



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un peuple – un but – une foi

Ministère de la Santé et de la Prévention



**FORMULATION DU NOUVEAU DOCUMENT DE POLITIQUE ECONOMIQUE ET
SOCIALE 2011-2015**

RAPPORT DU SECTEUR DE LA SANTE

Mai 2010

Sommaire

I. CONTEXTE ET METHODOLOGIE.....	3
I.1 Contexte.....	3
I.2 Méthodologie.....	4
II BILAN ET DIAGNOSTIC DU SECTEUR.....	4
II 1 ETAT D'AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE SECTORIELLE EN 2009.....	4
II.1.1 Analyse de l'évolution des indicateurs.....	4
II.1.2 bilan des réalisations sectorielles	2
II.1.3 programmation et exécution budgétaire.....	11
II.1.4 analyse des principales contraintes.....	15
II.1.5. Perspectives.....	17
II.2. EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU DSRP II (2006-2009).....	18
II.2.1 ANALYSE DES PERFORMANCES SECTORIELLES (2006-2009)	18
II.2.2 APPRECIATION DE LA MOBILISATION ET DE L'EXECUTION DES RESSOURCES FINANCIERES SUR LA PERIODE (2006 – 2009).....	20
III. ORIENTATION STRATEGIQUE 2011-2015.....	1
IV. ENJEUX ET DEFIS DU SECTEUR SANTE.....	1
V. ANALYSE DES INSTRUMENTS ET DISPOSITIFS DE SUIVI-EVALUATION SECTORIEL	3
VI. RECOMMANDATIONS	3
VII. CONCLUSION	4

I. CONTEXTE ET METHODOLOGIE

I.1 Contexte

Le Sénégal a adopté en 2002 son document de stratégie de réduction de la pauvreté, réactualisé en 2005. La stratégie de réduction de la pauvreté (SRP) accorde une place de choix au secteur de la santé largement pris en compte dans le pilier renforcement des capacités et accès aux services sociaux de base. Cette priorité accordée à la santé découle des liens étroits entre santé et pauvreté. En effet le mauvais état de santé influe négativement sur la croissance économique surtout dans nos pays où la création de richesse est fortement tributaire du facteur du travail. D'un autre côté, la maladie est elle-même facteur de pauvreté du fait des dépenses engagées par les ménages au titre des soins et des médicaments.

Le DSRP a fortement influencé les orientations définies dans le document de la deuxième phase du PNDS (2004 -2008). Ce document met particulièrement l'accent sur l'approfondissement de la décentralisation, le meilleur ciblage des groupes vulnérables et le renforcement de la prévention en rapport avec les objectifs du DSRP et les OMD.

La deuxième phase du PNDS est mise en œuvre à travers le CDSMT pour atteindre les objectifs fixés en terme de réduction de la charge de morbidité et mortalité des mères et des enfants en mettant un accent particulier sur les groupes vulnérables.

Le Ministère de la Santé et de la Prévention vient d'élaborer son deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II) dont les objectifs sectoriels sont reconduits dans le premier CDSMT 2009-2011 et sont au nombre de quatre (4) :

- (i) Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ;
- (ii) Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
- (iii) Renforcer durablement le système de santé ;
- (iv) Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

L'année 2009 a été la première année de mise en œuvre du PNDS II (2009-2018) qui retient comme vision un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif.

I.2 Méthodologie

Pour faire l'état d'avancement des travaux d'élaboration du rapport de la revue annuelle du DSRPII, le sous groupe de travail du sous secteur santé/nutrition de l'axe II « Accélération de la promotion de l'accès aux services sociaux de base », élargi aux responsables du secteur a réalisé les activités suivantes :

- La mise à niveau sur la situation du secteur de la santé ;
- La transmission des outils de travail au groupe de travail ;
- L'organisation d'un atelier de mise en commun des informations et élaboration du pré-rapport (résidence NDIAMBOUR) les 22-23 avril 2010 ;
- L'organisation d'un atelier de restitution du bilan du DSRP pour l'année 2009 le 30 avril 2010

II BILAN ET DIAGNOSTIC DU SECTEUR

II 1 ETAT D'AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE SECTORIELLE EN 2009

II.1.1 Analyse de l'évolution des indicateurs

INDICATEURS DOMINANTS	2008	R 2009	P 2009	TA	Ecart R-P
Nbre de malades du SIDA pris en charge	9252	11821	7935	27,77%	3886
Nbre de personnes fréquentant les CDVA et SDVA	149689	207053	NR	38,32%	NR!
Taux de consultation primaire globale	58%	57%	54%	-1,72%	3,00%
Taux de couverture en TPI 2	54%	56%	80%	3,70%	-24,00%
Taux de consultation prénatale	88%	97,40%	90%	10,68%	7,40%
Proportion d'accouchement effectués dans les formations sanitaires (assistés par du personnel formé)	61%	66,90%	68%	9,67%	-1,10%
Proportion d'enfants (0-11mois) complètement vaccinés	80%	74%	80%	-7,50%	-6,00%
Taux de vaccination PENTA 3	88%	86%	80%	-2,27%	6,00%
Nombre d'enfants 0-5 ans bénéficiant d'une surveillance de l'état nutritionnel (poids/taille, poids/âge) au niveau communautaire	418 000	629 000	600 000	50,48%	29 000

Globalement par rapport à 2008, les différents indicateurs ont connu une poussée sauf pour ce qui concerne le **Taux de consultation primaire globale** qui continue dans les contreperformances enregistrées depuis 2008 même si un écart positif de 3% est noté par rapport aux objectifs de 2009.

La prise en charge des malades du SIDA a connu une évolution de 9252 en 2008 à 11 821 en 2010 soit un accroissement de 27,77%. Pour les prévisions de 2009 (7935) on note dans la réalisation un écart positif de 3886.

En 2009, les adultes représentent 94% des pris en charge même si les sites pédiatriques ont connu une évolution passant de 49 (soit 36%) en 2008 à 74 (soit 44%) en 2009. Par rapport à l'accès universel également, les enfants ne connaissent pas une progression importante par rapport aux adultes : ils passent seulement de 34% à 40% soit un accroissement de 16,11% là où les adultes réalisent un bond de 23,72% (de 67% à 82%).

Des efforts considérables sont notés dans la prise en charge des femmes enceintes séropositives où la mise sous ARV a plus que doublé passant de 434 à 917 soit 111%. La proportion de femmes enceintes sous ARV est ainsi passée de 54,6% à 78,3%.

Du point de vue spatial, Dakar concentre à lui seul 37% (4388) des pris en charge. Cependant, cette part a chuté par rapport à 2008 où elle enregistrait 49%. Fatick (2%) et Matam (3%) ont les plus faibles parts.

Le nombre de personnes fréquentant les CDVA et SDVA est passé de 149686 en 2008 à 207053 en 2009 soit une progression de 38% qui n'a pas cependant permis de réaliser l'objectif et il est relevé un écart négatif de **XXX**

Le nombre de sites a pourtant connu un bond prodigieux de 91% passant ainsi presque du simple au double : de 281 en 2008 à 537 en 2009 (519 structures sanitaires publiques et 18 CDVA).

Le nombre de sites PTME a connu une progression similaire passant de 258 à 503 soit 95%. Ainsi le nombre de femmes enceintes dépistées est passé de 111210 à 166830 soit un bond de 50%.

Les femmes enceintes dépistées positives sont passées de 795 à 1171 soit une progression de 47%. Les sites de diagnostic précoce PTME sont passés de 28 à 65 soit 132% d'accroissement. Une bonne logistique a permis de faire évoluer la distribution des tests de dépistage.

Des efforts considérables sont notés dans la prise en charge des femmes enceintes séropositives où la mise sous ARV a plus que doublé passant de 434 à 917 soit 111% de croît. La proportion de femmes enceintes sous ARV est ainsi passée de 54,6% à 78,3%.

Pour le **taux du traitement préventif intermittent contre le paludisme (TPI)**, 56% de femmes ciblées ont bénéficié de deux traitements et il en est résulté une augmentation du taux de 2% par rapport à 2008. Cependant, on est assez loin de l'objectif de 80% fixé avec seulement un taux de réalisation de celui-ci de 70%. Ceci serait en rapport avec une rupture en SP, mais aussi le problème du retour des femmes pour les CPN

Concernant la **proportion d'accouchements effectués dans les formations sanitaires**, il a été noté une augmentation du taux d'environ 6 points. Le résultat satisfaisant (66,9%) en

2009 par rapport à 2008 (61%) s'explique en parti par une meilleure complétude et exhaustivité des données mais aussi une amélioration de la qualité des services et une meilleure sensibilisation des cibles par le niveau communautaire en faveur des accouchements dans les structures sanitaires. un gap de 1% existe et pourrait être comblé si les données du secteur privé étaient totalement colligées. Cependant, il existe un gap de 1,10 point par rapport à l'objectif de 68%.

