

ANSD

REPUBLIQUE DU SENEGAL

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DU PLAN

AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE
ET DE LA DEMOGRAPHIE

SITUATION ECONOMIQUE ET SOCIALE DU SENEGAL EN 2015

Janvier 2018

| Directeur Général, Directeur de publication | Babacar NDIR |
|--|----------------------------|
| Directeur des Statistiques Economiques et de la Comptabilité Nationale | Mbaye FAYE |
| Directeur des Statistiques Démographiques et Sociales | Papa Ibrahima Silmang SENE |
| Directeur du Management de l'Information Statistique | Mamadou NIANG |
| Directeur de l'Administration Générale Oumar LY et des Ressources Humaines (p.i.) | Ouleye K. SOW DIOP |
| Agent Comptable Particulier (ACP) | Yatma FALL |
| Chef de la Cellule de Programmation, d'Harmonisation, de Coordination Statistique et de Coopération Internationale | Mam Siga NDIAYE |

| COMITE DE LECTURE ET DE CORRECTION |
|--|
| Seckène SENE, Oumar DIOP, Amadou FALL DIOUF, Mady DANSOKHO, Mamadou BAH, Jean Rodrigue MALOU, Insa SADIO, Mamadou DIENG, El Hadji Malick GUEYE, Alain François DIATTA, Abdoulaye M. TALL, Ndeye Aida FAYE, Mamadou AMOUZOU, Ndeye Binta DIEME COLY, Awa CISSOKHO, Momath CISSE, Bintou DIACK, Nalar K. Serge MANEL, Adjibou Oppa BARRY, Ramlatou DIALLO, Djiby DIOP. |

| COMITE DE REDACTION | |
|---------------------------------------|--|
| 0. PRESENTATION DU PAYS | Djiby DIOP |
| 1. ETAT ET STRUCTURE DE LA POPULATION | Khoudia WADE |
| 2. EDUCATION ET FORMATION | Alioune TAMBOURA & Tidiane CAMARA |
| 3. EMPLOI | Nalar K. Serge MANEL & Jean Rodrigue MALOU |
| 4. SANTE | Khoudia WADE & Cheikh Ibrahima DIOP |
| 5. JUSTICE | Maguette SARR & Boubacar DIOUF |
| 6. ASSISTANCE SOCIALE | Ndèye Aida FAYE |
| 7. EAU ET ASSAINISSEMENT | Ndeye Binta DIEME COLY |
| 8. AGRICULTURE | Mamadou Diang BA |
| 9. ENVIRONNEMENT | Mamadou Diang BA |
| 10. ELEVAGE | Seynabou NDIAYE & Kandé CISSE |
| 11. PECHE MARITIME | Mouhamadou B. DIOUF & Penda AMAR |
| 12. TRANSPORT | Jean Paul DIAGNE |
| 13. PRODUCTION INDUSTRIELLE | Ramlatou DIALLO |
| 14. INSTITUTIONS FINANCIERES | Mambodj FALL & Malick DIOP |
| 15. COMMERCE EXTERIEUR | El Hadj Oumar SENGHOR |
| 16. PRIX A LA CONSOMMATION | El Hadji Malick CISSE & Baba NDIAYE |
| 17. FINANCES PUBLIQUES | Hamady DIALLO, Seynabou SARR & Madiaw DIBO |
| 18. MINES ET CARRIERES | Woudou DEME KEITA |

| AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE |
|---|
| Rocade Fann Bel-air Cerf-volant - Dakar. B.P. 116 Dakar R.P. - Sénégal |
| Téléphone (221) 33 869 21 39 / 33 869 21 60 - Fax (221) 33 824 36 15 |
| Site web : www.ansd.sn ; Email: statsenegal@ansd.sn |
| Distribution : Division de la Documentation, de la Diffusion et des Relations avec les Usagers |
| ISSN 0850-1491 |

Introduction

Au Sénégal, la santé occupe une place importante dans les politiques et programmes de l'Etat. Le Plan Sénégal émergent (PSE) de même que le présent Plan national de Développement sanitaire et social (PNDS 2009-2018) dont la première phase constituait le soubassement du Programme de Développement intégré de la Santé (1998-2002), illustrent l'intérêt accordé à ce secteur. En plus, l'importance de la santé dans l'agenda international du développement apparaît aussi à travers les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dont l'échéance arrive à terme en 2015.

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution sénégalaise qui dispose en son article 17 que : « l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être ».

Pour permettre à toute la population d'accéder à ce droit fondamental garanti par la Constitution, plusieurs programmes ont été élaborés et exécutés avec des priorités et des cibles bien spécifiées.

Le présent chapitre fait l'économie des informations statistiques disponibles sur la situation du secteur de la santé. La première partie présente le système de santé du Sénégal ; la deuxième fait état des ressources du secteur et la troisième présente les activités du secteur, la quatrième traite de l'état de santé de la population et enfin la cinquième partie est consacrée aux performances du secteur.

