au sein d'une population peut être évaluée en comparant la taille des enfants avec une distribution standard de la taille et du poids au sein d'une population bien nourrie, suivant en cela les recommandations de l'UNICEF et de l'OMS (norme NCHS).

Le poids pour âge est une mesure tant de la malnutrition aiguë que chronique. Les enfants dont le poids pour âge est supérieur à deux écarts types en dessous de la moyenne de la population de référence sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale modérée ou sévère, tandis que ceux dont le poids pour âge est supérieur à trois écarts types en dessous de la moyenne sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale sévère.

La taille pour âge est une mesure de la croissance linéaire. Les enfants dont la taille pour âge est supérieure à deux écarts types en dessous de la moyenne de la population de référence sont considérés comme courts pour leur âge et souffrent d'un retard de croissance modéré ou sévère. Ceux dont la taille pour âge est supérieure à trois écarts types en dessous de la moyenne sont considérés comme souffrant de retard de croissance sévère. Le retard de croissance reflète la malnutrition chronique due à l'insuffisance de nutrition sur une longue période et aux maladies récurrentes ou chroniques.

Enfin, les enfants dont le poids pour la taille est supérieur à deux écarts types en dessous de la moyenne de la population de référence sont considérés comme émaciés de façon modérée ou sévère, tandis que ceux qui ont plus de trois écarts types en dessous de la moyenne sont considérés comme émaciés de façon sévère. L'émaciation est en général la conséquence d'une insuffisance nutritionnelle récente. Cet indicateur peut présenter des variations saisonnières importantes inhérentes à l'évolution de la disponibilité de la nourriture ou à la prévalence des maladies.

La carence en vitamines A affaiblit les systèmes immunitaires des enfants, les exposant ainsi aux maladies de l'enfance et augmente leur risque de mourir avant l'âge de cinq ans. Elle peut provoquer également des dégâts aux yeux et la cécité chez les enfants. Il est possible d'y remédier par la supplémentation en vitamine A ou par la fortification des aliments. L'UNICEF et l'OMS recommandent que tous les pays dont le taux de mortalité des moins de cinq ans dépasse 70 pour 1000 naissances vivantes ou dans lesquelles la carence en vitamine A constitue un problème de santé publique mettent en place un programme de lutte contre la carence en vitamine A.

Tableau 12 : Corrélation entre la mortalité infantile et certaines variables

Variables	Coefficient de corrélation avec la mortalité infantile
Soins prénatals	-0,985
Assistance par un spécialiste	-0,773
Malnutrition	0,755
Vaccination contre la rougeole (enfants de 12 mois)	ND
Vaccination de la mère contre le tétanos néonatal	-0,786

Avant de fêter son premier anniversaire, l'enfant reste la cible de beaucoup de maladies, chacune d'entre elles pouvant être source de létalité.

1.3.2 Théorie positive de la mortalité chez l'enfant au Sénégal

Le pouvoir explicatif de chacune des facteurs de risque de décès chez l'enfant de moins de cinq ans peut également être capturé à travers une approche positive, qui permet alors d'orienter les politiques dans ce domaine vers les variables les plus pertinentes.

Il faut noter que le PAIN a favorisé l'allaitement maternel exclusif dans les zones cibles. EDSII, MICS I et II).

Plus spécifiquement, l'allaitement exclusif pour les enfants de moins quatre mois se situe à 23,5% selon l'ESIS contre 9% en 1996 (MICS I) et 6% selon l'EDSII; le taux de pratique de l'allaitement et des aliments de complément (enfants de 6 à 9 mois) baisse régulièrement depuis 1992, en passant de 94,1% cette année à 87% en 1996 puis à 63,6% en 2000 (sources :

contre 20,9 mois en 1997.

L'allaitement maternel est voisin de la nutrition. Selon l'OMS, le lait fournit à l'enfant les éléments nutritifs essentiels à sa croissance et les anticorps nécessaires à sa protection contre certaines maladies. En plus l'allaitement maternel est économique et sûr. La durée médiane de l'allaitement, tous types confondus, s'est améliorée au Sénégal, passant à 21,2 mois en 1999

Selon les résultats du MICS 2000, 80,4% des enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçu une supplémentation en vitamine A au cours des six derniers mois. En milieu urbain, 87,3% des enfants ont reçu une capsule de vitamine A contre 80,7% en milieu rural. La carence en vitamine A prévaut surtout dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Saint-Louis.

Au Sénégal, l'implantation du PAIN dans des sites y a amélioré significativement les taux de couverture en Vitamine A, en surveillance nutritionnelle et pondérale.

ND signifie que la disponibilité des données ne permet pas le calcul

La prise en charge néonatale a donc un lien très étroit avec la survie des jeunes enfants au Sénégal, ce qui conforte le constat de l’OMS pour les pays en voie de développement. L’assistance à l’accouchement et la vaccination de la mère contre le tétanos néonatal font aussi fortement baisser la mortalité infantile au Sénégal.

Après la naissance, l’enfant qui n’a pas encore fêté son premier anniversaire reste très exposé au décès s’il est mal nourri. La mortalité qui se dégage dans ce cas est qu’il faut agir sur les principales causes de malnutrition chez l’enfant de moins de 12 mois.

Nous pouvons élargir la classe d’analyse à tous les enfants de moins de cinq (5) ans.

Variables	Malnutrition	Vaccination contre la Rougeole	Vaccination complète	Morbidité liée aux infections respiratoires aiguës	Morbidité liée au Paludisme
Coefficient de corrélation avec la mortalité infanto-juvénile	0,391	-0,516	-0.198	0.835	0.911

Tableau 13 : Corrélation entre la mortalité infanto-juvénile et des facteurs de risque

Le tableau 13 nous permet de toujours situer le paludisme et les IRA comme facteur déterminant de la survie de l’enfant de moins de cinq ans au Sénégal. Toutefois, la malnutrition n’a plus d’impact assez net sur la mortalité si l’on élargit le groupe cible à tous les enfants de 0 à 59 mois.

La mortalité infanto-juvénile est assez bien corrélée avec l’immunisation contre la rougeole (il est question dans le tableau 21 des enfants de 12 à 23 mois), bien plus que si on s’intéresse à la vaccination complète (enfants de 12 à 23 mois) de l’enfant contre les principales maladies (BCG, rougeole, les trois doses de DTcoq et de polio).

La prévalence du paludisme a un impact élevé sur la survie de l’enfant de moins de cinq ans. La diarrhée constitue un autre facteur de risque chez l’enfant de moins de cinq ans, mais la disponibilité des données ne permet pas rendre compte de la corrélation avec la mortalité infanto-juvénile. Toutefois, les MICS I et II nous renseignent que la prévalence des maladies diarrhéiques pour cette tranche d’âge est de 26%.

Le pouvoir explicatif de l’instruction de la mère dans la mortalité de l’enfant est faible.

1.4 L'approche financière

1.4.1 Les programmes spécifiques

1.4.1.1 La vaccination

Depuis 2001, les partenaires sont les principaux bailleurs des programmes de vaccination destinés à l'enfance au Sénégal. Il est possible de faire le lien entre les sommes dédiées à la vaccination des enfants et un ensemble d'indicateurs d'impact.

En choisissant celui qui semble le plus exhaustif, à savoir la couverture vaccinale complète de l'enfant sénégalais, on aboutit au résultat montrant qu'une augmentation de 10% des ressources financières des programmes PEV conduit à une amélioration de 2.5% du taux de couverture vaccinale complète (source : nos calculs à partir des données MSPM/DAGE/DSPB/BAF et MSPM/DERF).

1.4.1.2 La PCIME

La PCIME est totalement financée par les partenaires, mais suivant une tendance baissière, de 76.18 milliards Fcfa en 1999 à 54 milliards de Fcfa en 2001 puis à 41.44 milliards en 2002 (source : MSPM/DAGE/DSPB/BAF).

1.4.1.3. La nutrition

L'amélioration de l'état nutritionnel de l'enfant au Sénégal mobilise davantage de ressources financières : elles connaissent une croissance moyenne de 75% sur les cinq dernières années (cf. annexe pour la ventilation des sources de financement).
En terme d'impact, le coefficient de -0.12 révèle qu'une augmentation de 10% de la dotation financière du programme nutrition au Sénégal conduit à une baisse de 1.2% du taux de prévalence de la malnutrition (malnutrition protéino-énergétique).

1.4.2 Au niveau consolidé

En agrégeant l'ensemble des ressources exclusivement destinées à la santé de l'enfant au Sénégal, on mesure toute la portée du biais, à savoir la difficulté d'isoler, à partir des statistiques des contributions financières, ce qui est destiné directement et uniquement à la santé de l'enfant.

Si on fait l'hypothèse que les ressources de la PECIME, la nutrition et le PEV rendent compte dans une large mesure des disponibilités financières pour l'amélioration de la santé de l'enfant

au Sénégal, même si par ailleurs des fonds destinés à d'autres programmes interviennent dans la prise en charge de la santé de l'enfance⁷, le gap entre les besoins exprimés par le Gouvernement pour atteindre l'objectif quatre des OMD et les disponibilités financières est très important : 5,948 milliards disponibles en 2002 pour un besoin de 13,5 milliards par an sur la période 2003-2015.

Section 2 LA MORTALITE MATERNELLE

2.1 Situation de référence

La mort maternelle se définit comme le décès d'une femme survenue au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, qu'elle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite (OMS 1975).

Au Sénégal, le taux moyen est estimé à 510 décès pour 100 000 naissances vivantes pour la période 1979/1992(EDS II).

Pour l'essentiel, les causes de décès maternel le plus souvent enregistrés sont :

Les hémorragies

Les hémorragies peuvent survenir surtout au cours de l'accouchement, mais aussi après les accouchements.

La toxémie,

Elle s'agit de la complication d'une hypertension artérielle de la grossesse.

La dystocie

Elle prolonge le travail et retarde l'accouchement. Elle est souvent liée à un épuisement physique suite à des grossesses multiples et rapprochées, mais aussi à des grossesses précoces.