Le **Taux de consultation prénatale** de 97,4% a connu une augmentation de 10,68% et a permis d'enregistrer 7,4% de plus par rapport à l'objectif. Les femmes fréquentent les structures sanitaires au moins une fois grâce à l'amélioration de l'accessibilité, pour la confirmation de la grossesse ou pour cause de maladie

Concernant la **Proportion d'enfants (0-11mois) complètement vaccinés**, l'objectif n'est pas atteint et l'écart est de - 6. Par rapport à 2008, on a enregistré un résultat de 74% contre 80%, ce qui traduit un taux d'accroissement négatif (-7,50%). Cette contreperformance est due à des problèmes de rupture de vaccins et consommables.

Pour également la **vaccination en Penta 3**, malgré l'atteinte de la cible, on a constaté une baisse de la performance avec un taux d'accroissement de -2,27%.

Les causes sont à rechercher dans les problèmes que rencontre le programme élargi de vaccination (PEV). Il s'agit entre autres : des ruptures fréquentes de vaccins et de consommables, de la vétusté de la logistique (auto, moto et chaîne de froid) mise en place depuis 2002, la difficulté du programme dans la mise en place des vaccins et consommables au niveau des régions et districts.

En 2009, le **nombre d'enfants 0-5ans ayant bénéficié d'une surveillance de l'état nutritionnel** (poids/taille, poids/âge) au niveau communautaire est passé de 418 000 en 2008 à 629 000. Pour une cible de 600 000 enfants soit un taux d'accroissement prodigieux de 50,48%. Ce qui constitue un résultat satisfaisant. Il faut seulement souligner l'extension du PRN qui est passé de 115 à 257 Collectivités Locales dont 199 Communautés Rurales en 2009.

Cependant, au regard de l'insuffisance pondérale, les résultats sont plus mitigés. Les prévalences avaient montré une tendance baissière entre 1992 et 2005 (EDSII et EDSIV). Les taux sont passés de 20% à 17%. En revanche, selon l'enquête SMART de 2008, qui est actuellement la référence, le niveau de cet indicateur apparaît maintenant plus élevé, dépassant les 17%. Les enquêtes SMART faites seulement dans 5 régions ont confirmé cette tendance dans certaines régions comme Matam, même si dans d'autres c'est le contraire qui est observé.

Dans le cas spécifique de la Consultation Primaire Globale, il ressort que l'objectif a été atteint voire dépassé (+3%). Cette année, contrairement à 2008, une performance sensible est notée. Ces résultats sont donc encourageants

II.1.2 bilan des réalisations sectorielles

NB : ce bilan est à faire par rapport à la matrice des mesures sectorielles du DSRPII

Dans le cadre de la poursuite des objectifs stratégiques retenus dans le DSRP II, le gouvernement du Sénégal, avec l'appui des partenaires secteurs de la santé, a initié un ensemble d'actions prioritaires en vue *d'améliorer la qualité, l'accès et l'offre de services de*

santé. Au bilan des réalisations en 2009, nous avons noté la réception de 3 nouveaux Centres de Santé (03) à Keur Massar, Khombole, Ranérou et, un quatrième à Tivaouane est en cours d'achèvement et de deux Centres de Santé (02) réhabilités à Dahra et Darou Mousty

Des efforts ont été consentis par le Ministère de la Santé et de la Prévention pour équiper plusieurs structures. C'est ainsi que onze (11) pharmacies régionales d'approvisionnement, deux banques de sang (02), douze (12) centres de santé et de seize (16) postes de santé, ont été concernés par la distribution d'équipements. La pédiatrie de l'Hôpital LE DANTEC, le service ORL de FANN de même que la maternité de l'hôpital Aristide le Dantec ont été par la même occasion équipés. A ceux là s'ajoute l'équipement des quatre vingt treize unités de diagnostic TB au niveau PPS, dans le cadre du renforcement de la lutte contre la tuberculose. En perspective de la consolidation de l'appui logistique, un plan de maintenance des équipements et un inventaire des matériels ont été réalisés.

Toutefois, la poursuite de la politique d'amélioration de l'accès et de l'offre de services de santé doit être accompagnée par la mise à disposition de ressources humaines et le DSRP II avait accordé une grande importance à la *mise en œuvre de politiques de recrutement, de formation, de gestion de personnel médical qualifié et de motivation du personnel en service dans les zones pauvres et enclavées*. Par rapport à l'atteinte de cet objectif stratégique, un plan de développement des ressources humaines est en phase de finalisation. Cependant, il faut noter qu'il n'y a pas eu de recrutement dans la fonction publique depuis 2006 et que des mesures de discrimination positive n'ont pas été mises en œuvre pour fixer les agents qualifiés dans les zones difficiles.

L'amélioration de l'accessibilité des pauvres aux services de santé et aux médicaments, demeure une grande priorité du gouvernement et des partenaires techniques et financiers qui ont initié des programmes allant dans ce sens.

C'est ainsi que plusieurs initiatives de gratuité existent aujourd'hui au niveau du secteur de la santé ; il s'agit entre autres :

- du plan SESAME pour lequel l'Etat a alloué un financement de 800 millions exécuté à 100% et qui a permis de prendre en charge plusieurs patients et de réaliser d'autres activités comme la Création d'un Comité technique chargé de l'orientation et du suivi du Plan, la création d'une Unité de gestion, la confection d'outils de gestion et la mise en place d'un dispositif de délivrance de la carte sésame.
- du programme de gratuité de la Césarienne et des accouchements : 430 millions ont été intégralement mobilisés et repartis dans l'ensemble des hôpitaux au cours de l'année 2009. On a pu réaliser (...X...) accouchements gratuits.
- de la prise en charge des malades souffrant de paludisme : le test de diagnostic rapide (TDR) est disponible est gratuit au niveau de toutes les structures de prise en charge et les médicaments ACT sont subventionnés ; ACT ?
- de la gratuité des médicaments antituberculeux, du diagnostic TB, de la SP et du dépistage VIH, de même que l'accès aux ARV pour les Personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- de la poursuite de l'appui au développement des mutuelles de santé à travers les interventions des partenaires au développement avec la création de 18 nouvelles mutuelles de santé par Abt-USAID, de 30 nouvelles mutuelles de santé par CTB (ASSRMKF),), de 04 autres nouvelles mutuelles de santé pour ACDEV, de la réalisation de l'Etude sur l'état des lieux des mutuelles de santé dans les régions de

Kaffrine, Kaolack, Diourbel et Fatick et de l'élaboration d'un plan de renforcement par CTB (PAMAS). D'autres actions ont été aussi enregistrées, comme par exemple, l'Appui à la mise en place de la mutuelle de santé des transporteurs routiers (Transvie) par le BIT, l'état des lieux des systèmes de financement solidaire des dépenses de santé dans les régions de Saint-Louis, Louga et Matam, l'étude de faisabilité pour la mise en place d'un fonds de solidarité d'appui aux systèmes de financement solidaire à Matam par Lux-Développement.

- Il ya eu également la signature du décret d'application de la loi sur les mutuelles de santé, la Validation de la stratégie d'extension de la couverture du risque maladie, l'élaboration d'une feuille de route pour la mise en œuvre de la stratégie et l'élaboration et diffusion d'outils harmonisés de suivi/évaluation des activités des mutuelles de santé. Dans le cadre de l'Initiative de gratuité/subvention, les TDR ont été rendus disponibles dans toutes les structures sanitaires et au niveau communautaire (cases de santé, DSDOM), la Stratégie PECADOM est en cours (408 villages d'accès difficile sont actuellement enrôlés dans 25 districts).

Dans le cadre du Développement des services de santé à base communautaire (appui aux mutuelles de santé, échanges d'expériences entre régions, formation pour les agents de services de santé communautaire, etc.), des stratégies ont été élaborées. L'initiative BAJENOU GOKH et TOURONDO, est en cours. Des études sur l'offre initiale de pilules par les matrones, la prévention de l'hémorragie du post partum par misoprostol au niveau des cases, ont été réalisées. Un manuel de procédures pour le passage à l'échelle des expériences à base communautaire est disponible. La PTME communautaire se déroule comme prévue.

Concernant l'objectif stratégique visant à *développer une politique de délocalisation des spécialités*, il n'y a pas eu d'activités, même si le besoin se fait fortement ressentir pour prendre en charge les disparités qui entravent le fonctionnement du système. Par rapport à la *promotion chez les populations des attitudes et des comportements de prévention des maladies* nous avons enregistré des réalisations à travers la mise en œuvre de programmes d'information, de sensibilisation, d'éducation et de renforcement de capacités des familles et des communautés. Sept (07) télé-conseillers ont eu à bénéficier de formation. Les grands rassemblements ont bénéficié de la mise en œuvre d'un plan de communication.