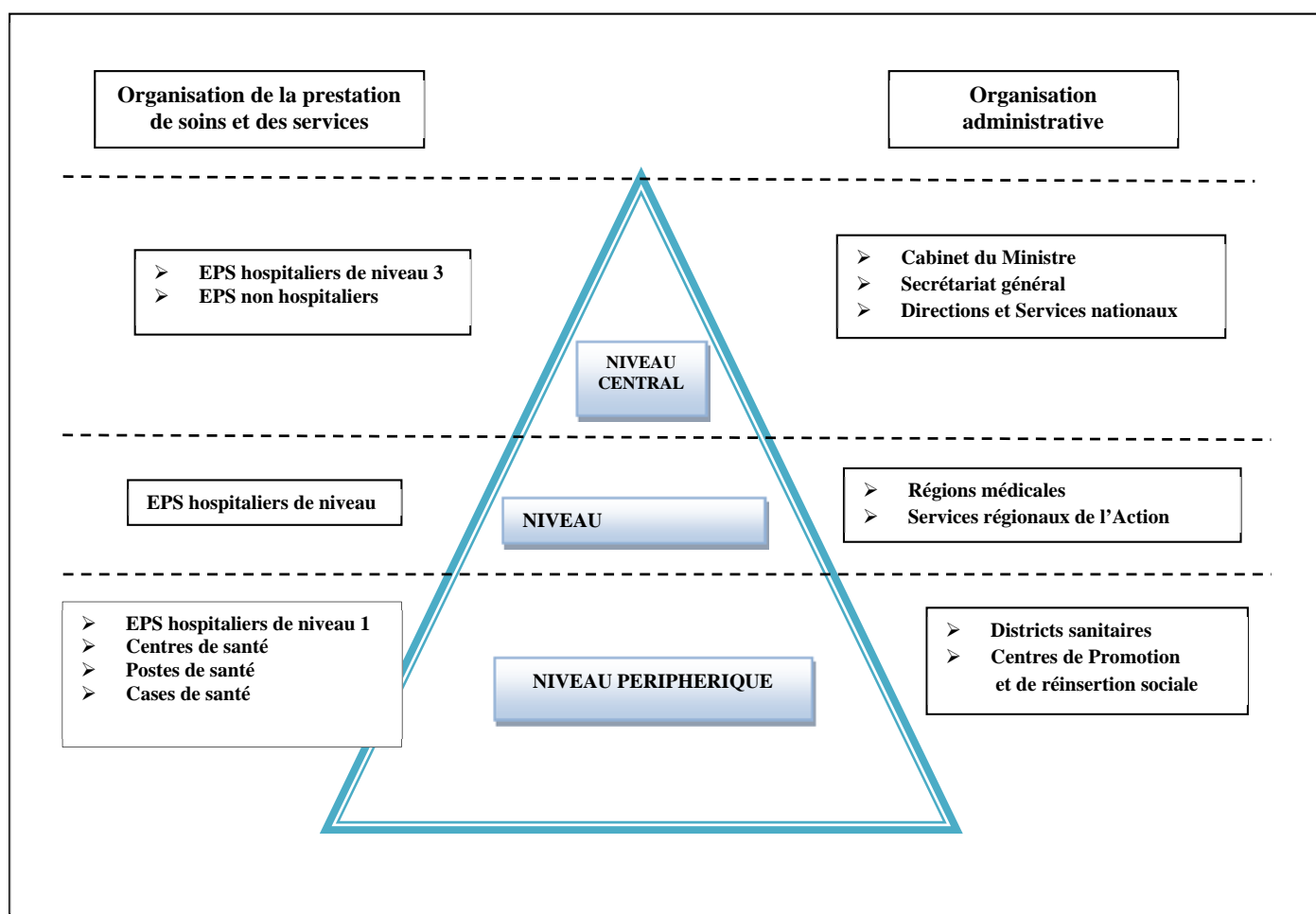
IV.1. LE SYSTEME DE SANTE SENEGALAIS

IV.1.1. ORGANISATION DU PYRAMIDALE DU SYSTEME

Le système de santé sénégalais est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central correspond au sommet de la pyramide. On y retrouve les services ministériels et les centres hospitaliers universitaires. Le niveau intermédiaire fait référence à la région médicale et aux centres hospitaliers régionaux. La base de la structure pyramidale est constituée par le district sanitaire dans lequel se retrouvent les postes de santé et les centres de santé.

Figure IV.1: Pyramide sanitaire du Sénégal en 2015



Source : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS). Annuaire statistique 2015

- **Système d'information sanitaire et sociale**

Le SIS comporte plusieurs sous-systèmes gérés par plusieurs programmes et institutions. Les interrelations entre ces différents sous-systèmes vont déterminer la performance du SIS.

Au sein de la Direction de la planification, de la recherche et des statistiques se trouve la Division du Système d'information sanitaire et sociale en charge de la gestion du système national d'information sanitaire et sociale. Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale assure la bonne fonctionnalité et l'efficacité dans l'articulation de ces trois niveaux pour une fourniture de services de santé de qualité.

IV.1.2. LA POLITIQUE EN MATIERE DE SANTE ET LA SITUATION SANITAIRE

La politique de santé du Sénégal est définie dans le Plan national de Développement sanitaire (PNDS) pour la période allant de 2009 à 2018. La mise en œuvre du PNDS 2009-2018 poursuit les objectifs nationaux et internationaux en matière de santé et d'action sociale notamment. Il s'agit plus spécifiquement de :

- ✓ Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ;
- ✓ Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
- ✓ Renforcer durablement le système de santé ;
- ✓ Améliorer la gouvernance du secteur de la santé ;
- ✓ Améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables.

La vision de la politique de santé est bâtie au tour du principe d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion. Dans cette optique, la prévention demeure l'option majeure. Cette politique de santé s'articule autour de :

- L'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;
- L'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- La promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;

- La protection des groupes vulnérables ;
- Le renforcement du partenariat public-privé ;
- La promotion de la multi-sectorialité ;
- L'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- La culture de la gestion axée sur les résultats.

IV.2. LES RESSOURCES DU SYSTEME

IV.2.1. LES RESSOURCES HUMAINES

Au Sénégal, la répartition du personnel de la santé en 2015 selon la région révèle que Dakar concentre plus de professionnels de santé, comparé aux autres régions. Dans l'ensemble, 39% des professionnels de la santé se trouvent à Dakar, suivi de Thiès (10%) et Kaolack (7%). La région de Kédougou concentre seulement 1%, ce qui fait d'elle la région la moins dotée du pays. D'ailleurs, ces chiffres cachent des disparités en fonction du type de personnel. En effet, 65% des médecins et 77% des pharmaciens du pays sont à Dakar contre 1% ou moins à Kédougou. De même, 65% des pédiatres se trouvent à Dakar, contrairement à Kédougou, où il n'y a même pas de médecin pédiatre.

Cette situation est imputable d'une part, à l'importante concentration démographique à Dakar et d'autre part, à la position stratégique dont jouit cette région constituant un pôle lucratif dans les dépenses de santé.

Tableau IV-1: Répartition des ressources humaines par catégorie socio professionnelle par région

| Catégories socioprofessionnelles | Médecin (total) | Médecin généraliste | Gynécologue | Chirurgien généraliste | Pédiatre | Pharmacien | Sage-femme d'Etat | Infirmier d'Etat | Assistant infirmier | Aide infirmier | Technicien supérieur Administration-Enseignement | Technicien supérieur Odontologie | Technicien supérieur Anesthésie-Réanimation | Technicien supérieur Ophtalmologie | Personnel administratif | Autres personnels de santé | TOTAL |
|----------------------------------|-----------------|---------------------|-------------|------------------------|----------|------------|-------------------|------------------|---------------------|----------------|--|----------------------------------|---|------------------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------|
| Dakar | 667 | 131 | 19 | 10 | 22 | 110 | 459 | 158 | 112 | 514 | 65 | 20 | 26 | 26 | 878 | 1878 | 5095 |
| Diourbel | 56 | 11 | 2 | 1 | 4 | 7 | 83 | 90 | 59 | 14 | 4 | 5 | 8 | 8 | 75 | 447 | 874 |
| Fatick | 15 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 52 | 46 | 43 | 23 | 3 | 2 | 2 | 6 | 42 | 162 | 401 |
| Kaffrine | 11 | 8 | 1 | 1 | 0 | 2 | 20 | 37 | 35 | 1 | 5 | 2 | 4 | 2 | 20 | 306 | 455 |
| Kaolack | 28 | 10 | 2 | 1 | 1 | 4 | 108 | 85 | 44 | 65 | 7 | 6 | 1 | 4 | 75 | 509 | 950 |
| Kédougou | 5 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 26 | 17 | 25 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 14 | 67 | 167 |
| Kolda | 19 | 4 | 2 | 1 | 0 | 1 | 112 | 102 | 17 | 3 | 2 | 2 | 1 | 7 | 22 | 76 | 371 |
| Louga | 32 | 17 | 1 | 1 | 0 | 3 | 86 | 93 | 40 | 37 | 3 | 4 | 5 | 10 | 42 | 466 | 840 |
| Matam | 19 | 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 29 | 46 | 32 | 20 | 6 | 3 | 3 | 2 | 35 | 82 | 294 |
| Saint-Louis | 46 | 12 | 2 | 3 | 0 | 3 | 69 | 65 | 80 | 42 | 6 | 4 | 6 | 5 | 82 | 337 | 762 |
| Sédhiou | 9 | 5 | 1 | 1 | 0 | 1 | 28 | 23 | 17 | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 | 15 | 116 | 226 |
| Tambacounda | 23 | 10 | 2 | 1 | 1 | 1 | 35 | 55 | 38 | 45 | 3 | 3 | 2 | 4 | 62 | 401 | 686 |
| Thiès | 77 | 19 | 3 | 5 | 3 | 7 | 154 | 139 | 77 | 98 | 13 | 10 | 9 | 10 | 99 | 603 | 1326 |
| Ziguinchor | 20 | 10 | 1 | 0 | 2 | 1 | 47 | 64 | 43 | 25 | 5 | 2 | 3 | 7 | 26 | 341 | 597 |
| Sénégal | 1027 | 256 | 38 | 27 | 34 | 143 | 1308 | 1020 | 662 | 889 | 126 | 65 | 75 | 96 | 1487 | 5791 | 13044 |