Les infections

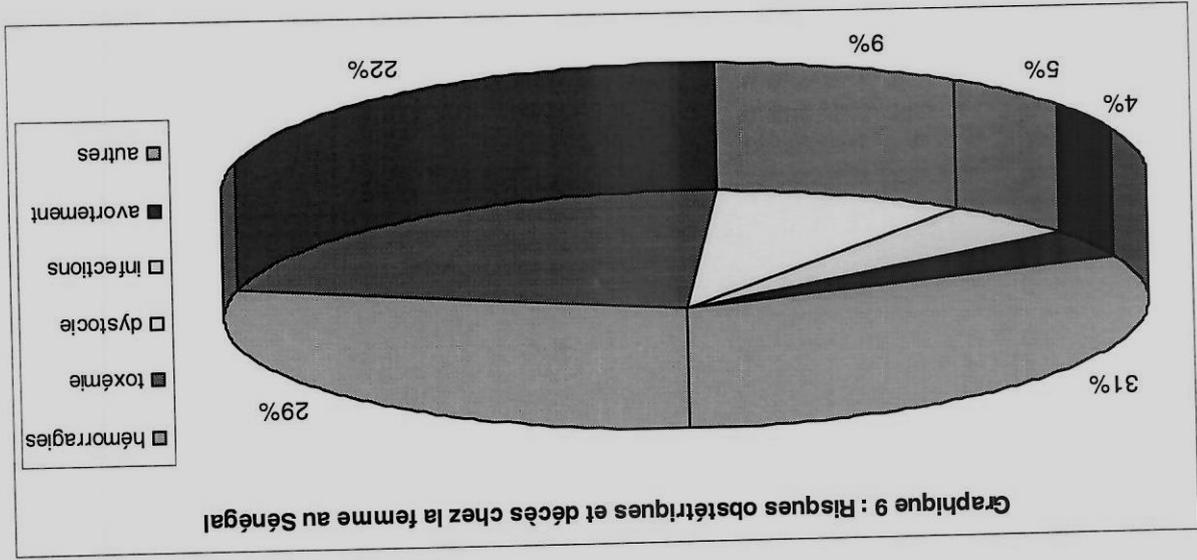
Les infections résultent généralement des mauvaises conditions d'hygiène et de la précarité des soins à l'accouchement et dans les suites de couche.

⁷ On découvre une corrélation quasi nulle entre ces ressources et un indicateur comme le taux de mortalité infanto-juvénile. Pis, la corrélation est positive, ce qui prouve à l'évidence que le budget total disponible pour la santé de l'enfant a été sous évalué.

Les avortements

L'avortement est un facteur important de décès chez la femme. En particulier, lorsqu'elle est volontaire, cette pratique n'est pas souvent réalisée dans des services spécialisés.

Enfin, il existe d'autres facteurs sources de décès maternel, mais qui sont des causes plutôt indirectes, comme l'anémie par carence nutritionnelle, parasitose intestinale ou paludisme..



2.2 Les politiques en faveur de la santé de la mère

La lutte contre la mortalité maternelle a amené le Sénégal à adopter en 1987, la politique de la Maternité à Moindre Risque. Les principales stratégies définies de l'initiative pour une Maternité à Moindre Risque se focalisent sur la prévention et la détection des facteurs de risques. Cependant dix années après la mise en œuvre de cette politique, malgré les efforts déployés de la part des pays et des partenaires, le niveau de mortalité maternelle est demeuré très élevé.

L'expérience de la pratique a montré que toute grossesse comporte un risque et que la présence d'une assistance par un personnel adéquatement formé durant chaque accouchement était de loin l'intervention la plus efficace pour la réduction de la mortalité maternelle. Ces interventions doivent se faire à tous les niveaux des prestations des services de santé, en particulier au niveau de la communauté, des unités de soins de santé primaires et au niveau du système de référence.

C'est dans ce cadre que le PNSR a adopté cette nouvelle orientation tendant à accorder la priorité aux soins obstétricaux.

Mais cette lutte pour être efficace doit être associée à une promotion de la Planification familiale.

2.2.1 Objectif général

Réduire de moitié d'ici 2010 la mortalité maternelle observée en 2000

2.2.2 Les objectifs spécifiques

- Rendre disponible les soins SMN/ PF et SONU à tous les niveaux du Système de santé
- Renforcer les capacités de familles et de la communauté pour une meilleure implication de la MMN

- Fournir à 80% des femmes enceintes des CPN de qualité
- Porter à 80% le taux d'accouchement assisté
- Assurer à 50% des femmes ayant accouché un suivi post-natal de qualité
- Atteindre un taux de prévalence contraceptive de 20% avec une progression annuelle moyenne de 3%
- Réduire de 50% le taux de prévalence de l'infertilité et de l'infécondité
- Réduire de 50% le taux des avortements spontanés et provoqués
- Réduire de 50% les mutilations génitales féminines
- Réduire les actes de violence exercés sur différentes formes à l'encontre des femmes, des adolescents et des jeunes filles.

2.2.3 Les stratégies

Les stratégies mises en oeuvre pour atteindre ces objectifs se déclinent comme suit :

- a) Amélioration de l'offre de service de SMN/PF et SONU, en rendant disponibles et acceptables les soins de SMNPF et SONU particulièrement pour les femmes les plus démunies; en rendant disponibles à tous les niveaux un personnel qualifié; en apportant un équipement et du matériel adéquat.
- b) Renforcement du système de référence, en reliant de manière efficace les prestataires et les circuits de références.
- c) Renforcements des capacités des individus, des familles et de la communauté, ceci à travers des campagnes de sensibilisation et de mobilisation sociale pour une meilleure utilisation des services.

- d) Plaidoyer pour une augmentation des ressources et pour une prise de décisions favorables à la Santé de la Reproduction.
- e) Renforcement du partenariat
- f) Formation en SR à la faculté de Médecine, à l'ENDSS et au CEFOREP

2.2.4 Les principaux résultats

Le PNSR a abouti à des résultats dont les plus saillants sont les suivants :

- Taux de CPN1	71%
- Taux de CPN3	9%
- Taux d'accouchement assisté	48%
- Taux de prévalence contraceptive	9%
- Taux de VAT	83%
- Couverture de césarienne	1,7%

Tableau 14 : Résultats du PNSR (Sources : Evaluation finale PDIS 98/ 2002, ESIS 99, Enquête dystocias DSR/FNUAP)

2.2.5 Les contraintes

Pour l'essentiel, les goulots d'étranglement se situent autour du manque de coordination entre les acteurs et du défaut de la cohérence et de continuité entre les activités menées par les différents programmes.

2.2.6 Prise en compte des OMD dans les programmes de santé en faveur de la mère

- L'objectif décliné par le PSNR est de réduire de moitié d'ici 2010 la mortalité maternelle observée en 2000, ce qui, projeté sur l'échéance internationale 2015, impose un taux de réduction de 4.51% par an.
Comparée à la cible 6 des OMD qui vise la réalisation d'un taux de réduction annuelle de 5,39% entre 1990 et 2015, le PSNR est moins ambitieux que l'OMD.
- La prise en compte des CPN de qualité est effective dans le PSNR du Sénégal, qui ambitionne même de réaliser un taux de prise en charge de 80% en 2008.
- Les soins obstétricaux et néo-natals d'urgence listés dans le MDGS figurent dans les priorités de la politique en faveur de la mère au Sénégal où il est question de les généraliser, même si par ailleurs ils demeurent largement inaccessibles à la plupart des femmes sénégalaises.

- L'assistance à l'accouchement qui est un des leviers les plus prompts efficaces pour lutter contre la mortalité maternelle selon le MDGS est largement prise en compte au niveau national où l'objectif est de parvenir à un taux d'assistance à l'accouchement de 66% en 2008.
- La planification familiale préconisée par le plan d'actions du MDGS est prise en compte par le PSNR qui vise un taux de prévalence contraceptive de 20%.
- L'avortement dans les meilleures conditions sanitaires telles que voulues par le Plan du Millénum est aussi bien intégré dans le PSNR qui vise à réduire de moitié les avortements spontanés et provoqués. Cependant, la dépénalisation de l'avortement provoqué dans de bonnes conditions n'est pas effective au Sénégal, alors que l'objectif international est de donner aux femmes la possibilité de provoquer l'avortement si les conditions sanitaires sont réunies.
- En se fixant l'objectif de réduction de moitié les mutilations génitales féminines, le Sénégal est en phase avec le MGDS qui décourage toute pratique allant dans le sens de la mutilation génitale de la femme.
- Dans ce sillage, le Sénégal s'est doté d'outils tendant à assurer le droit à l'autodétermination des femmes, à les protéger contre les actes de violence, ce qui rejoint les préoccupations déclinées au niveau international.
Ainsi, en prenant en compte l'avortement et les mutilations génitales féminines, le Sénégal se donne les moyens de réduire l'infertilité comme le recommande le Plan du Millénum.
- La lutte contre le paludisme chez la femme enceinte et que la prévention de la transmission du VIH/SIDA (PTME) sont spécifiquement prises en compte respectivement par le PNLP et le PNLS. D'où la nécessaire collaboration entre ces deux programmes et le PNSR.
- La sensibilisation de la communauté féminine est très présente dans les recommandations du PGDS. Ce volet est réellement pris en compte dans le PSNR qui insiste beaucoup sur la sensibilisation des femmes à travers divers supports de communication.

Tableau 15 : Indice synthétique de fécondité par groupes d'âges

Groupe d'âges	EDS-I 1986	EDS-II 1992	EDS-III 1997	ESIS 1999
15-19	0,3	0,3	0,2	0,2
20-24	1,6	1,4	1,2	1,1
25-29	3,1	2,9	2,5	2,5
30-34	4,7	4,7	4,3	4,1
35-39	6,2	5,9	5,7	5,4
40-44	6,8	7,0	6,7	6,4
45-49	7,3	7,4	7,6	7,1
Ensemble	3,3	3,3	3,1	2,9

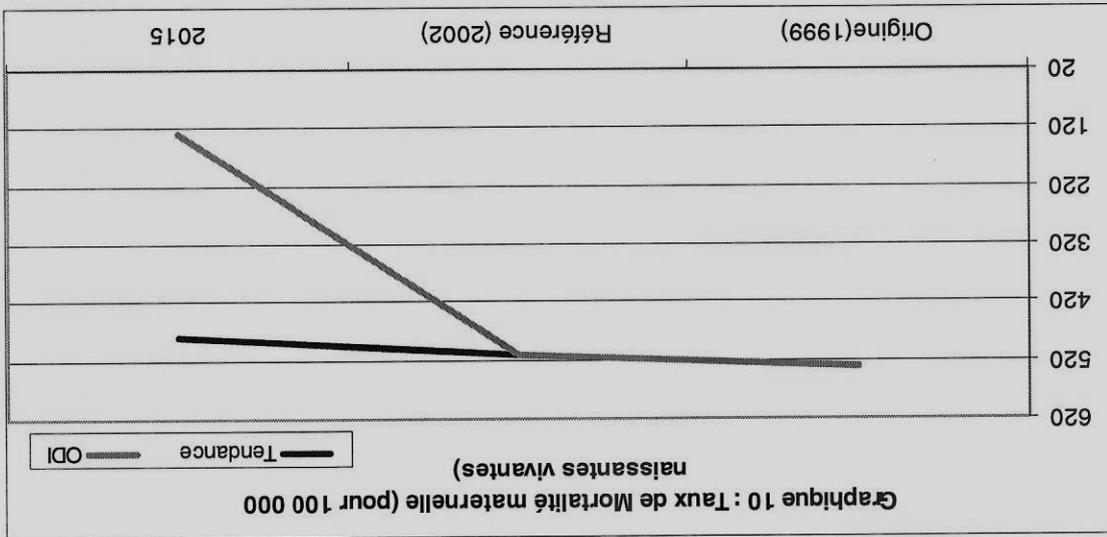
L'indice synthétique de fécondité suit une tendance baissière au Sénégal.