Dans le cadre de l'information sur les programmes prioritaires du Ministère de la Santé et de la Prévention, des supports promotionnels de même que des supports de communication ont été produits et diffusés dans les journaux. C'est ainsi que 50 radios communautaires, les Télé privées et la RTS ont eu à participer à des activités de communication sur la prévention du SIDA. Des supports de communication multimédia sur les bonnes pratiques en promotion de la santé ont été produits, de même que des supports de communication ont été imprimés. Des supports pour les services décentralisés ont été imprimés et reproduits pour les BREIPS.

Par ailleurs, un plan national stratégique de promotion de la santé a été élaboré. Le Ministère devait prendre en charge la mise en place de programmes de formation des agents de la santé et des volontaires de la santé et de la prévention

○ A compléter

Sur *l'amélioration de la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA*, les activités enregistrées sont nombreuses. Dans le cadre du renforcement des actions de prévention des IST/SIDA, on a capitalisé comme résultats :

- La couverture de la prévention mère enfant à 77% ;
- Le dépistage VIH dans la population générale 1,1% ;
- Le dépistage chez les professionnels de sexe (69,8%) et chez les HSH (34,1%) ;
- La mise en œuvre d'un programme de prévention en direction des professionnels du sexe ;
- La connaissance au sujet de la prévention chez les professionnels du sexe de 41%, et chez les jeunes de 22,7%. Le rapport sexuel à haut risque concerne 7,7% de la cible, et l'utilisation du préservatif au cours rapport à haut risque est de 52,2%.
- Des prestataires au nombre de 663 ont été formés à la prise en charge des IST.
- Le conseil dépistage au niveau de 394 postes de santé a été décentralisé ;
- L'enquête IP6 /IP7 sur la qualité de la prise en charge des IST a été effectuée et 109 sites principaux pour le dépistage existent.
- La Poursuite de la stratégie avancée pour le dépistage avec 80% du total dépisté, soit 211863 et pour les TB testés au VIH, ils sont de 6857 sur 11734 cas.

Des actions sont menées concomitamment par Ministère de la Santé et de la Prévention, appuyé par le Comité Nationale de Lutte contre le Sida, pour rendre plus accessibles les services aux Personnes vivant avec le VIH, à travers la mise en place des équipements et traitements (ARV et réactifs). Les sites de Prise En Charge ARV ont augmenté de 17% (101 sites de prescription), et des médecins prescripteurs ont été formés : 122 dont 52 à DAKAR. Au niveau des PS, 300 infirmiers sages femmes et travailleurs sociaux ont été formés sur la prise en charge des infections opportunistes et le counselling. On a constaté une augmentation de 51% des sites de prise en charge des enfants (74 sites), mise en place des ARV pédiatrique. Des points focaux au nombre 90 ont été formés en counselling TB/VIH. Parmi les 717 coinfectés, 264 sont traités par ARV. Dans le cadre des acquisitions, 08 automates supplémentaires ont été réceptionnés. L'initiation à l'utilisation du papier buvard (dépistage NVN de mère séropositive) est en cours.

S'agissant du renforcement de la prise en charge globale (médicale, psychosociale nutritionnelle et économique) des enfants, femmes et autres personnes vivant avec le VIH/SIDA, les réalisations concernent l'appui psychosocial dont ont bénéficié 15180 personnes. 12249 PVVIH sont sous ARV et 3290 OEV ont eu une bourse scolaire. Des indicateurs d'alerte précoce sont suivis et la prise en charge des cas de résistance est effective.

Dans le cadre de l'amélioration de la **prévention et la lutte contre le paludisme** des efforts ont été menés en vue du renforcement des actions de prévention du paludisme (promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées, traitement préventif intermittent, etc.). Les femmes enceintes et les enfants de 0-5 ans dormant sous MII sont respectivement 30 et 31%. La proportion de femmes en grossesse ayant bénéficié d'un traitement palustre intermittent est de 56%.

Dans le contexte de la mise en œuvre de la feuille de route multisectorielle élaborée et validée en 2006 pour **l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et**

néonatale, différentes initiatives ont été menées en vue d'augmenter la disponibilité, l'utilisation et la qualité des services. Il s'agit notamment de la révision des documents de Politiques, Normes et Protocoles (PNP) de SR, la délégation des compétences SONU, la gratuité des accouchements et des césariennes dans certaines zones ciblées, l'introduction de la Planification Familiale au niveau communautaire, la promotion et la mise en œuvre d'un paquet de Soins Essentiels du nouveau né à visée préventive aussi bien au niveau des structures sanitaires qu'au niveau communautaire, l'introduction et l'extension des services de Soins Après Avortement (SAA), l'introduction de l'audit des décès maternels et néonataux, la prise en charge de la santé des adolescents/jeunes, les missions de réparation de fistules vésicales d'origine obstétricale, l'Initiative BAJENOU GOXX.

En 2009, l'élaboration du plan stratégique national pour accélérer les progrès réalisés en matière de santé de la reproduction contribue à relever l'ensemble des défis en vue de permettre au Sénégal d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ce document permettrait à chaque partenaire de s'y inscrire et de contribuer ainsi à une meilleure couverture du pays en services SR (au lieu de se concentrer en des zones spécifiques et en laissant d'autres sans appui).

Malgré tous ces efforts, de nombreux défis restent à relever pour contribuer à un accès universel à des services SR de qualité.

✚ Principales Réalisations

Les documents de référence suivants ont été élaborés au cours de l'année pour améliorer la mise en œuvre de la feuille de route:

- le plan stratégique SR (2010-2014) pour accélérer les progrès en matière de Santé de la Reproduction (SR) au Sénégal pour la période 2010 - 2014
- le document d'orientation stratégique de L'Initiative BAJENOU GOXX pour l'amélioration de l'utilisation des services de SR
- le document de standard des services de prise en charge des ado/jeunes dans le but d'améliorer l'accès et la prise en charge des adolescents/jeunes à travers des services adaptés à leurs besoins.
- le plan opérationnel de passage à l'échelle des interventions à haut impact sur la mortalité infanto juvénile
- le processus d'adaptation du module communautaire de prise en charge de la mère et des nouveau-nés pour un réel continuum des soins est en cours

L'Initiative BAJENOU GOXX est une initiative de son excellence Le Président de la République. C'est le parrainage des femmes enceintes et enfants de la naissance à 5 ans par d'autres femmes leaders pour les inciter à une meilleure utilisation des services de santé. En voici des événements importants :

- le lancement national en Janvier 2009,
- des fora régionaux d'engagement des acteurs communautaires eu
- Des équipes cadres de région et de district ainsi que des prestataires ont été orientes
- 368 BAJENOU GOXX ont été orientées dans les régions de Kolda, Tambacounda, Ziguinchor, Kédougou, Dakar, Thiès, Louga, Saint Louis, Kaffrine, Kaolack, Fatick, Diourbel

Le Repositionnement de la **Planification Familiale** est en cours et reste une priorité. En effet, c'est une stratégie efficace de réduction de la mortalité maternelle et néo-natale. Plusieurs acquis ont eu lieu dans ce domaine :

- L'élaboration du Plan de communication sur la PF ;

- le lancement de la journée nationale de la PF le 08 Juillet 2009 au Méridien Président;
- la promotion des méthodes de longue durée ;
- la Formation des sages femmes et infirmiers chefs de postes de sante sur les méthodes de longue durée ;
- l'Elargissement des programmes de marketing social aux contraceptifs oraux (SECURIL) et à la forme injectable ;
- Appui au plaidoyer avec la présentation du Modèle RAPID auprès des autorités et autres cibles pour accompagner la campagne de promotion de la PF ;
- le forum sur les Méthodes Longue Durée (MLD) à Ziguinchor ;
- la formation des prestataires de Matam, Diourbel et Tambacounda sur la contraception d'urgence ;
- la promotion de la planification familiale après avortement.



Les Missions d'interventions chirurgicales gratuites au profit des femmes porteuses de fistules vésicales d'origine obstétricales, en Décembre 2009 ont permis de traiter 27 cas de fistules obstétricales au niveau des régions de Kolda, Tambacounda, Sédhiou et Ziguinchor.

La mise en œuvre des interventions en sante néonatale est matérialisée par :

- l'aménagement de coins du nouveau-né dans la majorité des maternités ;
- la promotion des centres d'excellence pour la mère et le nouveau né ;
- l'orientation des enseignants des écoles et instituts de formation des agents de sante sur les soins essentiels aux nouveau-nés ;
- la notification des soins fournis aux nouveau-nés dans les outils de gestion

C'est ainsi que 55,6% des nouveau-nés de l'année ont bénéficié de soins immédiats a la naissance.