Source : MSAS. Annuaire Statistique 2015

IV.2.2. LES RESSOURCES MATERIELLES

A l'image des ressources humaines en 2015, la majeure partie des infrastructures du système est basée à Dakar. En effet, à l'exception des Cases de Santé et des Etablissements Publics de Santé (EPS) de niveau 2, Dakar est la région la mieux dotée en infrastructures sanitaires. Le Sénégal compte 11 EPS 3 dont les 10 se trouvent dans la région de Dakar et l'autre dans la région de Diourbel (commune de Touba). Les régions de Kolda et Sédhiou sont les moins dotées en infrastructures sanitaires. En effet, elles comptent 3 et 5 centres de santé sur un total de 99. Par ailleurs, on dénombre 50 Postes de santé pour la région de Sédhiou et 59 pour la région de Kolda sur un total de 1456 au niveau national. En revanche, la région de Kolda enregistre le plus grand nombre de cases de santé, soit 111 sur 708.

Tableau IV-2 : Répartition des structures sanitaires par région

| Région/Données | EPS 3 | EPS 2 | EPS 1 | Centre de santé | Poste de santé | Case de santé |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------------|----------------|---------------|
| Dakar | 10 | 0 | 3 | 24 | 191 | 19 |
| Diourbel | 1 | 1 | 1 | 4 | 99 | 75 |
| Fatick | 0 | 1 | 0 | 8 | 106 | 75 |
| Kaffrine | 0 | 0 | 1 | 4 | 71 | 75 |
| Kaolack | 0 | 1 | 0 | 4 | 106 | 33 |
| Kédougou | 0 | 0 | 0 | 3 | 34 | 67 |
| Kolda | 0 | 1 | 0 | 5 | 59 | 111 |
| Louga | 0 | 1 | 1 | 10 | 115 | 23 |
| Matam | 0 | 2 | 0 | 4 | 94 | 3 |
| Saint Louis | 0 | 2 | 1 | 7 | 124 | 70 |
| Sédhiou | 0 | 0 | 1 | 3 | 50 | 49 |
| Tambacounda | 0 | 1 | 0 | 8 | 119 | 3 |
| Thiès | 0 | 1 | 2 | 10 | 174 | 97 |
| Ziguinchor | 0 | 2 | 0 | 5 | 114 | 8 |
| Sénégal | 11 | 13 | 10 | 99 | 1456 | 708 |

Source : MSAS. Annuaire Statistique 2015

IV.2.3. RESSOURCES FINANCIERES

Pour l'année 2015, Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale a bénéficié d'un budget de Cent trente-quatre milliards cinq soixante-six millions sept cent deux mille neuf cent quatre-vingt (134 566 702 980), soit 5% du Budget national, dont 34,7% des investissements exécutés par l'Etat, 26,7% aux dépenses du personnel, 25,3% aux transferts courants. Les transferts en capital et les dépenses de fonctionnement sont les moins lotis avec respectivement 7,6% et 5,6% comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau IV-3 : Soldes antérieurs, recettes et dépenses par région

| Données/ Régions | Solde antérieur | Total Recettes | Total Dépenses | Taux de recouvrement |
|------------------|-----------------|--------------------|-------------------|----------------------|
| Kédougou | 5 803 649 | 115 337 068 | 72 402 877 | 1,59 |
| Sédhiou | 9 775 667 | 202 651 595 | 134 375 407 | 1,51 |
| Matam | 37 057 272 | 410 116 445 | 311 713 051 | 1,32 |
| Tambacounda | 51 073 092 | 541 319 570 | 410 436 736 | 1,32 |
| Kolda | 40 707 273 | 299 906 962 | 239 966 695 | 1,25 |
| Thiès | 171 107 090 | 1 517 660 109 | 1 280 099 753 | 1,19 |
| Ziguinchor | 43 925 671 | 502 046 309 | 425 169 357 | 1,18 |
| Saint Louis | 76 134 881 | 1 150 677 535 | 990 177 203 | 1,16 |
| Sénégal | 57820883 | 10907943711 | 9534103107 | 1,14 |
| Fatick | 12 538 177 | 514 414 397 | 461 380 004 | 1,11 |
| Kaffrine | 20 495 577 | 562 778 933 | 506 093 499 | 1,11 |
| Louga | 57820883 | 497 010 559 | 448 855 303 | 1,11 |
| Dakar | 153 866 483 | 3 249 964 357 | 3 002 884 447 | 1,08 |
| Kaolack | 38 411 150 | 520 511 485 | 483 526 664 | 1,08 |
| Diourbel | 78 194 423 | 823 548 387 | 767 022 111 | 1,07 |

Source : DSISS/DHIS2

Pour l'autofinancement des structures sanitaires, au niveau national, le taux de recouvrement (recettes/dépenses) représente 1,14. Kédougou et Sédhiou enregistrent les taux les plus élevés : 1,59 et 1,51 (tableau ci-dessous). Les régions de Dakar, de Kaolack et de Diourbel affichent les taux de recouvrement les plus faibles.

Tableau IV-4 : Synthèse du budget du MSAS, 2015

| Rubrique | Montant alloué (FCFA) | Montant alloué relatif |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Dépenses de personnel | 35 983 860 980 | 26,7% |
| Dépenses de fonctionnement | 7 515 597 000 | 5,6% |
| Transferts courants | 34 123 245 000 | 25,4% |
| Investissements exécutés par l'Etat | 46 750 000 000 | 34,7% |
| Transferts en capital | 10 194 000 000 | 7,6% |
| Total budget MSAS | 134 566 702 980 | 100,0% |