* La fécondité

Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire d'agir sur les variables opérationnelles suivantes:

2.3.2 Facteurs explicatifs

La tendance nationale montre que le taux de mortalité maternelle serait de 480 pour 100000 naissances en 2015, dépassant l'objectif international de 127,5 pour 100000 naissances.



vivantes en 2015.

Il s'agira de réduire de trois-quarts (3/4) entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle. En prenant les données de l'EDS II comme référence, la cible cinq des OMD doit donc se traduire par l'atteinte d'un taux de mortalité maternelle de 127 pour 100 000 naissances

2.3.1 Tendence

2.3 Amélioration de la santé maternelle et OMD

Les résultats de l'ESIS montrent que les femmes non instruites sont plus fécondes (5,9 enfants par femme) que celles instruites : 4,1 en moyenne pour les femmes avec le niveau d'études primaires et 2,7 pour un niveau secondaire et plus.

*** La contraception**

L'utilisation des méthodes modernes de contraception reste encore faible chez les femmes mariées, même si par ailleurs 86,9% de l'ensemble des femmes en union connaissent au moins une méthode moderne de contraception en 1999. Toutefois, la prise en compte de l'ensemble des femmes conduit à un relèvement sensible du taux de contraception moderne qui passe alors à 14.8% en 1999.

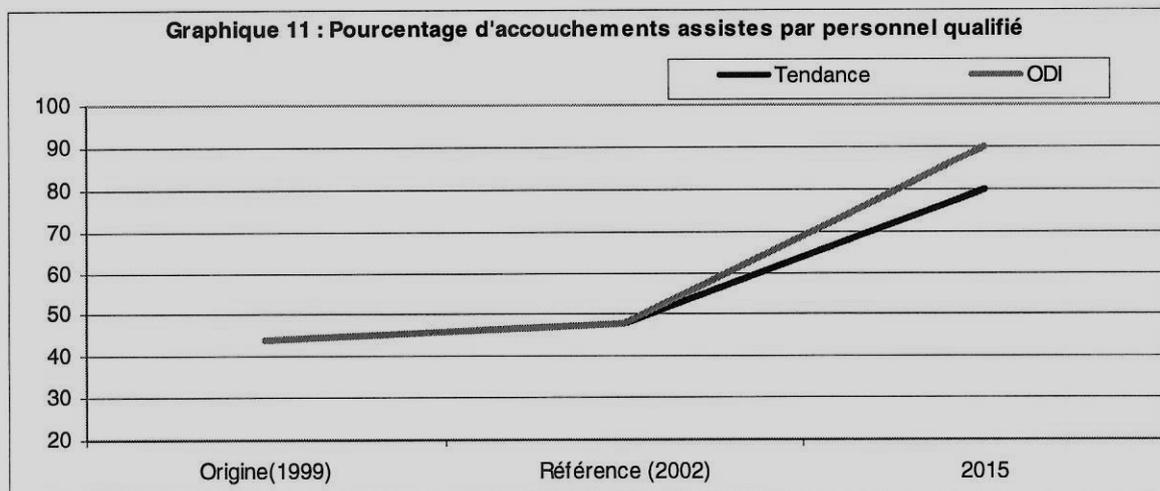
Au niveau régional, la pratique de la contraception est plus élevée dans la région de Dakar (19%) et plus faible dans la région de Diourbel (3,3%) –ESIS.

*** Les consultations prénatales**

La fréquence des consultations prénatales est très variable selon le milieu de résidence : 96% en milieu urbain et 76% chez les femmes rurales (ESIS). Aller se faire consulter dans les structures sanitaires durant la grossesse tend donc à devenir un réflexe chez la femme urbaine sénégalaise alors qu'une femme rurale sur quatre n'en fait pas encore. Au niveau national, le taux de consultation prénatale (soins modernes) est en hausse continue : 64% en 1986, 74% en 1992, 82% en 1997 jusqu'à un taux de 81% selon le MICS 2000.

*** L'assistance à l'accouchement**

On estime à 157 le nombre d'établissements fournissant des soins obstétriques essentiels et complets pour une population des 500000 femmes en âge de procréer au Sénégal; alors que le nombre d'établissements en charge des soins obstétriques essentiels de base se chiffre à 232 pour la même population féminine.



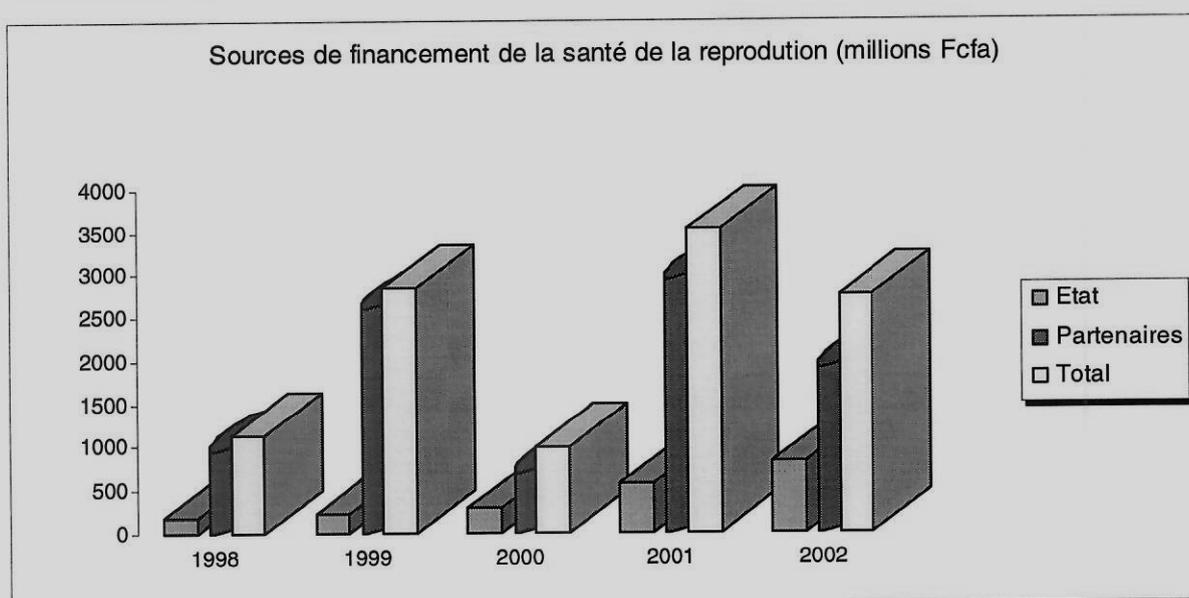
1.4. L'approche financière

La santé de la mère constitue une des priorités de l'Etat du Sénégal et de ses partenaires au développement, à tout le moins à l'aune des sommes importantes allouées à la santé de la reproduction. En dehors de l'année 2000, le financement de la santé maternelle connaît sur la période récente une croissance appréciable, tempérée de légères fluctuations.

Eu égard à la disponibilité des données, nous approximations les ressources financières consacrées à la santé maternelle par le budget destiné à la santé de la reproduction, même si par ailleurs à partir des statistiques officielles, il est difficile d'isoler toutes les sommes exclusivement destinées à la santé maternelle au Sénégal.

A l'évidence, des montants par exemple réservés à l'Hygiène / Assainissement ou à la Réforme Médicament et Pharmacie ont un impact significatif sur la santé de la mère. Mieux, l'Etat et ses partenaires dégagent chaque année des sommes énormes non destinées à des programmes spécifiques.

En adoptant l'approximation déjà décrite, l'évolution par source de financement de la santé maternelle est alors la suivante :



La situation globale de la mortalité maternelle au Sénégal n'étant pas encore mise à jour de manière officielle depuis le EDSII 1992, nous nous gardons de tout calcul sur l'impact effectif des sommes dégagées pour combattre cette mortalité⁸.

⁸ L'EDSIV en cours de réalisation pourvoira certainement aux données manquantes

Section 3 LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES

3.1 Le VIH/SIDA

3.1.1 Situation de référence

Dès le dépistage des premiers cas de SIDA, les autorités du Sénégal ont été sensibilisées sur la gravité du fléau. C'est ainsi que le Comité de lutte contre le Sida, un des premiers en Afrique, a été mis en place le 23 Octobre 1986 et a par la suite élaboré le PNLIS.

3.1.1.1 Prévalence de la pandémie

La lutte contre le Sida constitue une des préoccupations majeures du monde en général et du Sénégal en particulier. En effet, le Sida est une maladie qui gangrène la planète et surtout les pays de l'Afrique au Sud du Sahara avec environ 26 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Au Sénégal, le nombre d'individus infectés par le VIH/SIDA est estimé à 80.030 adultes et 5140 enfants en 2003 (source : MSPM- Division Lutte contre le SIDA/IST).

L'incidence VIH adultes (pourcentage des adultes non infectés, qui deviennent infectés chaque année) est de 0,3% en 2003.

Le sex-ratio est de 1,18 en 2003, ce qui fait 40.590 femmes infectées pour 34.300 hommes infectés par le VIH/SIDA. D'après les projections, cette différence entre les sexes sera maintenue jusqu'en 2010.

Les facteurs explicatifs de la faiblesse et de la stabilité du taux de prévalence au Sénégal sont :

- la réponse publique élargie et précoce à l'épidémie
- un dialogue politique intense
- un contexte socioculturel marqué des croyances religieuses fortes
- un suivi-évaluation continu des programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

Les estimations et les projections mises à jour permettent d'évaluer la situation de l'épidémie et de surveiller l'efficacité des efforts déployés dans les domaines de la prévention et des soins. Ces estimations au niveau de la population générale ont été effectuées sur la base de la séroprévalence des femmes enceintes en milieu urbain. La mise à jour des projections permet de mieux suivre l'évolution réelle de l'épidémie au niveau de la population générale.

Des mesures sur l'impact du VIH dans la population sénégalaise ont été effectuées. Elles permettent d'estimer le nombre de décès cumulés depuis le début de l'infection du VIH/SIDA à 30 000 dont 5 000 décès au courant de l'année 2000. Ces données placent le Sénégal dans les pays de l'Afrique Subsaharienne les moins touchés par le VIH, bien que sa population soit très jeune.