La mise en œuvre du tutorat au niveau des régions de Thiès, Kaolack, Kaffrine, Louga, Saint-Louis et Dakar a permis de former, au courant de l'année 345 prestataires dont 165 prestataires qualifiés sur le paquet SMNI/PF/Palu et 180 personnels communautaires sur le counseling, la gestion du dépôt de médicaments et sur la prévention des infections dans 15 centres de santé et 21 postes de santé.

Les adolescents/jeunes constituent une cible particulièrement vulnérable dont la prise en charge est nécessaire pour la réduction de la mortalité maternelle. Dans ce cadre, la promotion de l'aménagement d'espaces ado dans les structures de sante, l'orientation des prestataires de sante, la formation de pairs éducateurs sont autant de réalisations pour améliorer la sante et le développement de cette cible.

Les « Soins Après avortement » sont mis en œuvre dans tous les hôpitaux et centres de santé en faveur de la réduction des décès et invalidités lies aux avortements.

Les Audits des décès maternels et néonataux ont contribué à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des mères et nouveau-nés dans les structures de santé: des équipes ont été orientées dans les régions de Kolda, Sédhiou, Diourbel et Dakar où des audits ont été menés..

Pour la prévention des cancers génitaux, un atelier de formation de 20 formateurs sur le cancer du col de l'utérus a eu lieu.

Les Activités de suivi évaluation et coordination sont tenues avec :

- la réunion annuelle de bilan et planification avec les régions médicales
- les revues trimestrielles SR
- l'harmonisation de l'outil de recueil des données du niveau opérationnel au niveau central
- la définition d'indicateurs de performance de la SR

Les consultations prénatales sont mises en œuvre à tous les niveaux du système de santé. Il y a donc une généralisation accompagnée d'une amélioration de l'accès des populations du niveau communautaire aux services de SMNI. Les activités de stratégies avancées vers les cases de santé intègrent la CPN, la CPON, le VAT et la PF et cela a été rendu possible grâce à l'appui du *President Malaria Initiative* (PMI) qui vise à travers son intervention à contribuer à l'amélioration des indicateurs dans ces domaines précités.

Concernant le *Développement de programmes de vaccination et le Renforcement de la PCIME clinique et communautaire*, on a noté des avancées significatives. Une campagne de lutte contre le tétanos a été menée au niveau des districts de Matam et Kidira. Des points focaux ont été formés pour assurer la surveillance au niveau des régions de Thiès (22), Dakar (34), Kaolack () et des formateurs sur le DQF (audit qualité des données). Deux réunions de monitoring du PEV (MCD et responsables PEV) ont été organisées de même que le plaidoyer sur le PEV (Assemblée et Sénat) et la Formation sur le SMT (outil de gestion du PEV).

Comme autres réalisations on peut noter:

- La révision des outils ;
- les deux sessions de formation pour le testing des outils ;
- la formation de 18 prestataires sur la prise en charge des cas graves (TETU) ;
- la Mission d'étude sur la mise en œuvre des IRA à Saint LOUIS février 2009 ;
- la Revue nationale sur la mise en œuvre des IRA C au niveau des districts sanitaires février mars 2009 ;
- la Supervision des ASC de TAMBA et KEDOUGOU en juin 2009 ;
- la Supervision des cases IRA à Matam octobre 2009.

En termes de résultats, le taux de vaccination est de 86% pour le Penta 3, 79% pour la VAR, 71% d'antiamaril, 78% de VAT2 et 74% d'E CV.

Le Renforcement des actions de prévention des maladies non transmissibles constitue une priorité et dans le cadre de **la lutte contre la cécité**, plus de 300 000 personnes ont bénéficié de consultation en soins oculaires en 2009. Au plan des infrastructures, 7 (sept) centres ont été opérationnalisés en 2009 à Dahra, Kébémér, Kaffrine, Nioro, Kounghoul, Khombole, Foudiougne, Popenguine.

Dans le cadre de la prise en charge des soins oculaires, 5 TSO sont formés comme opérateurs de cataracte et 2 TSO comme réfractionnistes, 150 ICP et Plus de 300 ASC et relais en soins oculaires primaires, 15 ICP à la chirurgie du trichiasis. Sur les 13 000 interventions de la chirurgie de la cataracte prévue, près de 10200 ont été provisoirement dénombrées. Le taux d'implantation est de 95% en 2009.

Les campagnes d'Activités curatives de masse ont été marquées par la réalisation de 15 camps de cataracte avec 2500 interventions et de 6 camps de trichiasis dans la région de Louga.



La **Santé bucco-dentaire** fait l'objet d'une prise en charge. Tous les districts sanitaires de la Région Médicale de Kaolack ont reçu une formation concernant le personnel communautaire et celui paramédical. Les districts sanitaires de Fatick et de Dioffior ont été concernés par la formation sur la lutte contre les pathologies bucco-dentaires. Pour un objectif de 150 agents paramédicaux à former en 2009, 190 ont été formés. Quarante sept (47) villages ont bénéficié de prise en charge et de séances d'IEC grâce aux véhicules dentaires mobiles. Par ailleurs, 26 écoles et daara ont aussi été visités pour la prise en charge des pathologies bucco dentaires et des séances d'IEC en santé bucco-dentaire pendant l'année 2009.

Quinze cas de Noma ont été diagnostiqués au stade précoce par le personnel paramédical et communautaire. Tout le personnel formé a maintenant intégré méthodes de prévention bucco-dentaire et parfois même la prise en charge médicale de certaines pathologies bucco-dentaires.

Sur un objectif visé de dix fauteuils dentaires à mettre en place dans les districts sanitaires, il en a été réalisé Vingt-cinq (25) en 2009, soit un taux de 250%. 10 services dentaires ont été appuyés en matériels et consommables dentaires.

S'agissant de la **santé mentale**, les consultations psychiatriques mensuelles sont organisées au Centre de Santé de Mbour. Un Atelier de trois jours a été organisé pour l'élaboration du guide de prise en charge des pathologies psychiatriques. Deux campagnes de sensibilisation pour l'intégration des soins de santé mentale dans les soins primaires ont été menées dans le cadre de la journée santé mentale célébrée le 9 Octobre 2009 au Centre de Santé Municipal de Ouakam.

Le Sénégal s'est également engagé à *améliorer la prise en charge des maladies non transmissibles et chroniques (diabète, hypertension, drépanocytose, maladies rénales, etc.)* Face à l'importance grandissante des maladies chroniques consécutive à l'urbanisation, à la sédentarisation des populations et au changement des habitudes alimentaires, le Sénégal s'est résolument engagé dans la lutte contre ces maladies. Elles comprennent **les maladies cardiovasculaires, les maladies rénales, la drépanocytose, les cancers, le diabète, l'asthme et les traumatismes.**

En effet, la nomination de points focaux pour la lutte contre ces maladies (le diabète, la drépanocytose, les cancers, l'insuffisance rénale chronique, les maladies respiratoires chroniques, les maladies cardio-vasculaires), et d'un coordonnateur pose les jalons pour le contrôle de ces affections.

Les plans stratégiques de ces différents programmes de santé (un programme par pathologie) ont été élaborés. Un budget a été alloué pour chacun d'eux. Différentes activités ont été réalisées cette année. Elles tournent essentiellement autour des activités de sensibilisation et de formation. On peut citer :

- Les Célébrations des différentes journées : Diabète, cœur, drépanocytose, rein, cancers etc.
- La Formation de 20 éducateurs du diabète
- La Formation de 15 médecins référents sur la prise en charge de la drépanocytose
- La Formation de registraires (registre du cancer).

S'agissant de *l'Extension de la couverture (50%) des activités de nutrition communautaire dans les zones rurales*, les résultats obtenus sont satisfaisants. Le PRN a touché en 2009, 629 000 enfants de moins de 5 ans pour les services de nutrition communautaire pour une cible de 600 000. L'extension du PRN est passée de 115 à 257 Collectivités Locales dont 199 Communautés Rurales en 2009. Cependant des difficultés ont été observées dans la mise en œuvre du programme. En effet, avec l'expérience de ces deux dernières années, nous notons que les crises telles celles 2008 et 2009 constituent des menaces réelles qui peuvent ralentir ou même faire reculer les progrès réalisés. Les mesures d'atténuation sont multiples et certaines sont déjà en cours au Sénégal :

- La première consiste à faire en sorte que le maximum d'enfants puisse faire l'objet d'un suivi régulier, il faut donc continuer à augmenter la couverture des projets communautaires.
- La seconde mesure revient à lutter contre les déterminants de la malnutrition, lors des crises 2008-2009 ; une situation nutritionnelle bien maîtrisée a été observée dans tous les sites communautaires qui ont développé des interventions multisectorielles de la nutrition (maraîchage, greniers communautaires, alphabétisation fonctionnelle en nutrition des mères, etc.).
- La troisième mesure qui est d'ordre curatif, est celle qui est relative à la prise en charge des enfants identifiés malnutris. Là également des campagnes des dépistages actifs trimestrielles ont été effectuées.