Source : MSAS. Annuaire statistique 2015

IV.2.4. LA DISPONIBILITE DES EQUIPEMENTS

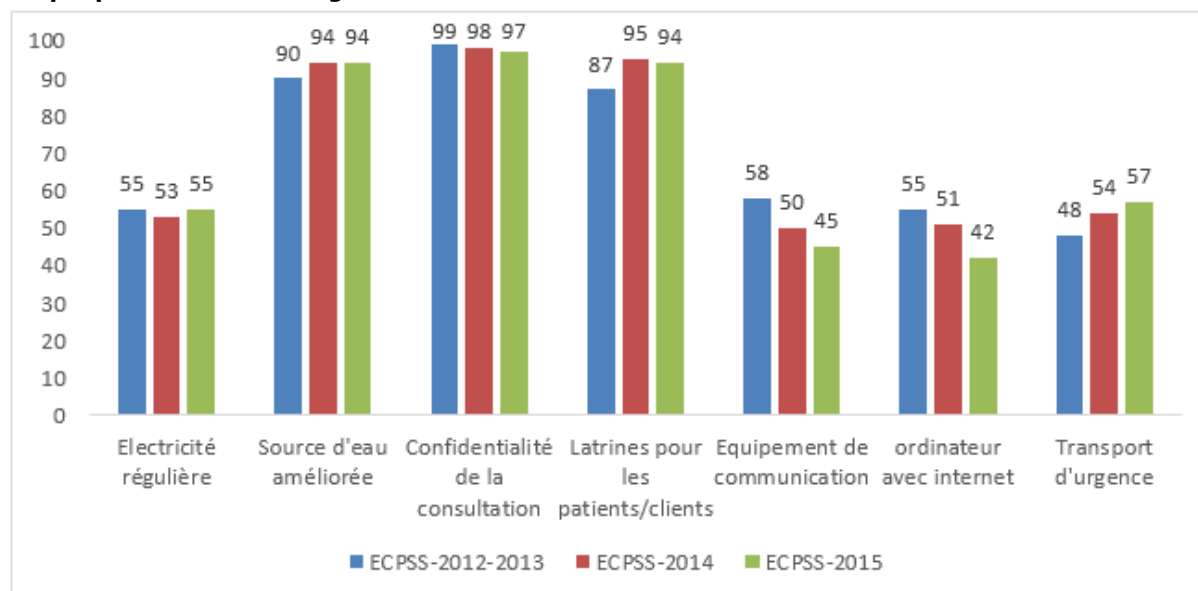
Dans l'évaluation de la disponibilité des infrastructures et des équipements de base, l'OMS donne un certain nombre de recommandations sur les éléments à prendre en compte. Il s'agit principalement :

- des infrastructures de base garantissant le confort des patients ;
- des équipements de base qui permettent la prestation de services de santé de qualité ;
- des précautions standards pour le contrôle des infections dans les zones de prestation des services ;
- la capacité d'adhésion aux normes qui garantissent une stérilisation de qualité ;
- des capacités de diagnostic ;
- la disponibilité de médicaments essentiels.

En 2015, les infrastructures de base que l'on retrouve principalement dans les structures de santé sont la source d'eau (94%), la salle de consultation respectant la confidentialité (97%) et les latrines pour les patients (94%). En matière d'équipement de communication (45%), d'ordinateur (42%), de transport d'urgence (57%) et d'électricité régulière (55%), beaucoup de progrès restent encore à réaliser. Par

ailleurs, entre 2013 et 2015, la plupart des indicateurs ont stagné, alors que certains ont même baissé. Cette situation interpelle sur la nécessité d'un diagnostic approfondi de l'équipement des structures de santé au Sénégal.

Graphique IV.1: Pourcentage des infrastructures de base



Source : ANSD, Enquête sur la prestation des services de soins de santé 2015

IV.3. LES ACTIVITES DU SECTEUR

Les activités du secteur de la santé peuvent être divisées en deux grandes catégories : les activités préventives et les activités curatives.

IV.3.1. LES ACTIVITES PREVENTIVES

Comme indiqué dans les missions du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, la prévention constitue une orientation majeure dans la politique de développement sanitaire du Sénégal. A cet effet, selon les priorités identifiées du moment, le Ministère de la Santé met en œuvre des programmes de prévention axés sur la lutte contre certaines maladies comme le paludisme ou la communication pour le changement de comportement dans certains secteurs tels que la planification familiale.

IV.3.1.1. La prévention du paludisme

La prévention du paludisme repose sur deux types de stratégies: un ensemble de précautions visant à limiter les risques d'infection du plasmodium et la prise préventive de certains médicaments. A cet effet, la Moustiquaire imprégnée d'Insecticide (MII) et

l'aspersion ou la pulvérisation intra-domiciliaire (PID) d'insecticide comptent parmi les moyens de prévention les plus efficaces.

L'approche stratégique choisie par le Programme national de Lutte contre le Paludisme (PNLP) est celle de l'accès universel aux Moustiquaires imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) pour garantir le meilleur taux de couverture et d'utilisation, en particulier par les populations les plus vulnérables. La PID constitue aussi une des composantes essentielles de la stratégie de lutte contre le paludisme au Sénégal.

✓ **La pulvérisation intra-domiciliaire (PID)**

La PID est une technique de lutte anti-vectorielle qui consiste à pulvériser de l'insecticide liquide sur les murs intérieurs des habitations.

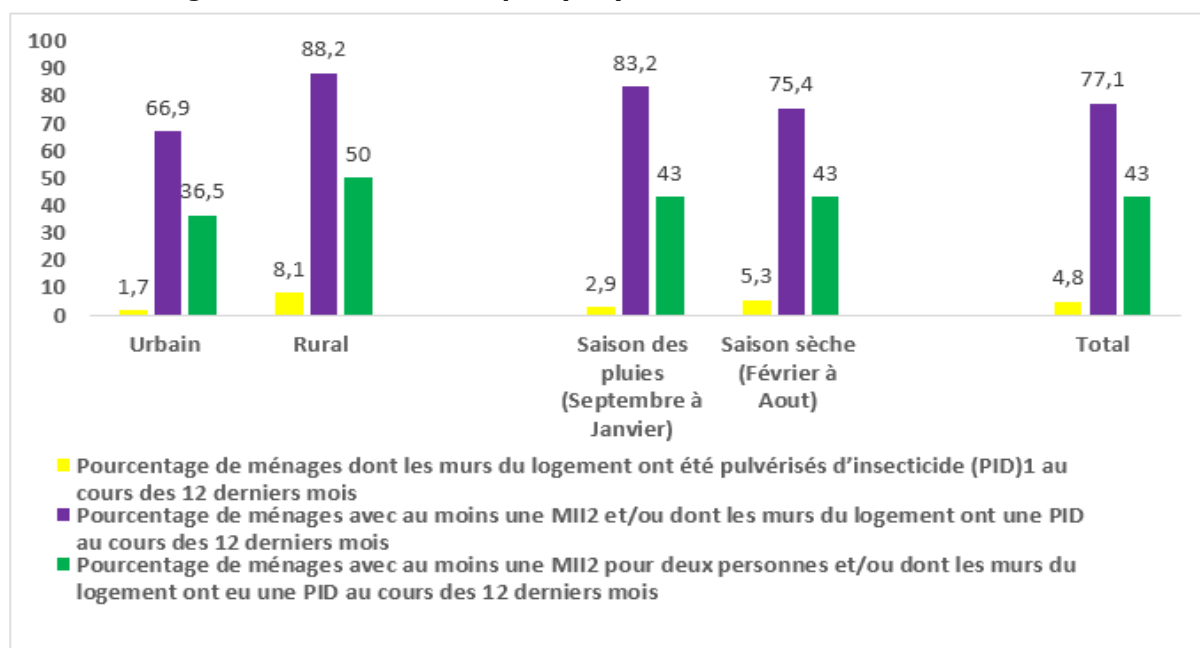
Au Sénégal, la pulvérisation intra-domiciliaire est un des axes d'intervention stratégique de lutte contre le paludisme du PNL. Dans l'ensemble, les résultats de l'EDS-C 2014 (Graphique ci-dessous) montrent que 5% des ménages enquêtés ont déclaré que les murs internes de leurs habitations avaient été pulvérisés d'insecticide dans les 12 mois précédant l'enquête (contre 9 % au cours de l'EDS-C 2014).