3.1.1.2 Impact du VIH au sein de la population

(Référence : Bulletin sero-épidémiologique n°11, sept. 2004)

Tableau 16 : Estimations et projections du nombre de personnes infectées par le VIH/SIDA au Sénégal

Année	Personnes infectées par le VIH			Prévalence	
	Adultes	Enfants (-15 ans)	Femmes	Prévalence VIH chez les adultes (en %)	Incidence du VIH (en %)
1990	4880	660	5250	0.31	0.08
1991	5760	810	6370	0.36	0.09
1992	6800	990	7700	0.42	0.1
1993	8000	1190	9270	0.48	0.12
1994	9390	1420	11110	0.55	0.13
1995	11070	1680	13210	0.63	0.15
1996	13010	1980	15520	0.72	0.17
1997	15220	2310	18150	0.81	0.19
1998	17710	2670	21100	0.91	0.21
1999	20510	3080	24410	1.02	0.23
2000	23570	3530	28020	0.14	0.25
2001	26900	4030	31940	1.26	0.27
2002	30480	4560	36130	1.39	0.28
2003	34300	5140	40590	1.51	0.3
2004	38250	5740	45200	1.64	0.32
2005	42360	6370	49980	1.76	0.33
2006	46520	7020	54800	1.88	0.34
2007	50720	7670	59680	1.99	0.35
2008	54850	8320	64480	2.09	0.36
2009	58920	8960	69200	2.19	0.36
2010	62870	9560	73800	2.27	0.37

	Nombre de décès				Nombre Orphelins
	Hommes	Femmes	Enfants	Total	
1990	230	170	170	570	1680
1991	270	220	210	700	2190
1992	320	270	250	840	2760
1993	380	330	300	1010	3440
1994	450	410	350	1210	4230
1995	520	490	420	1430	5120
1996	620	590	490	1700	6150
1997	730	710	560	2000	7340
1998	850	850	650	2350	8690
1999	1000	1020	750	2770	10240
2000	1170	1200	850	3220	12000
2001	1370	1410	970	3750	13990
2002	1590	1650	1090	4330	16210
2003	1830	1910	1230	4970	18600
Total	11330	11230	8290	30850	112640

Tableau 17 : Estimations de l'impact du VIH / SIDA au Sénégal

(Source : Bulletin sero-épidémiologique n°11, sept. 2004)

3.1.2 Le PNLS

Le PNLS est un programme surtout axé au début sur la Prévention de l'Infection à VIH, à laquelle se sont ajoutés aujourd'hui les problèmes de prise en charge des infectés à VIH et de leurs enfants problèmes inhérents au développement de l'épidémies.

3.1.2.1 But

Le but du PNLS est d'aider le gouvernement du Sénégal à capitaliser les acquis de la lutte contre le VIH/SIDA, à maintenir durant la période 2001-2006 la prévalence du VIH à un niveau inférieur à 3% et avoir une vision claire des stratégies à promouvoir.

3.1.2.2 Objectifs

Le PNLS développe ses actions selon des orientations très similaires à celles des OMD.

- **Objectifs Généraux**

- Maintenir la prévalence du VIH en dessous de 3 % en 2006
- Améliorer la qualité de vie des Personnes Vivant avec le virus du SIDA.
- Réduire l'impact socioéconomique du VIH/SIDA.

Sur la période du plan stratégique, il vise les objectifs suivants :

- capitaliser les acquis des 15 dernières années de lutte contre le VIH / SIDA, les succès en termes de prévention, de prise en charge et de surveillance/évaluation ;
- Assurer la sécurité transfusionnelle à 100% ;
- réduire les nouvelles infections au VIH spécialement chez les adolescents, les jeunes et les femmes ;
- réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH / SIDA ;
- améliorer la qualité de vie des PVVIH ;
- réduire l'impacte individuel et communautaire de l'épidémie du VIH/SIDA.

3.1.2.3 Stratégies

- PREVENTION
 - Prévention de la transmission sexuelle
 - Promouvoir des comportements sexuels à moindre risque
 - Améliorer la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles : prise en charge simplifiée par l'approche syndromique
 - Renforcer le contrôle sanitaire et social de la prostitution
 - Prévention de la transmission sanguine
 - Assurer l'innocuité transfusionnelle
 - Prévenir la transmission du VIH lors des Accidents d'exposition au Sang (AES)
 - Prévention de la transmission mère enfant (PTME)
 - Renforcer le programme de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (Intégration de la PTME à la Santé de la Reproduction)
 - Renforcer le Conseil pour l'allaitement et l'alimentation de l'enfant né de mère séropositive)
 - Le Conseil Dépistage Volontaire
 - Promouvoir l'accès au dépistage volontaire
- PRISE EN CHARGE MEDICALE ET PSYCHOSOCIALE
 - Renforcer les soins pour les PVVIH (la PCIMA : prise en charge intégrée des maladies de l'adulte atteint du VIH)

- Assurer le soutien et l'accompagnement psychosocial des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA
- Prise en charge des OEV (Orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH)
- INREGRER LE VIH ET LA TUBERCULOSE

- SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE
 - Renforcer le système de surveillance du VIH, les IST

- RECHERCHE ET ETHIQUE
 - Promouvoir la recherche sur le VIH/SIDA
 - Renforcer le comité éthique et juridique

- COORDINATION PLAIDOYER GESTION
 - Renforcer la coordination et le Plaidoyer
 - Renforcer la gestion des ressources du programme

3.1.2.4. Acquis

- le taux de prévalence est parfaitement maîtrisé
- disponibilité des ARV
- disponibilité des centres de dépistage volontaire.

3.1.2.5. Contraintes

- Toutes les actions ont porté sur le renforcement des capacités et de l'achat des ARV
- Pas d'appui Institutionnel sur l'information du circuit de gestion des données
- Manque des Ressources Humaines pour la mise en œuvre des programmes
- Manque de Médicament pour les Infestions Opportunistes
- Problèmes de sensibilisation et de Communication
- Lenteur dans le dépistage
- Insuffisance de locaux abritant les activités du programme.

3.1.2.6 Prise en compte des OMD dans le PNLS

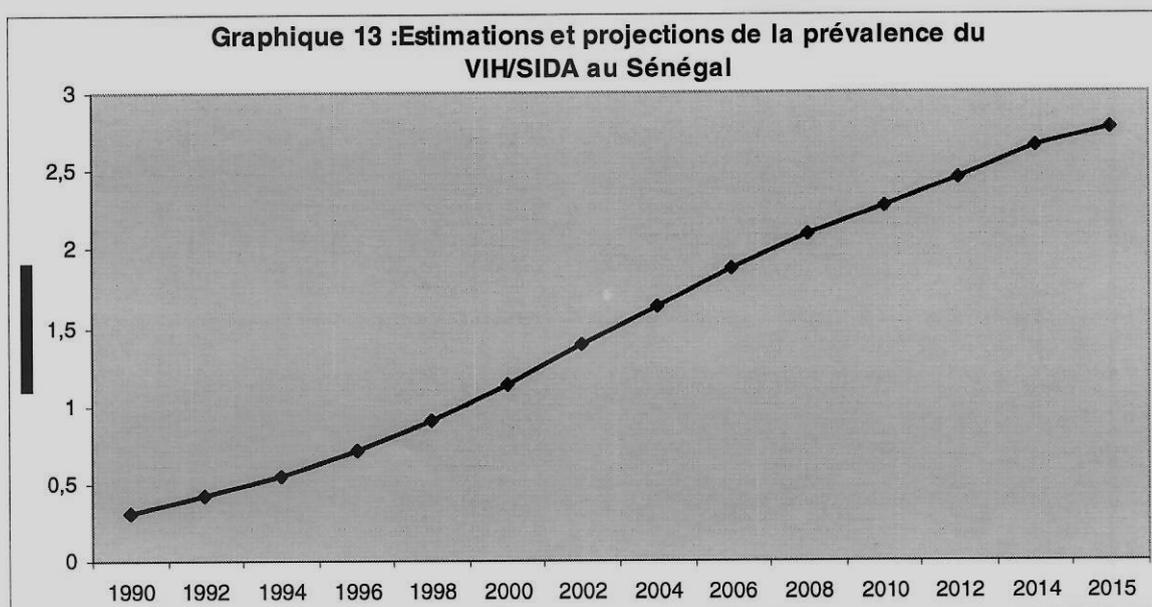
Les stratégies du PNLS cadrent parfaitement avec les recommandations du MGDS.

En effet, le document MGDS insiste sur divers aspects parmi lesquels : la sensibilisation de la communauté, la prévention au niveau des structures sanitaires et scolaires, la prise en charge thérapeutique et psychosociale des PVVIH, les enfants orphelins, mais aussi leur entourage sur le plan du counselling. La sécurité transfusionnelle occupe une place de choix dans les interventions suggérées par le Millénium Project, ce qui va dans la direction du PNLS qui vise

une transfusion avec un risque nul. Enfin, une des préoccupations du plan international qui est de lutter contre les MST est aussi bien pris en compte au niveau national.

3.1.3 Tendances du VIH/SIDA au Sénégal et OMD

Bien que la prévalence du VIH sida reste encore faible au Sénégal relativement aux pays en voie de développement, son évolution incite à la vigilance, en ce sens que la pandémie suit une tendance haussière : 0,31% en 1990 à 1,14% en 2000 et 1,51% en 2003 chez les adultes.



La conclusion qui se dégage est que l'objectif d'arrêter et de renverser la tendance à l'expansion du VIH sida ne serait pas réalisé à l'échéance 2015, toutes choses restant égales par ailleurs. Au contraire, la pandémie continuerait sa propagation à cette date.

Toutefois, des approches différenciées s'imposent :

* Par rapport à la population féminine qui sera la plus concernée par la procréation à l'horizon 2015. Or la population féminine actuellement âgée entre 15 et 25 ans au Sénégal enregistre une prévalence faible à 0,84%, deux fois moins élevée que celle des femmes dont l'âge est supérieur à 25 ans. Si la propagation de la pandémie reste maîtrisée dans cette grappe, alors le Sénégal pourrait respecter l'objectif du Millénaire relatif au VIH/SIDA.

* Eu égard aux disponibilités financières pour envisager une maîtrise de la propagation de la pandémie si les moyens financiers s'accroissent dans les proportions idoines.

3.1.4 L'approche financière

D'une manière générale, les sommes disponibles pour lutter contre le sida et les IST ne suivent pas une tendance monotone. La faute en incombe surtout aux financements provenant des partenaires au développement qui subissent de très fortes fluctuations alors que la contribution apportée par l'Etat enregistre une croissance régulière. Comme les partenaires restent les principaux bailleurs des stratégies de lutte contre le sida et les IST, l'évolution des moyens suit alors celle des ressources financières provenant des partenaires.

La corrélation ne peut pas être exactement établie entre les montants bruts destinés à la lutte contre le Sida et la prévalence de cette pandémie au Sénégal. En effet, l'état de disponibilité des données ne nous renseigne pas sur la partie exclusivement destinée au Sida. Or, en prenant l'ensemble des moyens financiers destinés au Sida et autres IST, un léger biais peut s'introduire, conduisant à la découverte d'un coefficient de corrélation de -0.15 entre le taux de prévalence du VIH/SIDA et les fonds pour lutter contre le VIH/SIDA et les autres MST.