Le contexte de pauvreté, reste une menace structurelle du fait que la nutrition est d'abord un indicateur de développement. Les mesures à prendre sont plus complexes, mais au Sénégal, le lien entre nutrition et la protection sociale est aujourd'hui testé, à travers un projet de Cash transfert destiné à des mères d'enfants pauvres.

Dans le cadre d'une meilleure amélioration de la situation nutritionnelle des femmes et des enfants, la Promotion du développement des activités de nutrition est intégrée au secteur de l'éducation. Le PRN a appuyé le secteur de l'éducation à travers la DCMS pour d'une part, le déparasitage et la supplémentation en fer de 130 000 élèves répartis dans 6 IDEN et, d'autre part, l'élaboration d'un guide en santé, nutrition et environnement destiné aux EFI. De plus, l'ANCTP a bénéficié d'un appui du PRN pour le renforcement des capacités de 80 animateurs polyvalents et 148 mères assistantes en PAIN/PCIME, fabrication de farine améliorée, hygiène et techniques de communication.

Le renforcement de capacités des élus locaux pour le suivi et la mobilisation sociale dans le domaine de la nutrition communautaire est une recommandation de la revue à mi-parcours du PRN. La CLM et l'ANCR sont allés dans le sens d'un partenariat pour rendre effectif ce renforcement de capacités.

II.1.3 programmation et exécution budgétaire

OBJECTIFS	PROGRAMMATION BAILLEURS 2009	PROGRAMMATION ETAT 2009	DECAISSEMENT BAILLEURS	ORDONNANCEMENT ETAT
Améliorer la qualité, l'accès et l'offre de services de santé dans les régions les plus pauvres	7 000 000 000	9 460 500 000	6 297 500 000	4 642 800 000
Promouvoir chez les populations des attitudes et des comportements de prévention des maladies	8 692 000 000	215 000 000	A renseigner par la DAGE, DPM, SNH, SNEIPS	146 600 000
Améliorer la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA	11 560 000 000 (Information CNLS)	6 522 600 000 Les financements de ONUSIDA, FONDS MONDIAL, FNUAP et OMS (à fournir par CNLS & Division SIDA)	6 522 600 000 Les financements de ONUSIDA, FONDS MONDIAL, FNUAP et OMS (à fournir par CNLS & Division SIDA)	675 000 000
Améliorer la prévention et la lutte contre le paludisme	6 500 000 000	19 854 635 180	19 854 635 180	334 000 000
Améliorer la santé maternelle et infantile	3 500 000 000	865 000 000	16 435 000 000 A compléter par la Div SR pour ce qui concerne les financements de l'OMS,	659 500 000

OBJECTIFS	PROGRAMMATION BAILLEURS 2009	PROGRAMMATION ETAT 2009	DECAISSEMENT BAILLEURS	ORDONNANCEMENT ETAT
			FNUAP etc.	
Améliorer la prise en charge des maladies non transmissibles et chroniques	2 185 000 000 (Information PNT)	560 000 000	A renseigner par la DS & la DAGE	130 000 000
Améliorer la situation nutritionnelle des enfants et des femmes	3 825 000 000	1 172 000 000	2 647 000 000 (Information PRN)	1 253 000 000
Promouvoir le contrôle citoyen des services sociaux et sanitaires	0	0	0	0
Total général	41 077 000 000	13 744 500 000		7 840 900 000

- Le tableau ci-dessus montre que la programmation de l'Etat au titre de l'année 2009, s'élève à treize milliards sept cent quarante quatre millions cinq cent mille (13 744 500 000) et Les ressources réellement mobilisées à sept milliards huit cent quarante millions neuf cents (7 840 900 000) en valeur absolue soit 57% en valeur relative.
- Quant aux engagements des partenaires financiers, ils s'élèvent pour l'année 2009 à..... et les ressources réellement mobilisées à
- L'accent a été particulièrement mis cette année sur la lutte contre le SIDA, le Paludisme et la mortalité maternelle et infanto juvénile. L'amélioration de l'accès aux pauvres à des soins de qualité constitue également une préoccupation des Hautes Autorités de l'Etat.

FINANCEMENT DES PARTENAIRES : PROGRAMMATION 2010 (Source : MEF- PTIP 2009-2011)

13

OBJECTIFS	INTITULE DES PROJETS	SOURCE DE FINANCEMENT	2010
Améliorer la qualité, l'accès et l'offre de services de santé dans les régions les plus pauvres	Accès des pauvres et groupes vulnérables aux services de santé	Belgique	2 150 000 000
		Luxembourg	2 600 000 000
		BAD	3 800 000 000
		BID/ Tamba	873 000 000
		BID/Hôp Dalal jamm	1 272 000 000
		BADEA	900 000 000
		Fonds OPEP	1 700 000 000
		Arabie Saoudite	3 719 000 000
	SOUS TOTAL 1		17 014 000 000
Améliorer la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA	Plan Stratégique lutte contre SIDA	FONDS MONDIAL	2 710 000 000
		Allemagne	668 000 000
		ONU SIDA	0
		JAPON	0
		USAID	2 000 000 000
		BANQUE MONDIALE	1 829 000 000
		FNUAP	135 000 000
SOUS TOTAL 2		7 342 000 000	
Améliorer la prévention et la lutte contre le paludisme	Appui au programme palu & autres endémies	BID	1 165 000 000
		Fonds mondial	3 250 000 000
		USAID	3 023 000 000
		OMS	80 000 000
SOUS TOTAL 3		7 518 000 000	

OBJECTIFS	INTITULE DES PROJETS	SOURCE DE FINANCEMENT	2010
Améliorer la santé maternelle et infanto juvénile	Programme sante maternelle infantile SR	JAPON	150 000 000
		FNUAP	1000 000 000
		USAID	4 013 000 000
		OMS	80 000 000
	SOUS TOTAL 4		5 243 000 000
Améliorer la situation nutritionnelle des enfants et des femmes	Programme de renforcement de la nutrition	PAM	500 000 000
		UNICEF	470 000 000
		BANQUE MONDIALE	1 600 000 000
	SOUS TOTAL 5		2 570 000 000

FINANCEMENT DES PARTENAIRES: PROGRAMMATION 2009 & 2010 (Source : MEF- PTIP 2009-2011)

OBJECTIFS	INTITULE DES PROJETS	SOURCE DE FINANCEMENT	2010
Améliorer la santé maternelle et infanto juvénile	PROJET D'APPUI AU PEV	OMS	0
	SOUS TOTAL 6		
	TOTAL		39 687 000 000

PROJETS ARTICULES AU PAP ET INSCRITS AU BCI/ETAT DE 2010 (Source : MEF-

Le montant inscrit au BCI /état de 2010, s'élève a douze milliards six cent vingt deux millions (12.622.000.000) de francs CFA.

Les engagements des partenaires pour 2010 a trente neuf milliards six cent quatre vingt sept millions (39.687.000.000) francs CFA.

II.1.4 analyse des principales contraintes

La longue durée pour les constructions, la tension de trésorerie, le problème de la mobilisation des ressources constituent des difficultés du secteur.

La décentralisation du BCI n'a pas donné les résultats escomptés et beaucoup de chantiers sont bloqués. De 2008 à ce jour, il n'y a pas eu d'acquisition d'ambulance et un problème de suivi des chantiers demeure.

Il est noté :

- un manque d'organisation dans le fonctionnement du secteur communautaire
- des frais de diffusion élevés au niveau des téléphones privés
- la sous notification des accidents liés au sang,
- un gap de 49% de couverture en CD4
- les difficultés des PVVIH pour l'accès à certains examens biologiques et chimiques des infections opportunistes.
- L'indisponibilité des ARV au niveau de certains PS et la non gratuité de certains médicaments pour les infections opportunistes au niveau des points de prestation de service et la stigmatisation et/ou discrimination des PVVIH et autres groupes vulnérables comme des difficultés notées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA.

Comme faiblesses relatives la prise en charge du SIDA, il est constaté la mobilité du personnel, le test de la charge virale uniquement Dakar et Ziguinchor de même qu'un déficit du soutien économique des femmes VIH+.

Dans le volet prévention par le biais de l'immunisation, il faut souligner :

- la rupture de vaccin et consommable,
- la non maîtrise du budget alloué par l'état au programme,
- la difficulté liée à la mobilisation de la ligne budgétaire destinée à l'achat du vaccin et consommables,
- la vétusté du matériel en place depuis 2002 ,
- le non renouvellement et absence maintenance du matériel de la chaîne de froid et de la logistique,
- la difficulté du programme dans la mise en place des vaccins et consommables au niveau des régions (acheminement)
- la forte dépendance du programme aux partenaires.