Ces résultats montrent aussi que la pulvérisation d'insecticide a été plus fréquemment utilisée en milieu rural qu'en milieu urbain (8 % contre 2 %).

Selon la période de collecte des données, on note que la PID est moins fréquente durant la première vague (septembre à janvier) que durant la deuxième vague (février à août) respectivement 3 % et 5 %.

Globalement, au niveau national, plus de deux ménages sur cinq (43 %) possèdent au moins une MII pour deux personnes et/ou ont eu les murs de leur logement pulvérisés d'insecticide au cours des 12 derniers mois. Les variations sont similaires à celles observées pour les indicateurs précédents.

Graphique IV.2: Répartition de ménages ayant reçu la pulvérisation d'insecticide sur les murs intérieurs du logement contre les moustiques (PID) au cours des 12 derniers mois



Source : ANSD. EDS-Continue, Sénégal 2015

✓ **L'Accès à une MII¹⁴ dans le ménage**

Le Tableau 4.5 montre qu'au Sénégal, près d'une personne sur cinq (19%) a passé la nuit ayant précédé l'interview dans un ménage ne possédant aucune moustiquaire imprégnée d'insecticides, 8% ont passé la nuit avant l'interview dans un ménage possédant 2 MII, 12% dans un ménage possédant 5 MII et 24% dans un ménage en possédant 7 ou plus. Dans l'ensemble, les deux tiers des personnes (66%) auraient pu dormir sous une MII.

Tableau IV-5 : Répartition (%) de la population de fait des ménages par nombre de MII possédée par le ménage, selon le nombre de personnes qui ont passé la nuit avant l'interview dans le ménage

| Nombre de MII | Nombre de personnes qui ont passé la nuit avant l'interview dans le ménage | | | | | | | | Ensemble |
|---------------|--|------|------|------|------|------|------|------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8+ | |
| 0 | 54,9 | 38,6 | 31,4 | 21,8 | 24,7 | 24,3 | 25,6 | 15,6 | 18,6 |
| 1 | 36,6 | 30,5 | 24,2 | 15,8 | 11,9 | 4,6 | 10,2 | 2,9 | 5,6 |
| 2 | 4,6 | 22,2 | 29,4 | 30,6 | 25,5 | 19,8 | 11,4 | 3,7 | 8,3 |
| 3 | 2,8 | 7,9 | 8,7 | 21,7 | 22,4 | 25,2 | 18,9 | 6,6 | 10,1 |
| 4 | 0,4 | 0,5 | 5,0 | 6,9 | 9,8 | 12,4 | 19,8 | 12,4 | 12,2 |
| 5 | 0,3 | 0,0 | 0,6 | 2,5 | 2,6 | 9,1 | 7,9 | 14,6 | 12,1 |

¹⁴ Taux d'accès à une MII : la proportion de personnes ayant dormi sous MII ; on suppose qu'une MII est utilisée par 2 personnes.

| Nombre de MII | Nombre de personnes qui ont passé la nuit avant l'interview dans le ménage | | | | | | | | Ensemble |
|--|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8+ | |
| 6 | 0,1 | 0,2 | 0,6 | 0,0 | 2,3 | 3,0 | 2,9 | 11,4 | 8,8 |
| 7+ | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 0,5 | 0,8 | 1,5 | 3,2 | 32,8 | 24,3 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Effectif | 311 | 485 | 882 | 1 359 | 2 043 | 2 316 | 2 857 | 27 650 | 37 903 |
| Pourcentage ayant accès à une MII1 | 45,1 | 61,4 | 60,5 | 70,3 | 63,1 | 66,1 | 59,5 | 67,1 | 66,0 |
| 1 Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une MII si chaque MII du ménage était utilisée par deux personnes au maximum. | | | | | | | | | |

Source : ANSD. EDS-Continue, Sénégal 2015

IV.3.1.2. La vaccination des enfants

En matière de vaccination, des progrès ont été enregistrés au cours de l'année 2015. La cible de 70% pour la proportion d'enfants de 0-11 mois complètement vaccinés, a été dépassée de 4 points de pourcentages ; ce qui traduit une bonne performance de la vaccination en 2015. Pour le taux de couverture en Penta 3 dont l'objectif national est de 90%, il a été enregistré un résultat de 89%, soit un écart de 1 point de pourcentage en moins par rapport à la cible.

IV.3.1.3. Lutte contre la Tuberculose

La tuberculose reste la plus meurtrière maladie infectieuse au monde, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les chiffres de cette dernière en 2015, montrent que sur 10,4 millions de personnes ayant contracté la maladie, 1,8 millions en sont décédées et plus de 95% des décès sont survenus dans le pays à revenu faible ou intermédiaire. Au Sénégal, cette maladie continue de faire des ravages.

✓ Mesures-phares antituberculeux de l'Etat

Pour éradiquer la tuberculose, des efforts énormes ont été consentis par les autorités du pays. Ainsi, le Sénégal est passé de 500 cas de décès à 300 par an. Il faut aussi noter que 12 mille personnes ont été « sauvées » d'une mort imminente grâce aux soins du Programme national de Lutte contre la Tuberculose (PNT). Le PNT vise à réduire de 95 % le taux d'incidence de la tuberculose d'ici 2035. A ce titre, le plateau technique sanitaire a été relevé, avec la disponibilité de nouveaux outils comme le Genexpert ; un appareil qui permet de détecter rapidement les cas de multi-résistance et de toutes les formes de tuberculose. L'Etat a aussi mis en place une unité de radiologie mobile sillonnant le pays pour mener de vastes campagnes de masse. Outre

la mobilisation de ressources financières, humaines et matérielles, la gratuité des médicaments antituberculeux et l'examen de base pour le diagnostic, le ministère de la Santé a aussi mis sur pied 13 appareils pour le test de diagnostic rapide et gratuit pour le dépistage de la multi-résistance. « **End TB** », la nouvelle trouvaille de l'Etat pour mettre fin à la tuberculose

« Zéro cas de tuberculose », c'est l'objectif que se sont assignés les services du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Ils veulent que la tuberculose soit éradiquée sur le territoire national. A cet égard, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose, a opté pour la Stratégie : Mette fin à la tuberculose ou « End Tb ».

IV.3.1.4. La prévention du VIH/SIDA et le dépistage

✓ **Le dépistage**

En 2015, 755 038 personnes ont fait le test de dépistage du VIH dont 98% en ont connu les résultats. Ces dépistages ont permis à 6 940 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) de découvrir leur statut sérologique dont 341 à travers les dons de sang, 406 à travers le dépistage des personnes atteintes de tuberculose et 1 055 via le dépistage des femmes enceintes.

Selon les estimations, en 2015, environ 57% des PVVIH connaissent leur statut au Sénégal. Le gap à combler par rapport à l'atteinte du premier objectif « 90% » est de 33% d'ici 2020. Même si des progrès ont été réalisés en comparaison de l'année 2014 (53,2%), il reste encore que l'objectif est loin d'être atteint.