3.2 LE PALUDISME

3.2.1 Situation nationale

Au Sénégal, le paludisme constitue la principale cause de morbidité, représentant entre 40 et 50% de toutes les consultations curatives, soit près de 400.000 cas chaque année -de 1997 à 2002-, la principale cause de morbidité, et un lourd fardeau économique pour la société (voir tableau 1) sur la base du coût moyen par cas dans la sous région, on peut chiffrer son coût économique à 1% du PIB au Sénégal (soit environ 6 millions de dollars EU).

Le parasite en cause est le *plasmodium falciparum*, qui peut provoquer de graves symptômes et entraîner une mort rapide. Le symptôme essentiel du paludisme est la fièvre, mais les caractéristiques de la maladie varient suivant l'intensité de l'infection et le degré d'immunité de l'hôte. Le risque d'atteinte grave de l'infection –paludisme aigu- est presque exclusivement limité aux personnes qui n'ont pas acquis un certain degré d'immunité. Le degré d'immunité acquis dépend du niveau de transmission de la maladie.

Le paludisme est responsable d'un fort taux de mortalité chez les enfants de six mois à cinq ans (25% environ de tous les décès dans ces groupes) qui n'ont pas encore acquis d'immunité.

laboratoire au niveau périphérique.

Le nombre de cas confirmé reste faible montrant de ce fait les insuffisances de notre réseau de

une légère tendance à la hausse en 1999 et 2000.

La lecture des indicateurs de base comme la morbidité proportionnelle, permet de constater une certaine constance du paludisme dans les causes de consultation -autour de 30%- avec

Tableau 18 : Consultation externe pour le paludisme

Année		1997	1998	1999	2000
Données brutes externes					
Moins de 5 ans					
Consultants	910 632	987 745	110 427	109 668	
Cas de paludisme présumés	237 446	249 621	304 676	299 210	
Cas de confirmés	8137	9267	9845	10403	
5 ans et plus					
Consultants	1 694 811	1 886 558	2 145 570	2 022 316	
Cas de paludisme présumés	6 00 090	674 667	813 897	794 427	
Cas de confirmés	30667	33622	23471	33750	
Femmes enceintes					
Consultants	279 414	323 640	333 025	344 848	
Cas de paludisme présumés	27 762	28 644	30 281	29 740	
Cas de confirmés	533	615	775	806	
Ensemble population					
Consultants	2 884 857	3 197 943	3 582 865	3 463 849	
Cas de paludisme présumés	865 298	952 932	1 148 854	1 123 377	
Cas de confirmés	39 337	43 504	34 091	44 959	
INDICATEURS					
Moins 5 ans					
Morbidité proportionnelle	26%	25%	28%	27%	
% cas de paludisme confirmés	3%	4%	3%	3%	
5 ans et plus					
Morbidité proportionnelle	35%	36%	38%	39%	
% cas de paludisme confirmés	5%	5%	3%	4%	
Femmes enceintes					
Morbidité proportionnelle	10%	9%	9%	9%	
% cas de paludisme confirmés	2%	2%	3%	3%	

Le paludisme représente aussi un risque sérieux pour les femmes dans le cadre d'une première ou d'une deuxième grossesse, pouvant donner lieu à un faible poids du nourrisson à la naissance et à une forte mortalité néonatale chez les deux premiers enfants.

3.2.2 Le PNLP

Avec l'élaboration du Programme National de Lutte contre le Paludisme en 1995 et en particulier depuis l'année 1997 -date correspondant à la mise en œuvre accélérée de la lutte contre le paludisme-, d'intenses activités ont été développées dans notre pays. A cet effet, un comité de pilotage pluridisciplinaire opérationnel a été créé. En outre, Il convient de souligner que ce programme intègre les principes généraux de RBM.

L'Initiative Africaine pour la lutte contre le paludisme introduite en 1997 par l'OMS et la stratégie mondiale appelée « Faire Reculer le Paludisme » ou « Roll Back Malaria » (RBM) lancée en 1998 par le Directeur Général de l'OMS ont pour finalité de réduire la morbidité et la mortalité attribuables à cette pandémie en vue de soulager les populations, de lutter contre la pauvreté et de favoriser un développement humain durable.

3.2.2.1 Objectif général

Réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme, notamment chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes entre 2001 et 2005.

3.2.2.2 Objectifs spécifiques d'impact

- Réduire de 30% la mortalité attribuée au paludisme dans la population générale,
- Réduire de 20% la morbidité attribuée au paludisme dans la population générale, particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans.
- Réduire de 50% les formes graves de paludisme chez les femmes enceintes.

3.2.2.3 Objectifs spécifiques de résultats

- Au moins 60 % des cas probables ou confirmés de paludisme aient accès à un traitement rapide adéquat et abordable dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes conformément à la politique nationale.
- Au moins 60% des personnes à risque surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, puissent bénéficier de la combinaison la plus appropriée de mesures de protection personnelle et communautaire telles que les moustiquaires traitées aux insecticides et d'autres interventions accessibles et abordables pour prévenir l'infection et la souffrance.
- Au moins 60% de toutes les femmes enceintes aient accès à la chimioprophylaxie conformément aux recommandations du PNLP. D'ici 2005, former 95 % des agents de santé, qui interviennent dans la prise en charge des cas de paludisme probables ou confirmés, conformément aux recommandations du PNLP

- D'ici 2005, 90% des malades atteints de paludisme se rendant dans les formations sanitaires seront pris en charge conformément aux recommandations du PNLP.
- D'ici 2005, 70% des enfants atteints de paludisme seront correctement pris en charge conformément aux recommandations du PNLP.
- D'ici 2005, 60% des mères prendront en charge à domicile leurs enfants fébriles conformément aux recommandations du PNLP.

3.2.2.4 Stratégies

Les stratégies qui ont été retenues sont les suivantes

- prise en charge correcte des cas
- prévention et surveillance du paludisme
- prévention et lutte contre les épidémies dans les zones de paludisme instable
- application appropriée d'une politique de médicament
- intégration de la lutte antipaludique aux soins de santé primaires
- la formation
- l'équipement en matériel de laboratoire
- la recherche.

3.2.2.5 Les résultats du PNLP

Les résultats encourageants enregistrés par le PNLP sont les suivants :

- la mise en place d'un comité de pilotage multidisciplinaire
- la formation des médecins des districts, régions et hôpitaux départementaux et régionaux
- la formation des infirmiers, sages-femmes et agents de santé communautaires
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge des cas dans les structures de santé
- la formation des EPS de districts et de régions
- la mise en place de centres d'imprégnation de moustiquaires dans les districts
- la surveillance régulière de la sensibilité du Plasmodium falciparum aux médicaments
- l'élaboration récente d'un plan de gestion des épidémies de paludisme dans les zones à risque
- l'engagement politique au plus haut niveau qui s'est traduit lors du sommet d'Abuja. A cela s'ajoute l'organisation d'un forum national sur le paludisme et la mise en œuvre d'une caravane «croisade contre le paludisme» dirigée par le Ministre de la Santé lui-même à travers les dix régions du Sénégal. Au cours de cette caravane, le Ministre de la santé a pris la décision de procéder à la baisse des prix de vente des antipaludiques au

niveau des structures de santé. L'obtention d'une subvention spéciale a également permis de réduire le coût des moustiquaires imprégnées.

3.2.2.6 Les contraintes

Les problèmes identifiés se présentent ainsi qu'il suit :

***Prise en charge inadéquate des cas de paludisme dans les structures de santé**

Si dans les douze districts ayant bénéficié du programme accéléré de lutte contre le paludisme en 1997 et 1998, la qualité de la prise en charge s'est améliorée (75% de prescriptions conformes aux recommandations du PNLP dans les trois districts de l'échantillon). Plusieurs difficultés ont été notées :

*** Non respect des protocoles de traitement du PNLP**

Le changement de comportement est difficile à avoir chez les prescripteurs même s'ils sont formés à la prise en charge des cas. A cela s'ajoute l'insuffisance des supervisions à tous les niveaux. Le monitoring qui devrait permettre d'apporter les corrections nécessaires n'a pas été régulier dans plusieurs districts.

Il faut aussi noter que dans certains districts les formations décentralisées ne sont pas bien menées, parce qu'il n'existe pas de modules élaborés par le PNLP et l'appui technique n'a pas toujours été assuré.

*** *Prise en charge inadéquate des cas de paludisme dans les structures de santé***

Si dans les douze districts ayant bénéficié du programme accéléré de lutte contre le paludisme en 1997 et 1998, la qualité de la prise en charge s'est améliorée (75% de prescriptions conformes aux recommandations du PNLP dans les trois districts de l'échantillon). Plusieurs difficultés ont été notées :

- les insuffisances dans la surveillance des cas de paludisme grave : dans les structures de santé, les éléments de surveillance des cas graves de paludisme ne sont pas toujours bien maîtrisés. Les échelles de Glasgow et de Blantyre sont rarement disponibles et la majorité des infirmiers chargés de surveiller les malades ne les connaissent pas.

- l'insuffisance des capacités diagnostiques des centres de santé : dans les centres de santé, il n'existe pas toujours de biologiste ou de technicien capable d'assurer une lecture correcte des lames. En plus de cela, les contrôles de qualité sont insuffisants malgré l'existence de pharmaciens biologistes au niveau régional. Le contrôle de la glycémie et le dosage de l'hémoglobine ne se font pas dans certains centres de santé.

- les ruptures de stocks de sérum glucosé : il arrive parfois qu'il ait des ruptures de stocks de sérum glucosé. En effet, la pharmacie nationale d'approvisionnement éprouve des difficultés liées aux prévisions, aux commandes et au fait que les districts et les structures de santé n'arrivent pas à faire à temps une estimation correcte de leurs besoins en médicaments.

** Mauvaise prise en charge des cas de paludisme dans la communauté*

L'ignorance des signes de gravité du paludisme et des protocoles de traitement des cas simples constitue un problème. Dans certains cas, les signes de gravité du paludisme tels que les convulsions et les autres manifestations neurologiques sont souvent perçus comme relevant d'autres affections d'ordre surnaturel. De ce fait, les malades sont souvent orientés vers des tradipraticiens, et n'arrivent que tardivement dans les structures de santé.

Le pronostic vital se trouve ainsi menacé parce que les tradipraticiens qui ne sont pas suffisamment informés sur le programme national de lutte contre le paludisme, n'ont pas l'habitude de référer ce genre de malades dans les structures de santé.

Devant un cas d'ictère communément appelé «peuillisse », la croyance populaire dit que se sont des malades qui ne doivent pas prendre de traitement par voie injectable. C'est ainsi que certains médicaments traditionnels, qui leur sont administrés entraînent des épisodes de diarrhées et des vomissements. Ces malades, s'ils ne meurent pas à domicile, arrivent dans les structures de santé dans une situation critique avec parfois un état de déshydratation sévère.