Il existe un risque de réapparition des épidémies : poliomyélite, rougeole et fièvre jaune.

Comme difficulté, il faut noter :

- la non fonctionnalité des comités de gestion,
- le retard dans le renouvellement des comités de santé,
- le retard de la signature du projet de décret portant réforme des comités de santé et comités de gestion,
- la non maîtrise des textes sur la décentralisation par les principaux acteurs.

Dans le cadre de la prise en charge des maladies non transmissibles, on relève :

- la faiblesse du budget alloué et l'insuffisance des ressources qui sont les difficultés notoires.
- le départ à la retraite ou dans le secteur privé des ophtalmologistes des régions, alors qu'aucune perspective ne se dessine pour leur remplacement ;

- la non effectivité dans 3 des 5 districts cibles du traitement de masse à l'Azithromycine ;
- la faible implication de la PNA dans la mise à disposition des consommables, notamment les implants et autres produits pour la chirurgie de la cataracte.

Les contraintes relevées dans le domaine de la Santé Reproductive sont :

- les insuffisances dans la qualité des CPN,
- le taux d'achèvement toujours très faible malgré son augmentation significative en 2009.
- les difficultés de fonctionnalité des blocs SONU liée à des problèmes de personnel, de génie civil et/ou équipement et seul 60% des blocs SONU sont fonctionnels.
- La non intégration des produits contraceptifs au circuit officiel de médicaments
- L'inaccessibilité financière et géographique des services de SMNI surtout en milieu rural
- les difficultés de référence/ recours,
- l'insuffisance d'allocation de ressources en faveur de la SMNI : le financement de la part de l'Etat des activités de SR ne suit pas le niveau d'importance accordée à la santé de la reproduction.
- le faible statut et pouvoir économique des femmes particulièrement en milieu rural à cause de la survivance de certaines pratiques traditionnelles
- le taux élevé d'analphabétisme avec 62,2% dans la population générale et 71,8 chez les femmes.
- la persistance des pesanteurs socioculturelles sur la SR (mariages précoces, lévirat, sororat, excision)
- la méconnaissance des signes de dangers par la communauté en raison de l'insuffisance des services à base communautaire
- la faiblesse institutionnelle de la Division de la Santé de la Reproduction
- l'insuffisance d'implication et de capitalisation du secteur privé,
- l'insuffisance de communication SR envers les populations,
- les difficultés dans la remontée des rapports des ICP vers les districts demeurent encore récurrentes de même que l'insuffisance dans la formation des prestataires sur le SIG.

L'accessibilité géographique des services de SR est faible. 42,6% des populations sont à plus de 30 mn des services de santé et en zone rurale 32,9% des populations sont à plus de 5 km des services de santé avec des conditions de transport le plus souvent très défavorables.

Au niveau des ressources humaines, il se pose un problème d'insuffisance tant en quantité qu'en qualité surtout au niveau des zones éloignées et difficiles, mais aussi de mauvaise répartition sur le plan national ; ce qui contribue à la faiblesse de la couverture de soins de qualité.

Les difficultés du MEO demeurent:

- la faible application et le suivi de la PCIME ;
- la Non introduction de la PCIME dans les curricula de formation ;
- l'irrégularité de la formation ;
- l'insuffisance de la logistique roulante informatique et audiovisuelle ;
- l'insuffisance des RH ;
- la disponibilité tardive ou absence de financement des activités.

II.1.5. Perspectives

Des perspectives ont été dégagées à la suite de la revue des programmes au niveau du secteur.

C'est ainsi que dans le cadre du **renforcement du programme de vaccination**, il est prévu une revue externe du PEV, une campagne de vaccination contre la rougeole mais aussi le renforcement sur le plan institutionnel la division en charge du PEV. Des actions seront engagées pour mettre à disposition la logistique et les équipements (moto, véhicules de supervision, réfrigérateurs, chambres froides, espaces de stockage, camions frigorifiques).

Le Plaidoyer pour les activités du PEV sera maintenu et des efforts seront faits en faveur du financement du plan stratégique de communication du PEV. Il est programmé l'accroissement de la ligne destinée à l'achat de vaccin et consommables d'au moins 250 Millions par an jusqu'en 2015 et leur mobilisation à temps.

Concernant la dotation de lignes sera effective pour les frais de transit et d'acheminement des vaccins vers les régions, la maintenance des équipements et le fonctionnement du PEV.

Dans le cadre de l'**amélioration de la santé de la reproduction des jeunes et des femmes**, les perspectives sont relatives à l'augmentation des ressources financières allouées à la Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant; à l'effectivité de la multisectorialité et à la capitalisation des interventions du secteur privé dans le cadre de la SR.

Concernant la **santé bucco-dentaire**, le défi majeur est la décentralisation des activités au niveau le plus périphérique possible de la pyramide sanitaire. L'équipement des services dentaires des districts sanitaires et l'installation de cabinets dentaires dans l'aire géographique des postes de santé est une perspective pour rendre effective l'accès des soins dentaires en zone rurale.

Dans le cadre de la **promotion de la santé mentale**, il est retenu la mise en œuvre la supervision et la redynamisation des structures psychiatriques, la formation des techniciens supérieurs en santé mentale.

Les perspectives pour l'année 2010 concernant les **maladies non transmissibles et chroniques**, tournent autour de la mise en œuvre de l'enquête STEPS (facteurs de risque des maladies chroniques), la mise en place du registre national du cancer, la mise en place d'un projet de dépistage des lésions précancéreuses du cancer du col de l'utérus, la formation de médecins des structures périphériques en diabétologie pratique et la mise en place d'unités de prise en charge des diabétiques au niveau de ces structures périphériques.

II.2. EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU DSRP II (2006-2009)

II.2.1 ANALYSE DES PERFORMANCES SECTORIELLES (2006-2009)

INDICATEURS DOMINANTS	RESULTATS 2006-2009				
	2006	2007	2008	R 2009	P 2009
Nbre de malades du SIDA pris en charge	5500	7325	9252	11821	7935
Nbre de personnes fréquentant les CDVA et SDVA		93709	149689	207053	
Taux de consultation primaire globale		60%	58%	57%	54%
Taux de couverture en TPI 2	53%	61%	54%	56%	80%
Taux de consultation prénatale		74%	88%	97,40%	> 90%
Proportion d'accouchement effectués dans les formations sanitaires (assistés par du personnel formé)	59%	62,50%	61%	66,9%	68%
Proportion d'enfants (0-11mois) complètement vaccinés	ND	89%	80%	74%	80%
Taux de vaccination PENTA 3		94%	88%	86 %	> 80%

Le secteur de la santé avait réalisé des résultats satisfaisants en 2006-2007 par rapport à un certain nombre d'indicateurs qui ont par la suite connu des contreperformances en 2008. Il s'agit du Taux de consultation primaire globale, du Taux de couverture en TPI 2, de la Proportion d'enfants (0-11mois) complètement vaccinés, de la Proportion d'accouchement effectués dans les formations sanitaires (assistés par du personnel formé).

D'autres indicateurs font l'objet d'un suivi permanent pour pouvoir évaluer les efforts du gouvernement pour atteindre les OMD. De 2006 à la fin de l'année 2009, le **taux de morbidité proportionnel**, (représentant le nombre de cas de paludisme rapporté aux nombre de personnes qui ont été vues en consultation dans les structures sanitaires) est passé de 33,57% à 3,07%. En valeur absolue, le nombre de cas de paludisme enregistrés au niveau des structures de santé est passé de 1.500.000 environ cas à 175.000 environ.

Pendant la même période, le **taux de mortalité** (qui représente le nombre de décès dus au paludisme rapporté au nombre total des décès enregistrés dans les structures de santé) est

passé de 18,17% à 7,14%, permettant d'affirmer de façon certaine, que les objectifs du dernier plan stratégique 2006- 2010 ont été atteints, voir largement dépassés bien avant terme. Ces résultats ont été obtenus grâce à un soutien politique fort, conjugué à la mise en œuvre de stratégies à efficacité prouvée édictées par l'OMS. Il s'agit entre autres de:

- la mise à l'échelle des médicaments antipaludiques à base de dérivés d'Artémisinine
- La généralisation de l'utilisation gratuite des tests de diagnostic rapide pour la confirmation des cas de paludisme
- la distribution massive de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action aux groupes les plus vulnérables (enfants et femmes enceintes) et une politique hardie d'accès à la moustiquaire pour la population générale (forte subvention)
- la mise en place d'un système performant de suivi des activités à tous les niveaux, utilisant des moyens informatiques modernes de gestion et de traitement de l'information.