Tableau IV-6 : Résultats du dépistage VIH en 2015

| Indicateurs | Pourcentage des personnes âgées de 15 à 49 ans ayant subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat | Nombre de personnes ayant bénéficié de test de VIH et ayant reçu leurs résultats de dépistage |
|--------------------------------|---|--|
| Résultats atteints 2014 | 13% | 814 663 |
| Résultats attendus 2015 | 14% | 1 094 199 |
| Résultats atteints 2015 | 12% | 755 038 |

Source : CNLS. Rapport, 2015

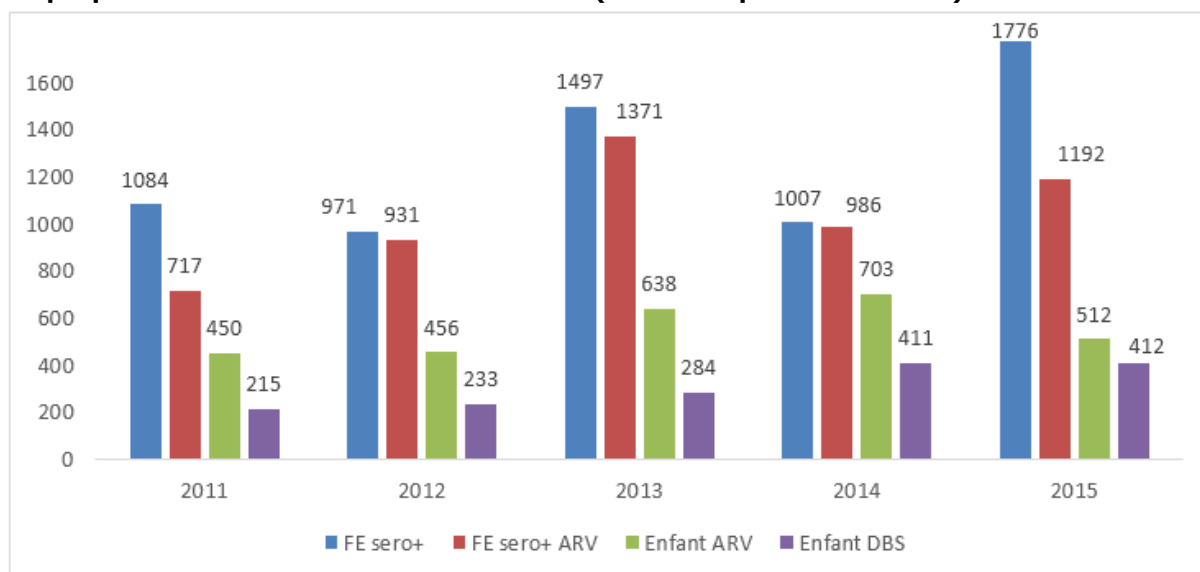
✓ **La Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH**

Le Graphique 4.4 montre la Prise en charge (PEC) du couple mère-enfant de 2011 à 2015. Le pourcentage de mise sous ARV chez les femmes dépistées positives est passé de 52,0 % en 2014 à 58,0 % en 2015 (le dénominateur utilisé est la projection du spectre des femmes séropositives attendues). Cette légère progression est due, entre autres, à un timide passage à l'échelle de la politique de délégation de tâches adoptées depuis 2013 au Sénégal. En revanche, en rapportant le pourcentage aux femmes enceintes dépistées positives, le taux de performance se situe à 67,0 %.

Pour ce qui est de la mise sous prophylaxie des enfants nés de mères séropositives, le programme a enregistré un léger recul dû aux ruptures des CDF (Combinaisons à Dose Fixe) pendant l'année 2015. En effet, seulement 30 % des enfants issus de la PTME (Prévention de la Transmission Mère-Enfant) ont pu bénéficier d'une prophylaxie antirétrovirale contre à 31,5 % en 2014.

Le diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives par la méthode de prélèvement sur papier buvard a démarré au Sénégal depuis fin 2011 avec un passage à l'échelle effective en 2013. Cependant, l'absence de circuit formel pour l'acheminement des DBS (Dry Blood Spot) et de comptes rendus de résultats a plombé les performances des sites. En effet, le pourcentage des enfants qui ont bénéficié du prélèvement sur papier buvard est passé de 18,5 % en 2014 à 21,0 % en 2015.

Graphique IV.3 : Evolution de la cascade PTME 2 (PEC du couple mère – enfant) de 2011 à 2015



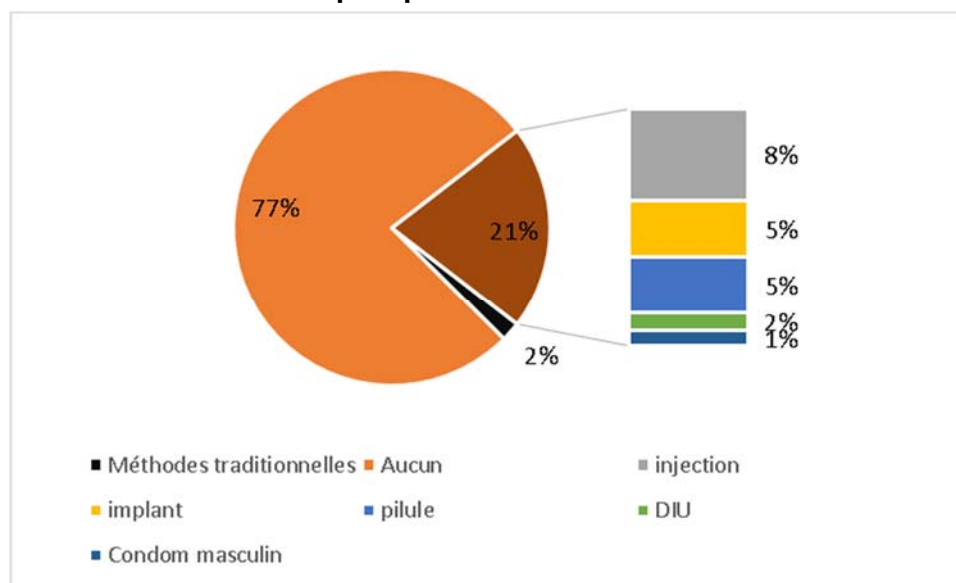
Source : MSAS. Annuaire Statistique 2015

IV.3.1.5. La planification familiale

Assurer une maternité à moindre risque et améliorer la santé de la mère et de l'enfant constituent une préoccupation majeure du Sénégal et de la communauté internationale. La planification familiale contribue à une maîtrise de la croissance démographique à travers un contrôle de la fécondité. Pour le suivi et l'évaluation des programmes de planification familiale, le niveau d'utilisation de la contraception est souvent considéré comme un indicateur de référence.

Au Sénégal, les résultats de l'EDS-C de 2015 montrent qu'environ 23% des femmes en union utilisent actuellement une méthode contraceptive parmi lesquelles 21% ont recours à une méthode moderne et 2% à une méthode traditionnelle (graphique ci-dessous). Les méthodes principalement utilisées sont les injectables (8%), la pilule (5%) et les implants (5%). Les résultats de l'enquête mettent également en évidence l'augmentation de la prévalence contraceptive des femmes dont l'âge est compris entre 15 et 44 ans.