L'analyse de situation a montré qu'à Richard-Toll, Bambey et Tamba, respectivement 59%, 80% et 85% des mères ont pratiqué en première intention le traitement à domicile pour leurs enfants malades. Malheureusement, les protocoles de traitement des cas simples de paludisme ne sont pas disponibles dans les foyers et sont ignorés par la plupart des mères.

La disponibilité de la chloroquine dans les foyers pose également problème. En zone périurbaine (Bargny), elle est évaluée à 30%; mais en zone rurale cette disponibilité est encore beaucoup plus faible du fait de l'absence d'un système de distribution à base communautaire. En zone urbaine, les populations ont tendance à aller demander directement les médicaments dans les officines privées sans consultation préalable. Malheureusement les vendeurs qui sont censés les informer ne sont ni formés, ni informés sur le traitement du paludisme et sur les recommandations du PNLP.

** Faible utilisation des moustiquaires imprégnées*

Au Sénégal la disponibilité des moustiquaires imprégnées est encore faible. Seuls les districts de la région de St Louis et dans une moindre mesure ceux de Fatick ont une assez bonne couverture en moustiquaires du fait de l'appui important des partenaires qui sont intervenus spécifiquement dans ces zones.

L'analyse de situation a montré que la proportion de ménages disposant au moins d'une moustiquaire était de 11%, 38,2% et 60,7% respectivement à Bambey, Tamba et Richard Toll. Cependant le nombre moyen de moustiquaires est de 0,2 à Bambey, 0,41 à Tamba et 3,7 à Richard Toll (région de St Louis). Si dans certains districts les initiatives locales ont permis un approvisionnement à petite échelle, il n'existe pas un système de distribution formel à l'échelle nationale.

Dans les zones où on trouve des moustiquaires imprégnées, le retraitement pose problème parce que les kits individuels ne sont pas disponibles sur le marché.

Il n'existe pas encore un véritable programme de promotion des moustiquaires imprégnées malgré l'étude réalisée en 1998 par le cabinet IRIS qui devrait aboutir sur une campagne de marketing social. De ce fait, la moustiquaire n'est pas encore entrée dans les mœurs des populations des localités qui traditionnellement ne l'utilisent pas. Les partenaires potentiels tels que les ONGs, les organisations communautaires et le secteur privé ne sont pas suffisamment impliqués dans la promotion et la distribution des matériaux imprégnés.

Le coût de la moustiquaire imprégnée reste élevé à cause des taxes douanières sur le tissu et sur l'insecticide. Dans les districts qui ne sont pas subventionnés par des partenaires au développement, la moustiquaire imprégnée est vendue en moyenne à 6000 francs alors que le « prix psychologique » retrouvé par l'enquête IRIS est de 3000 francs CFA.

Sous l'initiative du Ministère de la Santé, au décours de la caravane, la moustiquaire est vendue à un prix subventionné de 2500 francs CFA.

** Insuffisance de la participation de la communauté dans la prévention*

Les mesures préventives concernent l'utilisation des matériaux imprégnés en particulier la moustiquaire imprégnée, la destruction des gîtes larvaires et la chimioprophylaxie chez la femme enceinte. Comme pour la prise en charge des cas simples à domicile, la promotion des activités d'IEC de proximité dans les districts est nécessaire.

Les populations n'ont pas développé beaucoup d'initiatives dans le domaine de la prévention. Les relais communautaires, s'ils existent, ne sont pas suffisamment motivés. Les spots radiodiffusés et télévisés ne touchent pas les localités reculées et en plus ils ne permettent pas de répondre judicieusement aux préoccupations des populations.

** Faiblesse du système de surveillance épidémiologique et de la lutte contre les épidémies de paludisme*

La consigne de rétention de l'information sanitaire appliquée au cours des trois dernières années par beaucoup de prestataires de service, lors de leur grève, a été à l'origine de la déficience du système de collecte de données de routine. A présent, ce mot d'ordre de grève n'est plus en vigueur.

Il n'existe pas encore un système de surveillance opérationnel permettant la prévision et la détection précoce des épidémies de paludisme dans les zones à risque. Cela est dû à la non prise en compte des facteurs météorologiques et hydrauliques par les districts situés dans cette zone et à l'absence de sites sentinelles permettant la surveillance de la morbidité et de la mortalité. Les études sur la morbidité et la mortalité palustres sont encore insuffisantes.

Dans les zones qui ont connu les épidémies de paludisme, il n'y a pas eu de mesures de lutte spécifiques ayant trait à la lutte antivectorielle par exemple. Les équipements et les produits nécessaires sont très insuffisants.

** Insuffisance de la Recherche Opérationnelle*

Le potentiel qu'offrent les instituts de recherche opérant au plan national tels que l'IRD et l'institut Pasteur et le Service de Parasitologie de l'UCAD qui s'intéressent particulièrement au paludisme, n'est pas bien exploité par le PNLP. En plus, les résultats de leur recherche ne sont pas suffisamment utilisés.

Dans les districts, les activités de recherche opérationnelle sont rares du fait du manque de motivation des acteurs, de l'insuffisance de l'appui technique et des difficultés à accéder au financement.

Les thèmes d'étude développés restent encore limités et très peu d'études ont été menées sur les aspects épidémiologiques du paludisme, les aspects socio-anthropologiques et l'amélioration de la qualité des prestations.

L'évolution des fonds alloués à la lutte contre le paludisme se décline sous une forme erratique depuis 1998. Les partenaires au développement restent les principaux pourvoyeurs de moyens financiers pour la lutte contre le paludisme au Sénégal.

La contribution des populations reste marginale et n'a donc pas été incluse dans la graphique. Cependant, elle peut revêtir une importance réelle en cas de reflux des capitaux extérieurs : la situation politique trouble de 2000 a par exemple conduit à une entrée nulle des fonds

3.2.3 L'approche par les ressources financières

L'objectif national va même au delà de la cible huit des OMD. L'objectif est en conformité avec les Objectifs de Millénaire pour le Développement. Ceci population mais surtout chez les enfants de zéro à cinq ans et chez les femmes enceintes. Le PNLP intègre les principes généraux de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » dont l'objectif est de réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme, non seulement dans la

3.2.2.7 La prise en compte des OMD dans le PNLP

Les moyens logistiques sont encore insuffisants pour assurer une supervision efficace. Les insuffisances notées concernent la disponibilité des données et la programmation des activités. Un système de suivi et d'évaluation plus opérationnel permettra d'accroître les performances.

** Faiblesse du suivi et de l'évaluation*

Certains ONG et partenaires au développement, qui interviennent directement dans les districts, exécutent parfois leurs programmes sans collaborer avec le PNLP.

Malgré l'existence d'un comité de pilotage et du PDIS qui constituent des cadres de concertation, des insuffisances persistent dans la coordination des activités et la programmation des réunions. Le rôle de certains membres n'est pas bien précisé. La collaboration intersectorielle doit être développée au niveau des régions et des districts avec la création ou la redynamisation des comités à l'instar de ce qui se fait au niveau national.

** Insuffisance dans la gestion des actions*

En plus du personnel de santé, les relais communautaires doivent être formés ou recyclés. Les insuffisances notées concernent les principaux domaines de la lutte contre le paludisme.

** Insuffisance de la Formation / Recyclage*

extérieurs destinés à la lutte contre le paludisme, ce qui a « contraint » les populations sénégalaises à prendre en charge jusqu'à hauteur de 22% du financement de la lutte contre le paludisme.

L'efficacité marginale des ressources financières destinées à la lutte contre cette endémie peut s'apprécier par la mise en balance de la variation relative des ressources financières et d'un ensemble d'indicateurs : prévalence du paludisme, taux de prise en charge médicale de la maladie ou létalité liée au paludisme.

Eu égard aux pertes énormes engendrées par la morbidité du paludisme, notamment en termes d'heures de travail perdues par l'économie nationale, de coûts curatifs supportés par les populations (bien qu'ils soient relativement faibles par rapport aux contributions de l'Etat et des partenaires, ces coûts grèvent lourdement le budget des ménages), nous choisissons la prévalence comme indicateur pertinent.

Dans cette veine, la corrélation entre les ressources financières totales destinées à la lutte contre le paludisme et la prévalence liée à cette maladie au Sénégal révèle un coefficient égal à -0.12. Ce qui montre le lien assez étroit entre la morbidité du paludisme et les sommes disponibles pour le combattre.

3.3 LA TUBERCULOSE

3.3.1 Situation nationale

La tuberculose reste un problème sérieux de santé publique dans le monde malgré tous les efforts déployés. L'accentuation de la pauvreté, la dégradation des conditions socioéconomiques, l'avènement de la pandémie du SIDA et des cas de tuberculose multirésistante constituent des facteurs péjoratifs augmentant la charge des états en limitant les ressources destinées à la lutte contre ces fléaux.

Selon l'OMS, si rien n'est fait pour accroître les moyens de la lutte, cette grande endémie connaîtra des proportions sans précédent. En effet, tous les jours, 20000 personnes développent la maladie et 5000 en meurent. Cette situation est d'autant inacceptable que les traitements disponibles sont efficaces et leur coût modique.

Au Sénégal, depuis 10 ans les résultats de la lutte sont stationnaires. Avec un risque annuel d'infection de 2%, environ 10000 cas de tuberculose à frottis positifs pourraient être attendus

chaque année. L'endémie VIH, la stigmatisation sociale entourant les malades, la dégradation des conditions de vie ont fortement atténué les efforts de lutte réalisés. Dans ces conditions, la nécessité d'une revue externe du programme s'est imposée. Cette évaluation a permis d'analyser les acquis et faiblesses du programme et de réorienter les stratégies du PNT.

Le Risque Annuel d'Infection (RAI) exprime la partie de la population qui est infectée au cours d'une année. Il traduit l'importance de l'aérosol tuberculeux. Au Sénégal, nous ne disposons pas de données sur ce risque annuel d'infection. Cependant, le RAI dans notre zone a été longtemps estimé à 2%.

D'autre part, d'après les profils par pays produits dans le « WHO Report 2003 Global Tuberculosis Control » (WHO/CDS/TB/2003.316). L'incidence estimée des cas toutes formes est de 167 cas /100000 habitants et l'incidence attendue des TPM+ est évaluée à 74 cas /100000 habitants. La proportion des séropositifs dans la population des adultes tuberculeux âgés entre 15 et 49 ans est de 9,8%. Une détection de 70% des cas attendus dépendrait, entre autres, des réelles capacités en matière de dépistage aussi bien en ce qui concerne la sélection des suspects de tuberculose et que de l'étendue et de la qualité du réseau de microscopie.