Tous ces résultats ont été confirmés par la dernière enquête sur les indicateurs du paludisme au Sénégal menée par le cabinet macro international en collaboration avec le CRDH sur financement de l'USAID dans le cadre du projet PMI (President's Malaria Initiative) qui a révélé un taux de prévalence de 5,7 % chez les enfants de moins de 5 ans. En 2000, ce taux était de l'ordre de 30% en moyenne. Si tous ces efforts sont maintenus, il est bien possible de nous inscrire dans une perspective d'élimination du paludisme au Sénégal.

Evolution des indicateurs de santé en rapport avec les OMD 4, 5 et 6

Indicateurs	Avant 2000	En 2005	2009	2015
Taux de mortalité des Enfants de moins 5 ans	131,4 décès/1000 NV	121 décès/1000NV	114 décès/1000 NV	44 décès/1000nv
Taux de mortalité néonatale		35 décès/1000 NV	35 décès/1000 NV	
Taux de mortalité infantile	70 décès /1000	61 décès/1000	59 décès/1000	22 décès/1000
Ratio de mortalité maternelle	510 décès/100.000 NV	401 décès/100.000 NV	Dispo dans EDS 2010	122 décès/100.000
Taux de prévalence du Paludisme	37,32%	32,29%	3,07%	Stationnement et inversion de l'épidémie

Le taux de mortalité maternelle a régressé de 109 points soit une baisse de 21 %. Malgré tout, les efforts ne permettent d'espérer l'atteinte de l'OMD 5 qui devrait nous projeter à terme à 122 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Il s'y ajoute de grandes disparités régionales ou entre les urbains et les ruraux.

Les causes de cette forte mortalité maternelle sont soit directes soit indirectes. Parmi les causes obstétricales directes (66%) on peut noter les hémorragies, l'HTA et ses complications,

les dystocies et infections, les avortements. Les causes obstétricales indirectes (34%) sont dominées par l'anémie, le paludisme, le VIH.

Le programme santé de la reproduction est une réponse à la problématique de la mortalité maternelle. Les domaines prioritaires de cette sous composante s'articulent autour de la Santé maternelle et néonatale y compris les complications liées aux avortements et la PTME (la prévention et le dépistage des cancers génitaux et l'aspect genre occupent une bonne place).

Ces domaines prioritaires qui sont adressés par le plan stratégique 2010 – 2014 de la SR recoupent ceux du PNDS II et de la feuille de route multisectorielle de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle.

Le taux de mortalité néonatale au Sénégal reste stationnaire et est de 35 pour 1000 naissances vivantes et cette mortalité représente plus de 50% de la mortalité infantile et environ 30% de la mortalité infanto-juvénile. Cette dernière a baissé au cours de la période 1992 - 2005. Les causes majeures de décès néonataux sont les infections y compris le tétanos néonatal (36%), la prématurité (27%), l'asphyxie (23%), les malformations congénitales (7%) et autres causes (7%). La prématurité, le faible poids de naissance, les traumatismes et les infections sont aussi responsables d'une morbidité importante chez le nouveau né.

Pour ce qui est de la tuberculose, la situation en 2008 est de 466 cas pour 100.000 habitants et 64 décès pour 100.000 habitants, le risque annuel d'infection étant de 2%. Il semble donc que le Sénégal aurait d'ores et déjà atteint les objectifs de 2015 dans le domaine de la lutte contre la tuberculose.

II.2.2 APPRECIATION DE LA MOBILISATION ET DE L'EXECUTION DES RESSOURCES FINANCIERES SUR LA PERIODE (2006 – 2009)

Compléter par une analyse

III. ORIENTATION STRATEGIQUE 2011-2015

Les orientations stratégiques retenues sont en cohérence avec les objectifs sectoriels du PNDS. Elles sont orientées vers l'atteinte des OMD à travers l'amélioration de l'offre de service, de la gouvernance et le renforcement du système de santé.

Matrice des mesures 2011-2015

Objectifs Sectoriels		Objectifs spécifiques (Stratégies)	Actions Prioritaires	Indicateurs d'impact/d'effet	Indicateurs de résultats
Santé et nutrition					
Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité infantile juvéniles		Accélération de la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles néonatales et infantile juvéniles	AP 1 : Promouvoir l'accès aux soins durant la grossesse, l'accouchement et le post partum à tous les niveaux pour la mère et le nouveau-né par du personnel assisté	Taux de mortalité maternelle	Proportion des accouchements effectués dans les formations sanitaires et assistés par du personnel qualifié
					Taux de césariennes
			AP 2 : Promouvoir la survie de l'enfant par la vaccination et l'amélioration de l'état nutritionnel	Taux de mortalité néonatale	Couverture SENN
					Couverture VAT
					Couverture PENTA 3
				Taux de mortalité infantile Taux de mortalité juvénile Taux de mortalité infantile juvénile	Proportion d'Enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole
					Proportion d'Enfants de 0 - 11 mois complètement vaccinés

Accroître les performances du secteur de la santé en matière de prévention et de lutte contre les maladies	
---	--

Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les moins de 5 ans	Couverture suivi de la croissance
AP 3 : Améliorer la Santé de la Reproduction des jeunes et des adolescents	Prévalence contraceptive
AP 1 : Réduire la morbidité et la mortalité palustre	Nombre de traitement ACT administré
	Couverture MI chez la femme enceinte
	Couverture MI chez les moins de 5 ans
	Couverture TPI 2
Amélioration de la Promotion de la santé	% de personnes informées sur les méthodes de prévention du VIH/SIDA
	Nombre de personnes ayant subi le test de dépistage VIH
	Nombre de personnes fréquentant les CDVA
	Taux d'acceptation du test VIH lors de la CPN
	Taux de détection
AP 3 : Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose	% de tuberculeux en TTT perdus de vue
AP : Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies	Incidence du diabète dans les structures
Renforcement de la prise en charge de la maladie	Taux de consultation primaire globale (curative et préventive)

			3	Nombre de PVVIH sous ARV Taux de guérison TB
Renforcer durablement le système de santé	Renforcement de la surveillance intégrée et de la riposte	AP : Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies tropicales négligées(MTN)		Taux de complétude des données de surveillance
	Développement des ressources humaines Renforcement des infrastructures, des équipements et de la maintenance	AP 1 : Assurer la disponibilité en personnel dans les structures de santé		Taux de promptitude des données de surveillance
				Ratio Infirmiers d'Etat/Pop
				Ratio Sages-femmes d'Etat/Pop
				Ratio médecins/Pop
				Couverture en postes de santé
				% d'hôpitaux fonctionnels
				% de Blocs SONU fonctionnels au niveau district
				% de postes de santé fonctionnels
				Plan de maintenance disponible et appliqué
			Plan de renouvellement des équipements disponible et appliqué	
				Nombre de jours de rupture de médicaments et produits traceurs
				Plan national d'approvisionnement est élaboré et appliqué
				Taux de complétude des rapports selon les niveaux
				Taux de promptitude des

rapports selon les niveaux			Nombre de projets de recherche examinés par le comité national d'éthique en santé Taux d'affichage des prix de médicaments et tarifs de prestation au niveau des structures Part de la santé dans le budget de fonctionnement de l'Etat % d'exécution du budget par niveau et par catégorie % de Collectivités locales disposant de POCL-Santé Nombre de personnes couvertes par une mutuelle de santé Nombre de personnes malades ayant bénéficié d'une subvention de l'Etat Nombre de cas sociaux pris en charge par des organes de gestion au niveau des formations sanitaires	
Améliorer la gouvernance du secteur de la santé	Promotion de la transparence dans la gestion des ressources	Taux de satisfaction des bénéficiaires AP 1 : Promouvoir la Gestion Axée sur les Résultats AP 2 : Améliorer les capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière	% d'organes de gestion à la base fonctionnels % de personnes couvertes par un système formel de couvertures du risque maladie	
	Renforcement de la couverture risque maladie	AP : Renforcer la couverture risque maladie en mettant l'accent sur les Groupes vulnérables		

IV. ENJEUX ET DEFIS DU SECTEUR SANTE

Il faut d'abord préciser à nouveau que les objectifs du PNDS restent pertinents pour le Ministère de la Santé comme cela a été maintes fois réaffirmé lors des RAC et des différents aides-mémoires ayant sanctionné ces rencontres. Tout comme l'approche programme a été également jugée pertinente. Ce n'est pas à ce niveau qu'on devrait noter des changements. La situation n'est pas la même cependant pour les stratégies du PDIS. Avec le recul, il apparaît nécessaire de les revoir pour tenir compte davantage de la volonté affichée de mettre l'accent sur l'accès aux soins pour les personnes vulnérables. La question de la qualité des soins fera également l'objet d'une attention particulière. La même attention sera portée à la qualité de la dépense avec tout ce que cela comporte comme changement.

Dans tous ces domaines, la qualité et la disponibilité des ressources humaines seront déterminantes surtout pour le niveau périphérique où le gap est très important. L'amélioration du système de santé passera par le renforcement du district sanitaire. Les performances du secteur en termes d'impact du programme sur l'état de santé des populations sont tributaires de la qualité de prise en charge du volet prévention.