Graphique IV.4 : Prévalence contraceptive parmi les femmes en union selon la méthode



Source : ANSD. EDS-Continue

IV.3.2. LES ACTIVITES CURATIVES

Si la prévention occupe une place importante dans la politique de santé d'un pays, il n'en demeure pas moins crucial de disposer d'un système performant pour la prise en charge des cas de maladie diagnostiquée ou d'accidents. Les données recueillies à

travers l'enquête sur la prestation des services de santé au Sénégal seront utilisées pour documenter cette partie.

- L'offre de services de base

Les services de base comprennent un paquet de services de santé résumé à travers les points ci-dessous :

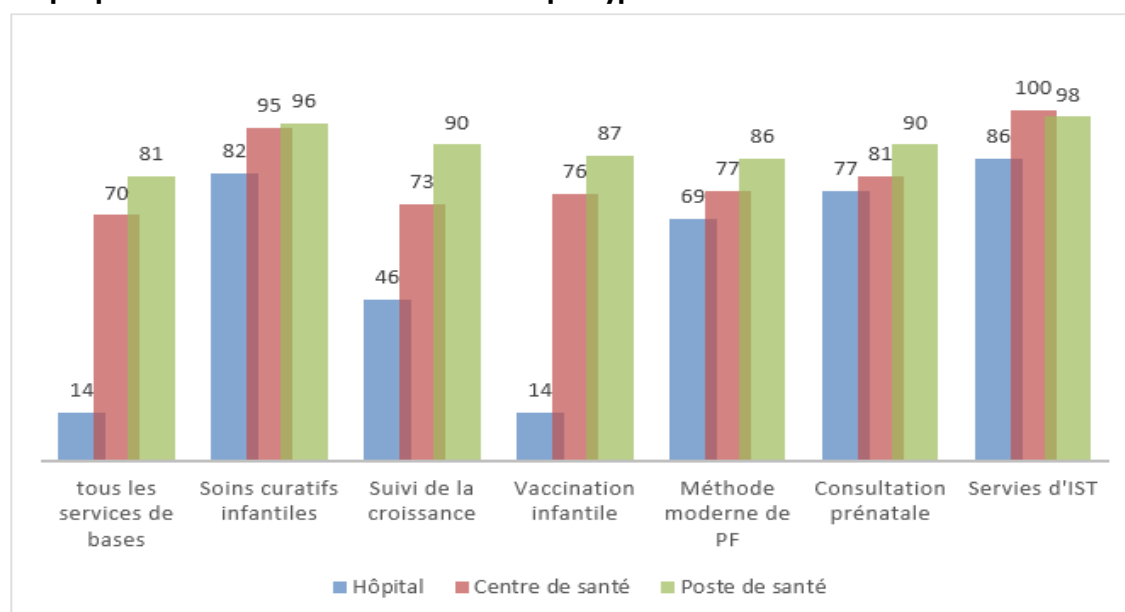
- les soins curatifs ambulatoires pour enfant malade,
- les services de vaccination infantile dans la structure,
- le suivi de la croissance infantile,
- les méthodes modernes de planification familiale,
- les services de consultations prénatales,
- les services pour les infections sexuellement transmissibles (IST).

Les résultats de l'enquête sur la prestation des services de soins de santé réalisée en 2015 montrent que près de huit structures sur dix (77%) offrent tous les services de base.

Parmi toutes les structures, la quasi-totalité offre les services pour les IST (97%) et les soins curatifs infantiles (96%) (Graphique V.6).

La disponibilité des services de base varie selon la structure. Les postes de santé (81%) offrent plus fréquemment tous ces services de base que les centres de santé (70%) et près de six (6) fois plus que les hôpitaux (14%).

Graphique IV.5 : Offre de services sanitaires par type de service



Source : ANSD. Enquête sur la prestation des services de soins de santé 2015

IV.4. LA SITUATION SANITAIRE AU SENEGAL

IV.4.1. MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT)

Les maladies non transmissibles (MNT) deviennent de plus en plus un sérieux problème de santé publique. Conformément aux recommandations de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2011, le Sénégal s'est engagé dans la lutte contre ces maladies et à faire face aux conséquences humanitaires désastreuses. Cependant, l'ampleur des MNT et de leurs facteurs de risque ne sont pas suffisamment connus, même si, par ailleurs, des études parcellaires ont déjà été menées.

✓ Prévalence du diabète

La prévalence globale du diabète est de 2,1%. Les hommes sont plus touchés que les femmes (2,5% contre 1,6%). Le diabète est plus fréquent en zone urbaine (2,9%) contre 1,3% en zone rurale.

La prévalence du diabète mérite une attention particulière à partir de 45 ans :

- 5,4% dans la population de 45 à 59 ans
- 5,9% pour le 3^e âge.

Pour ces deux (2) tranches d'âge, les hommes sont plus atteints que les femmes.

Tableau IV-7 : Prévalence du diabète et prévalence de la glycémie anormale à jeun selon le sexe et la tranche d'âge

| Hyperglycémie ou traitement contre le diabète et/ou diagnostic de diabète | | | | | | | Glycémie anormale à jeun par âge et par sexe | | | | | |
|---|----------|-----|----------|-----|----------|-----|--|-----|----------|-----|----------|-----|
| Tranche d'âge (ans) | Hommes | | Femmes | | Ensemble | | Hommes | | Femmes | | Ensemble | |
| | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % |
| 18-29 | 564 | 0,3 | 1036 | 0,8 | 1600 | 0,6 | 564 | 1,6 | 1036 | 1,1 | 1600 | 1,3 |
| 30-44 | 553 | 1,8 | 1126 | 1,3 | 1679 | 1,5 | 553 | 1,7 | 1126 | 2,3 | 1679 | 2 |
| 45-59 | 391 | 8,1 | 597 | 2,9 | 988 | 5,4 | 391 | 0,5 | 597 | 1,6 | 988 | 1,1 |
| 60-69 | 172 | 6,2 | 200 | 5,6 | 372 | 5,9 | 172 | 1,1 | 200 | 6,6 | 372 | 3,9 |
| 18-69 | 1680 | 2,5 | 2959 | 1,6 | 4639 | 2,1 | 1680 | 1,4 | 2959 | 1,9 | 4639 | 1,7 |

Source : ANSD. Rapport préliminaire STEPS, 2015

Une glycémie à jeun anormale a été identifiée chez 1,7% de la population ; elle est plus fréquente chez les femmes de plus de 60 ans (Tableau 4.7).

✓ Hypertension artérielle

La prévalence globale de l'hypertension artérielle dans la population d'étude (âgée de 18-69) est de 24% ; les femmes sont plus touchées (Tableau 4.8). Elle est plus fréquente en zone rurale (26,2%) contre 21,7% en zone urbaine.

Tableau IV-8: Prévalence de l'hypertension artérielle selon la tranche d'âge et le sexe

| Hypertension artérielle | | | | | | |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Tranche d'âge (ans) | Hommes | | Femmes | | Ensemble | |
| | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % |
| 18-29 | 623 | 10,4 | 1163 | 10,8 | 1786 | 10,6 |
| 30-44 | 637 | 23,1 | 1240 | 27,6 | 1877 | 25,5 |
| 45-59 | 447 | 37,7 | 677 | 46,3 | 1124 | 42,2 |
| 60-69 | 185 | 50,3 | 240 | 57,2 | 425 | 53,9 |
| 18-69 | 1892 | 21,9 | 3320 | 26,0 | 5212 | 24,0 |

Source : ANSD. Rapport préliminaire STEPS, 2015

Parmi les participants qui ne prennent pas le traitement des antihypertenseurs, 7,7% ont eu une « tension-artérielle » très élevée dont la population du 3^e âge est particulièrement concernée (26%).