L'analyse des données selon le genre et l'âge

Sur le plan national, l'analyse des données de la tuberculose pulmonaire à frottis positifs selon le genre et la tranche d'âge révèle des tendances que l'on pourrait interpréter comme suit :

- Le ratio homme / femme est passé de 2,5 à 2,2 de 1993 à 2002. Cette baisse peut s'interpréter de diverse manière : soit par une amélioration de l'accès au dépistage des femmes faisant la tuberculose, soit une augmentation de la prévalence de l'infection chez les femmes entraînant un accroissement de leur nombre de cas, soit par une dégradation globale de l'état de santé des femmes et qui développe plus souvent la tuberculose.
- L'analyse de la sex-ratio par tranche d'âge est assez révélatrice. (graphique sex-ratio) En effet, cette ratio se réduit de moitié dans le groupe d'âge 65 ans et plus, alors que dans la tranche d'âge 55 – 64 ans elle est très variable. Partout ailleurs la tendance à la baisse est nette sauf pour les tuberculeux âgés entre 0 – 14 ans
- D'autre part, en poussant l'analyse on découvre que proportionnellement dans les classes d'âges de 0-14ans et 15-24 ans, les pourcentages des cas chez les filles sont

plus élevés (4 à 6 % et 24 à 28 %) alors que chez les garçons on retrouve (1 à 2 % et 18 à 22%). Cette analyse par classe d'âge fait suspecter une perspective de genre à étudier plus en détail.

3.3.2 Le PNT

La lutte contre la tuberculose figure parmi les priorités définies par le Ministère de la Santé. C'est pourquoi, les activités de prise en charge de la tuberculose font partie intégrante des plans de développement sanitaire des districts et des régions.

3.3.2.1 But

Réduire la morbidité et la mortalité de la tuberculose en améliorant la prise en charge des patients dans un contexte de décentralisation

3.3.2.2. Objectif général

Guérir 85% des cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif

Dépister 70% des cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs

3.3.2.3 Stratégies

Fournir une chimiothérapie de courte durée, au minimum, aux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs avec une phase intensive administrée sous observation directe (TDO).

Dans le cadre de la lutte antituberculeuse le Sénégal a mis en œuvre les cinq composantes de la stratégie DOTS qui est la recommandation internationale pour un contrôle de cette maladie.

1. Engagement politique

L'engagement politique du ministère de la Santé se traduit par :

- a. La mise en place d'une unité centrale responsable de la lutte antituberculeuse pour l'ensemble du pays.
- b. Diffusion d'un manuel du PNT
- c. La responsabilisation des différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- d. L'intégration des activités de prise en charge des cas dans le paquet minimum d'activités réalisé au district.
- e. Participation dans le financement des activités de la lutte contre la tuberculose.

2. Mise en évidence des cas par détection passive
 - a. Développement d'un large réseau de la microscopie 74 unités de microscopie fonctionnelles
 - b. Mise en place d'un système d'assurance qualité de la microscopie
 - c. 65% des nouveaux cas de TPM+ déclarés sont frottis positifs
 - d. Le laboratoire de référence national assure la coordination du réseau de microscopie et la surveillance de la résistance aux antituberculeux
3. Chimiothérapie de courte durée des TPM+ (TDO)
 - a. Schémas thérapeutiques standardisés
 - b. Protocole court de 8 mois pour le traitement des nouveaux cas de tuberculose
 - c. 68 Centres de traitement (Intégration de la PEC dans tous les centres de santé et les hôpitaux)
 - d. Application du TDO dans 40% des centres de santé (30 CDT sur 68)
 - e. La décentralisation du traitement aux PS peu étendue
4. Approvisionnement régulier en médicament
 - a. Développement d'un système d'approvisionnement régulier en médicaments, matériel et produits de laboratoire
 - b. Définition des responsabilités par niveau
 - c. A partir de 2005, les médicaments financés intégralement sur budget de l'Etat
 - d. A partir de 2007, achat des produits et matériel de laboratoire financé par l'Etat
5. Système de surveillance et d'évaluation du programme
 - a. Développement du système d'enregistrement et de notification utilisant des registres standard
 - b. Système d'enregistrement intégré au niveau district et hôpital
 - c. Evaluation trimestrielle des activités de dépistage et de traitement

3.3.2.4 Bilan des réalisations du PNT

a . Points Forts

Intégration dans les SSP

Taux de Couverture en Microscopie $\pm 100\%$.

Taux de couverture en unité de gestion $\pm 100\%$

Implication des postes de santé dans la PEC

2 Évaluations externes par an.

Système de déclaration exhaustif et fiable

Les activités du PNT intégrés dans le monitoring du CS

Développement de stratégies communautaires de lutte contre la tuberculose

Initiatives de recherche opérationnelle

b. Points faibles

Taux de guérison 62% pour les patients déclarés (en 2002)

Taux d'abandon élevé = 18% (cohorte de 2002)

Absence de stratégies de recherche active des malades irréguliers,

Implication des ECD insuffisante

Supervision du niveau intermédiaire rare

Bilan des réalisations du PNT

Surveillance Résistance Primaire BK démarre tardivement

Gestion du traitement inadéquate dans les hôpitaux

Secteur Privé pas touché

Peu d'influence de la décentralisation

IEC insuffisante

Mobilisation sociale peu développée

Sélection des cas suspects insuffisante

Difficultés d'accès à la radiographie dans la majorité des districts

Microscopie peu accessible à l'hôpital

3.3.2.5 Contraintes au dépistage et au traitement

Déficit de compétences dans les unités de microscopie et de traitement.

Déplacements inopportuns de patients à la recherche de « soins plus appropriés ».

Stigmatisation de la maladie

3.3.2.6 Principaux indicateurs du PNT

Ils sont de plusieurs ordres.

Les indicateurs de détection

-Le ratio de détection : c'est le rapport du nombre de cas détectés sur le nombre de cas attendus. En 2000, il est de 65,1 pour 100.000

Les hommes sont 2 fois plus nombreux que les femmes, le sex-ratio est de 2,2 en 2000

-Le taux de notification : il est très variable d'une région à l'autre. Il va de 19,6/100.000 habitants à 128,7/100.000 habitants pour Dakar. La moyenne nationale est de 93,1 pour les cas de TP toutes formes en 2000.

-La proportion de frottis positifs : elle est de 60,6 pour 100.000 habitants

- La proportion de retraitement : elle est de 5,8 %

Les indicateurs des résultats du traitement

-La proportion de conversion de frottis : c'est le pourcentage de patients frottis négatifs par rapport au nombre mis au traitement à la fin du 2^{ème} mois. Ce taux n'est pas utilisé dans le programme

-Le taux de réussite de traitement : il représente le total des taux de guérison et de traitement terminé

-Le taux de perdus de vue : c'est la proportion de patients dont le traitement a été interrompu pendant 2 mois consécutifs. Il est de 29 % en 1999. Il constitue l'un des problèmes majeurs pour le PNT actuellement.

Les indicateurs de gestion du programme :

-La couverture DOTS : au Sénégal, elle est de 100 % actuellement grâce aux efforts conjugués de l'état et de la LHL. Dans toutes les 10 régions du pays, les conditions du diagnostic, de la prise en charge et du suivi des patients sont réunies.

-La couverture du réseau de microscopie : Le nombre d'unités de microscopie est passé de 53 entre 1993 et 1994 à 70 en 1999 et maintenant à 76 en 2001. Le taux de couverture pour 100.000 habitants varie de 55 % à 160 % suivant les régions. Ces différences sont à l'image des écarts de densité de population et de superficie des régions du pays.

- Le pourcentage de postes de santé par district où le TDO est assuré : actuellement seul 30% des districts pratiquent le TDO.

3.3.2.7 Prise en compte des OMD dans le PNT

Le PNT a intégré la stratégie DOTS avec l'ensemble de ces cinq composantes adopte dans ses stratégies une chimiothérapie de courte durée (6 mois) aux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs avec une phase intensive administrée sous observation directe (TDO), ce qui est fortement recommandé dans le MDGS Cependant l'application du TDO

Statistiques Sanitaires, MSPM)

Tableau 19 : Disponibilités et besoins en infrastructures sanitaires au Sénégal (Source : DPS, Direction

Gap Infrastructurel	-	79	239	723
Population 2015	14563900	97	291	1456
Population 2004	10100 000	18	52	733
Effectifs	Hôpitaux	Centres de santé	Postes de santé	

4.1 Evaluation des besoins en infrastructures sanitaires

Les besoins globaux pour l'amélioration de la santé des populations sénégalaises et général et l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement en terme d'infrastructures et de personnel seront repartis dans les onze régions en fonction des effectifs de population de chacune d'elles. Le coût unitaire de chaque variable permettra d'estimer pour chaque région l'enveloppe nécessaire pour l'atteinte des objectifs d'ici 2015.

Section 4 BESOINS POUR LA REALISATION DU VOLET SANTE DES OMD

L'analyse en termes d'efficacité marginale montre que les ressources provenant des bailleurs ont un impact nettement plus élevé sur la tuberculose au Sénégal que les fonds provenant de l'Etat. Une hausse de 100% des financements des partenaires entraîne en effet une baisse de 79% des déclarations de tuberculose au niveau national, contre un effet de 25% pour les fonds publics (Source : nos calculs à partir des données MSPM/DAGE/DSPB/BAF et du PNT).

Sur la période récente, le financement de la lutte contre la tuberculose a été l'œuvre de l'Etat jusqu'en 2000. A partir de cette date, les partenaires au développement deviennent les principaux pourvoyeurs de fonds des différents programmes pour la lutte contre la tuberculose au Sénégal.

3.3.4 L'approche par les ressources financières

d'expansion de la tuberculose.

En 2000, 8934 cas de tuberculose (toutes formes confondues), ont été notifiés dont 5823 nouveaux cas contagieux. Ainsi, le taux de détection des cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif est de 60,6 pour 100 000. Actuellement, l'épidémie de VIH/SIDA, la pression démographique et la paupérisation croissante de la population constituent des facteurs

3.3.3 Amélioration tendancielle

La taille de la population rapportée aux normes de l’OMS pour chaque type d’infrastructure révèle un gap énorme que le pays peut difficilement combler. On constate en référence aux normes édictées par l’OMS d’ici 2015, un déficit de 79 hôpitaux, de 239 centres de santé et de 723 postes de santé.

L’estimation des besoins sera faite en formulant des hypothèses réalistes. Nous suggérons en plus de l’existant, deux hôpitaux, un centre de santé par département et un poste de santé par communauté rurale. Ce qui implique 2 hôpitaux supplémentaires, 33 centres de santé et 360 postes de santé.

Infrastructures/Ressources humaines	Coût unitaire	Nombre	Montant global
Hôpital	4 500	2	9 000
Centre de santé	450	33	14 850
Poste de santé	200	360	27 000
			Total : 50 850

Tableau 20 : Enveloppe financière nécessaire pour les besoins en infrastructures d’ici 2015 (millions Fcfa)

4.2 Evaluation des besoins en ressources humaines

	Effectifs	Médecins	Infirmiers	Sages-femmes
Population 2004	10100 000	451	1052	
Femmes en âge de procréer en 2004		-	-	610
Population 2015	14563900	1456	48546	
Femmes en âge de procréer en 2015		-	-	ND
Gap en Ressources Humaines	-	1003	47494	ND

Tableau 21 : Besoins en ressources humaines

Le déficit touche toutes les catégories socio-professionnelles. La référence aux Normes de l’OMS a permis de dégager un gap pour chacun de ces différents corps. Le pays aura besoin de 1003 médecins, 47494 infirmiers d’ici 2015.