En considérant les orientations qui sont suggérées par le résultat de l'analyse des contraintes relevées dans la mise en œuvre du PDIS, stratégie par stratégie, il se dégage cinq axes ou domaines d'intervention pour la deuxième phase du PNDS :

Domaine 1 : Les ressources humaines

Les ressources humaines restent la priorité des priorités du PNDS. Les effectifs doivent être renforcés en qualité et en quantité au niveau intermédiaire et périphérique particulièrement au niveau des IDE et assimilés et au niveau des sages femmes d'Etat. Il faudra par conséquent veiller à l'adaptation des curricula, au doublement des capacités de l'ENDSS et à l'extension rapide des CRF dont les effectifs devront être calqués sur le plan de recrutement qui sera mis en œuvre. La même attention doit être accordée aux agents et auxiliaires d'hygiène au sein des équipes de district pour une meilleure prise en charge de la prévention des maladies vectorielles et des maladies dites des mains sales.

Concernant les spécialités, il convient de recadrer les priorités par rapport aux objectifs. Cela pour dire qu'il faut mettre l'accent sur la formation de compétences en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) sans pour autant négliger la formation des gynécologues et des pédiatres. En complément de toutes ces mesures, le secteur privé sera mis à profit à travers une politique de contractualisation qui sera étendue aux ONG et associations dont les compétences sont reconnues. Au plan de la gestion du personnel qui relèvera de la nouvelle DRH, il conviendra d'introduire les contrats de performance, ce qui rendra obligatoire l'adoption d'un système de motivation basée sur les performances.

Domaine 2 : Le renforcement du système :

Le renforcement du système de santé est une nécessité absolue pour la seconde phase. Le renforcement consistera à assurer aux différents niveaux des effectifs en quantité suffisante en veillant à la disponibilité locale de compétences pour assurer une bonne gestion des programmes de santé, dans le respect du cadre général défini par l'autorité centrale avec,

2

toutefois, une certaine marge de flexibilité pour tenir compte des spécificités régionales et de district. Le cadre dont il est question réfère au Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme qui sera élaboré, aux procédures de gestion qui seront en vigueur et à la carte sanitaire qui sera la référence pour la planification de l'implantation des infrastructures et leur dotation en personnels et en équipement.

Les questions liées à l'organisation des régions médicales et des districts, les rapports entre les différentes structures de la région (en particulier les conditions nécessaires pour que l'hôpital soit véritablement intégré dans le dispositif régional pour jouer efficacement son rôle de structure de référence), les structures de coordination et les cadres locaux de concertation, le système de gestion de l'information en général, et de surveillance épidémiologique en particulier, sont autant d'éléments à prendre en compte dans le renforcement du système de santé.

Pour le niveau central, il s'agira surtout d'un appui institutionnel. Il faut éviter de reconduire la logique de répartition presque égale des ressources entre le niveau central et le niveau opérationnel qui a été constatée au cours de la première phase du PNDS. C'est surtout sur la planification, la passation des marchés et la gestion financière et comptable qu'il faut mettre l'accent au niveau central, en perspective des réformes de décentralisation envisagées par le Ministère de l'Economie et des Finances dans ce domaine. La coordination des partenaires sera améliorée par les mesures comme l'appui budgétaire, le renforcement de la concertation et l'appui stratégique des partenaires extérieurs, en créant des cadres de réflexion appropriés où pourront être mises en contribution les compétences de toutes les parties.

Domaine 3 : La promotion de la prévention :

Cette priorité se dégage de la volonté politique exprimée par les plus hautes autorités du pays. Elle est tout à fait pertinente si l'on tient compte du contexte actuel de pauvreté. Elle constitue également une réponse efficace à la plupart des maladies, notamment les maladies endémo-épidémiques dont elle constitue la stratégie majeure. C'est au niveau de cette stratégie qu'il faut ranger tout ce qui est immunisation (PEV, campagne de masse ou programme particulier de type campagne contre la rougeole) mais également tout ce qui concerne l'éducation pour la santé, la promotion de bonnes pratiques, l'hygiène individuelle et collective, les questions environnementales, l'hygiène alimentaire, la promotion de la participation et de la solidarité communautaire (relais communautaires, mutuelles, comité de santé) et la promotion des soins à base communautaire (SBC).

Domaine 4 : L'amélioration de l'accès des soins de qualité aux pauvres :

Ce volet est constamment présent dans tous les programmes. C'est en effet la condition première pour l'amélioration des indicateurs de santé. Ce problème d'accès est par contre rarement considéré dans tous ses aspects. Ce qui est plus commun c'est l'identification de programmes de réalisation d'infrastructures et d'équipements d'ailleurs rarement pertinents car souvent sans carte sanitaire préalable. La deuxième phase devra s'atteler à densifier la couverture passive en postes de santé tout en veillant à la correction des disparités entre les districts.

Cette stratégie devrait aussi regrouper toutes les actions tendant à améliorer l'accès aux médicaments et aux soins spécialisés pour tous, ce qui semble a priori difficile à réaliser. Il faudra par conséquent apporter des innovations dans le système de prise en charge afin de

garantir l'accès aux soins pour les groupes vulnérables (handicapés, femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans, personnes âgées) et de développer les mécanismes de solidarité.



En plus de ces mesures spéciales, le coût des prestations devrait être régulièrement évalué pour éviter qu'ils rendent les structures comme les Etablissements Publics de Santé (EPS) inaccessibles aux pauvres. Il faudra absolument rendre les services accessibles tout en améliorant la qualité, notamment par l'approfondissement de la réforme hospitalière et par la consolidation des acquis enregistrés à ce niveau. Bien évidemment, une certaine partie de la population continuera encore, pour longtemps, à recourir à la médecine traditionnelle et on ne peut pas continuer à ignorer cette réalité ; d'où la pertinence de continuer à développer ce volet comme complémentaire de la médecine dite moderne.

Domaine 5 : Le renforcement et l'intégration des programmes de santé prioritaires :

En réalité, la dichotomie faite entre la Santé de la Reproduction (SR) et les programmes de lutte contre la maladie n'a pas facilité les tentatives d'intégration au cours de la première phase. Par exemple, la CPN sert de promotion à la vaccination des femmes contre le tétanos et offre au Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) un terrain d'application de la stratégie de chimioprophylaxie du paludisme pour ce groupe vulnérable. L'idée à retenir ici est que certains programmes présentent des similitudes qui favorisent leur intégration. Des initiatives comme le Fonds Global ont ouvert la voie dans ce sens et il est heureux de constater qu'il y a effectivement des avantages dans l'intégration des programmes, y compris la lutte contre le SIDA. Cette volonté d'intégration devra se traduire concrètement dans les faits par le rattachement des programmes aux directions et divisions pertinentes, par la formation et la supervision intégrées sur la base de modules eux-mêmes intégrés. Il faudra également arriver à une intégration des moyens. Des programmes fédérateurs comme la PCIME pourront être le fer de lance de cette intégration, pour ce qui concerne la cible enfant.

Il faut faciliter l'accès des populations éloignées aux hôpitaux, recenser les agents de santé communautaire, capitaliser les expériences dans le domaine, poursuivre la délocalisation des spécialités, octroyer des bourses de formation pour notamment doter les structures de santé de spécialistes et revoir curricula de formation des médecins

V. ANALYSE DES INSTRUMENTS ET DISPOSITIFS DE SUIVI-EVALUATION SECTORIEL

VI. RECOMMANDATIONS

- ✓ Elaborer et mettre en œuvre le plan de développement des ressources humaines ;
- ✓ Renforcer la couverture sanitaire de base et le plateau technique au niveau périphérique ;
- ✓ Mettre en place de manière effective le plan d'urgence des hôpitaux ;
- ✓ Mettre en œuvre de manière effective le plan de renouvellement des infrastructures et des équipements à tous les niveaux.
- ✓ Achever les infrastructures sanitaires en cours de construction et qui permettront d'améliorer la couverture sanitaire actuelle ;

- ✓ Institutionnaliser la culture de « rendre compte » dans l'imputabilité et l'utilisation des ressources par les acteurs, pour une meilleure transparence dans la gestion axée sur les résultats (GAR) ;
- ✓ Institutionnaliser la planification et la coordination au niveau central de toutes les activités des programmes du CDSMT.
- ✓ Pérennisation des initiatives de prise en charge des personnes démunies et des groupes vulnérables ;
- ✓ Renforcement des capacités en planification, en gestion financière et administrative à tous les niveaux du système notamment celles des Equipes Cadre de Région (ECR) et de District (ECD) ;
- ✓ Assurer un bon suivi évaluation des programmes de santé.

VII. CONCLUSION