Cependant, compte tenu de l'hypothèse réaliste retenue, notre mode de calcul des charges de personnel repose sur la méthode des ratios qui va consister à prendre 20% des coûts des infrastructures comme charges de personnel pendant 10 ans. L'enveloppe financière nécessaire pour satisfaire les besoins en ressources humaines d'ici 2015 est alors déroulée dans le tableau suivant :

	Montant global	Charges de personnel
Hôpitaux	9 000	1 800
Centres de santé	14 850	2 970
Postes de santé	27 000	5 400
Total	50 850	10 170

Tableau 22 : Enveloppe financière pour les besoins en ressources humaines

Financement de la lutte contre le VIH / SIDA au Sénégal

Stratégies mises en place :

<u>Stratégies</u>	<u>Année de référence 2004</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010 - Fin 2014</u>	<u>Total général</u>
Prévention	9,05 M \$ 50%	9.5	9.5	9.5	9.5	9.5		
Prise en charge	7.24 M \$ 40%	7.60	7.83	8.41	9.13	9.98		
Surveillance Supervision & coordination	1.81 ,M \$ 10%	1.90	2.12	2.51	2.82	3.04		
Total	18.1 M \$	19	19.45	20.42	21.45	22.52	120.96	223.8

Types de dépenses :

<u>Type de dépenses</u>	<u>%</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010 - Fin 2014</u>	<u>Total général</u>
Personnel	8%	1.52	1.75	2.33	3.05	3.90		
Investissement	14%	2.66	2.88	3.27	3.58	3.80		
Fonctionnement	78%	14.82	14.82	14.82	14.82	14.82		
Total	18.1	19	19.45	20.42	21.45	22.52	120.96	223.8

Sources de financement de la lutte contre le VIH / SIDA

Sources	<u>Base2004</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010 – Fin 2014</u>	<u>Total général</u>
Etat	4.53	4.75	4.86	4.98	5.10	5.22		24.91
Partenaires	13.03	13.68	14	14.34	14.68	15.04		36.63
Collectivités locales	0.54	0.57	0.59	1.10	1.67	2.26		
Total	18.1	19	19.45	20.42	21.45	22.52	120.96	223.8

Commentaires :

- L'augmentation globale des ressources de programme est calquée sur l'augmentation générale de la population (2.4%) par an.
- Il est proposé un renforcement du programme en personnel technique notamment des techniciens de laboratoires qui seront équipés et positionnés progressivement au niveau de tous les centres de santé.
- Développement d'une politique plus rigoureuse d'utilisation des ONG qui permettra de faire des économies judiciaires, lesquelles économiques seront utilisées à renforcer l'achat d'ARV.

En ce qui concerne les types de dépenses, il est proposé de les maintenir au niveau du montant de 2005 ; l'augmentation globale des ressources du programme sera d'abord répartie à égalité sur chacune des autres catégories de dépenses, puis la part des investissements dans les ressources additionnelles sera réduite progressivement (10 % par an) au profit des dépenses de personnel sur la période 2006 à 2009 .

- La détermination des gaps de financements concernera surtout les ressources attendues de partenaires ; et là une suggestion consiste à considérer que toutes les augmentations de ressources attendues, au-delà du montant de l'année de base 2004 sont à rechercher.

Financement de la lutte contre le paludisme (source de financement en million de \$ US)

Sources	Année de référence 2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 – Fin 2014	Total général
Etat	1.75	1.75	1.92	2.11	2.32	2.55	17.1	27.75
Collectivités locales	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.76	1.41
Population	0.83	0.83	0.83	0.83	0.83	0.83	4.15	8.3
Partenaires	7.28	5.25	4.53	4.53	3.82	3.82	19.1	41.05
Total	9.99	7.96	7.41	7.60	7.10	7.33	41.11	78.51

Il est proposé que dès 2006, les ressources allouées par l'Etat soient augmentées de 10% par an. Pour la période 2010-2015, l'effort de l'Etat reste maintenu en raison de 10% par an, les collectivités seront plus sollicitées à raison d'une augmentation annuelle de 5%, tandis que pour les autres acteurs (populations et partenaires au développement), les efforts des dernières années seront maintenus.

Financement de la lutte contre la mortalité maternelle :

Sources de financement

Sources	Année de référence 2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 - Fin 2014	Total général
Etat	1.94	2.13	2.34	2.57	2.83	3.12	23.02	36.01
Collectivités locales	0.04	0.04	0.05	0.05	0.06	0.06	0.42	0.68
Populations	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.50	1.00
Partenaires	4.59	5.05	5.55	6.11	6.72	7.39	49.64	80.46
Total	5.50	7.32	8.04	8.83	9.71	10.67	73.58	118.15

La revue des dépenses publiques de santé effectuées récemment indique un accroissement régulier des ressources allouées par l'Etat à la santé de la reproduction de 15 à 50% sur la période 98-2002.

Il est retenu ici que l'Etat pourra difficilement aller au-delà d'un rythme d'accroissement annuel de 10%. Ce même raisonnement a été retenu pour la contribution des partenaires au développement.

Pour les populations, de 1999 à 2002 les ressources affectées à la santé de la reproduction sont en accroissement constant avec une moyenne de plus de 25% sur la période. Il est probable que cette augmentation continue jusqu'en 2004. Toutefois avec la politique annoncée par les autorités sanitaires de rendre gratuit un certain nombre de prestations de SR, le niveau atteint a été maintenu. Aussi pour les collectivités locales, une augmentation symbolique de 10% a été retenue tandis que les contributions des populations ont été maintenues à 0.10 million de dollars US sur toute la période.

Financement de la lutte contre la mortalité infantile :

Sources de financement

Sources	Année de référence 2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 - Fin 2014	Total général
Etat	2.37	2.61	2.87	3.15	3.47	3.82	25.64	41.56
Collectivités locales	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Populations	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Partenaires	12.10	14.52	17.42	20.91	25.09	30.10	202.14	310.18
Total	14.47	17.13	20.29	24.06	28.56	33.92	227.78	351.74

L'ETAT augmente les fonds alloués à la lutte contre la mortalité infantile de 10% compte tenu de l'objectif d'environ 25% de mortalité infantile à atteindre en 2015 et du niveau actuel de cet indice.

Les données de contribution des collectivités et des populations ne sont pas disponibles bien que les populations participent à la mobilisation sociale, à la prise en charge financière de l'enfant malade, et de façon symbolique à la prise en charge de la supervision des activités par l'intermédiaire des comités de santé.

Compte tenu des efforts à tripler pour atteindre l'objectif des OMD pour le Sénégal en matière de mortalité infantile, le taux de progression des ressources extérieures devrait atteindre un niveau d'accroissement annuel de 20% les cinq premières années est maintenue à 10% les cinq années restantes.

Financement de la lutte contre la tuberculose : Sources de financement

Sources	Année de référence 2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 – Fin 2014	Total général
Etat	0.18	0.18	0.18	0.18	0.18	0.18	0.90	1.8
Collectivités locales	-	-	-	-	-	-	-	-
Populations	-	-	-	-	-	-	-	-
Partenaires	1.2	1.44	1.73	2.07	2.48	2.98	26.64	37.34
Total	1.38	1.62	1.91	2.25	2.66	3.16	27.54	39.14

Depuis 1985, l'Etat du Sénégal a conservé le même niveau de financement pour la lutte contre la tuberculose. Il faut noter que dans cette opération les collectivités locales et les populations n'y sont pas sollicitées.

Quant aux partenaires au développement leur apport connaît une nette progression au fil des années. Pour estimer les contributions des années ultérieures un taux de 20% paraît raisonnable d'autant qu'il s'agit d'une maladie réémurgence associée au VIH/SIDA.

**COMMENTAIRE GENERAL SUR LE FINANCEMENT POUR LES OMD
(à compléter après l'atelier)**

ANNEXES

Annexe 1 : Sources de financement des OMD de la santé pour le Sénégal (en millions Fcfa)

		1998	1999	2000	2001	2002	TOTAL
PECIME	Etat*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Partenaires	0,00	76,18	0,00	54,00	41,44	171,62
	Populations	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PEV	Etat	758,60	535,70	602,30	871,10	886,92	3654,63
	Partenaires	6,00	261,56	240,00	1253,57	4390,56	6141,68
	Populations	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Nutrition	Etat	29,18	30,65	22,10	62,51	50	194,45
	Partenaires	36,75	345,67	0,00	547,44	578,91	1508,76
	Populations	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santé de la reproduction	Etat	194,49	222,49	287,08	564,12	25,54	1099,23
	Partenaires	938,39	2602,13	685,5	2930,23	2691,81	10042,55
	Populations	0,00	18,65	21,39	33,74	36,31	110,10
SIDA IST	Etat	152,94	118,66	115,75	646,45	951,49	1985,29
	Partenaires	881,29	1731,64	791,36	2452,29	1438,26	7294,84
	Populations	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Paludisme	Etat	26,26	22,8	26,43	462,88	39,12	577,49
	Partenaires	243,97	757,23	0	1483,63	760,36	3245,19
	Populations	1,08	4,24	5,79	6,53	23,10	40,73
Tuberculose	Etat	18,95	0,00	18,55	22,45	90,90	150,84
	Partenaires	0,00	0,00	49,95	576,75	890,74	1517,44
	Populations	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

* Y compris Collectivités locales

Annexe 2 : Organigramme du secteur de la santé au Sénégal

Le secteur est sous la responsabilité du Ministre de la Santé et de la Prévention. L'organigramme présente l'ensemble du système de santé de la périphérie au niveau central.

Au niveau central, on retrouve autour du Ministre, le Cabinet et six directions techniques :

Direction de la Santé
Direction de la Prévention
Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
Direction de la Pharmacie et du Médicament
Direction des Établissements de Santé
Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation.
Les services propres : les régions médicales

Les services rattachés au Ministère sont :

La cellule d'appui et de suivi CAS/PNDS
L'Inspection de la Santé ;
Le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments.

Les services qui sont intégrés à la Direction de la Santé sont :

Bureau de gestion

Bureau de la santé des personnes du 3^{ème} âge

Division de la Santé de la Reproduction

Division des maladies transmissibles;

Division des Soins de Santé Primaires

Division du SIDA

Division des maladies non transmissibles

Division de la Médecine privée et de la médecine traditionnelle

Division de l'alimentation et de la nutrition

Les services qui sont intégrés à la Direction de la Prévention sont :

Division de l'immunisation et de la surveillance épidémiologique

Division de l'éducation pour la santé

Service national de l'hygiène

Division du partenariat

Bureau de gestion