Tableau IV-9 : Prévalence de l'HTA sévère selon la tranche d'âge et le sexe

| Tranche d'âge (ans) | TA systolique ≥ 160 et/ou TA diastolique ≥ 100 mmHg, en dehors de ceux qui prennent des antihypertenseurs | | | | | |
|---------------------|---|------|----------|------|----------|------|
| | Hommes | | Femmes | | Ensemble | |
| | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % |
| 18-29 | 622 | 0,7 | 1149 | 2,7 | 1771 | 1,7 |
| 30-44 | 631 | 4,8 | 1228 | 10,2 | 1859 | 7,7 |
| 45-59 | 435 | 12,9 | 649 | 18,9 | 1084 | 16,1 |
| 60-69 | 176 | 23,1 | 229 | 28,6 | 405 | 26,0 |
| 18-69 | 1864 | 5,5 | 3255 | 9,8 | 5119 | 7,7 |

Source : ANSD. Rapport préliminaire STEPS, 2015

IV.4.2. LE VIH/SIDA ET SA PRISE EN CHARGE

Au Sénégal, le nombre de sites pour la prise en charge des PVVIH est passé de 13 pour adultes en 2004 à 183 en 2015 et de 3 à 106 sites de PEC chez les enfants.

En 2015, le traitement des PVVIH (adultes et enfants) reste effectif dans la quasi-totalité des hôpitaux et centres de santé publics avec une couverture de 83% des hôpitaux et 90% des centres de santé pour les adultes contre respectivement 80% et 85% pour les enfants. Par rapport au traitement, 18 375 PVVIH ont régulièrement reçu des ARV en 2015, soit une couverture de 50,6% par rapport aux 90% des PVVIH attendues. Ce gap est lié particulièrement à un taux de perdus de vue important.

L'écart est plus prononcé pour la mesure de la charge virale chez les PVVIH qui sont sous traitement. En effet, seules 5 578 PVVIH ont bénéficié d'une mesure de la charge virale et parmi elles, 4 425 ont atteint une suppression ($CV < 1000$ copies/ml), soit 79,3% de suppressions. Ceci ne représente que 10% par rapport à un objectif de 90%. Ce résultat ne reflète pas la qualité du TAR (Traitements antirétroviraux), d'autant plus que seulement 30% des PVVIH régulièrement suivies sous ARV ont bénéficié d'une mesure de charge virale.

Dans les autres secteurs, la prise en charge est offerte dans six (06) centres médicaux de garnison sur quinze (15) et six (06) structures privées sur 266. Par ailleurs, avec le démarrage de la délégation des tâches, la prise en charge des PVVIH est décentralisée dans 61 postes de santé publics sur 1 211 offrant le service. C'est ainsi que le Sénégal est en train de combler le gap en terme de relèvement du plateau technique avec l'acquisition de plateformes pour l'analyse de la charge virale et le diagnostic précoce dans les régions Sud (Ziguinchor, Sédhiou et Kolda), Est (Tambacounda et Kédougou), Centre (Diourbel, Kaolack et Thiès) et Nord (Saint Louis). Dix (10) appareils sont installés, dans les régions dont 05 fonctionnels, rejoignant ainsi les autres appareils déjà fonctionnels à Dakar. Pour leur utilisation adéquate, des formations théoriques et pratiques des prestataires de laboratoire ont été faites, un plan de maintenance préventive et curative a été élaboré et le circuit d'approvisionnement en intrants et réactifs a été clairement défini.

L'analyse de ces résultats au regard des 90-90-90 ciblés par le TATARSEN montre encore des gaps, mais rapportés aux objectifs annuels, la capacité d'enrôlement dans les soins et le traitement reste satisfaisante avec une moyenne de 5 000 cas par an.

Tableau IV-10 : Synthèse nationale des indicateurs de la prise en charge du VIH

| Indicateurs | Niveau |
|---|--------|
| File Active globale en 2015 (patients régulièrement suivis) | 19 595 |
| File Active sous ARV en 2015 | 18 375 |
| Nouveaux patients enregistrés dans la PEC en 2015 | 5318 |
| PVVIH mis sous ARV en 2015 | 5140 |
| Nouveaux décès sous ARV enregistrés en 2015 | 724 |
| Taux de décès sous ARV en 2015 | 3,40% |
| Nouveaux perdus de vue sous ARV enregistrés en 2015 | 2158 |
| Taux de perdus de vue sous ARV en 2015 | 10,3% |
| Rétention sous ARV en 2015 | 86 ,3% |

Source : CNLS. Rapport, 2015

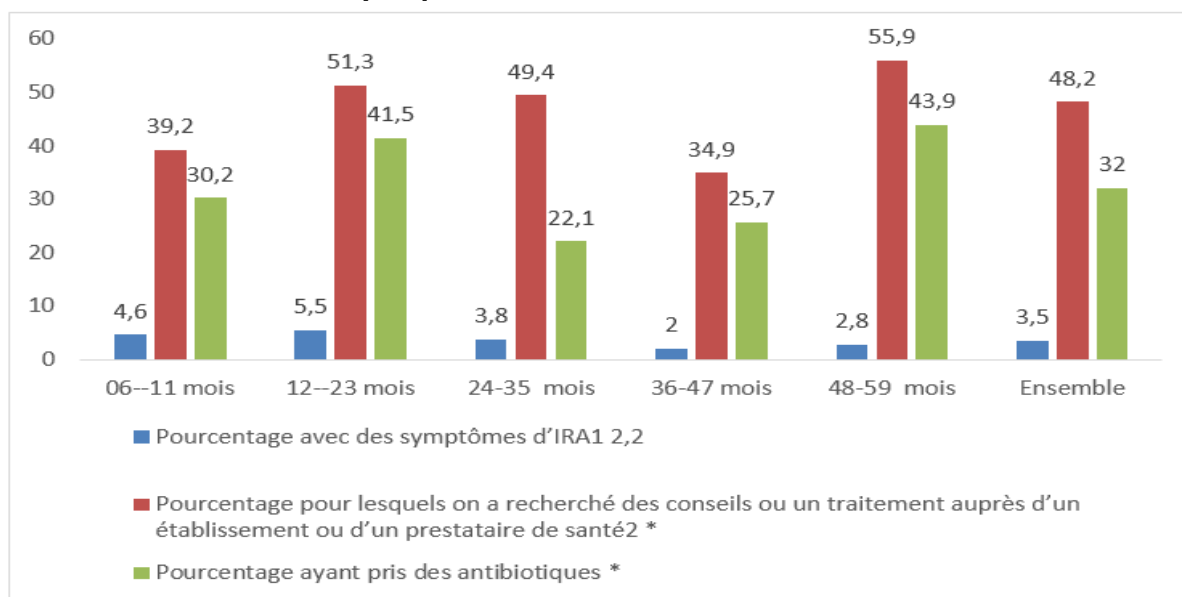
IV.4.3. LES MALADIES DE L'ENFANT ET LA MORTALITE

IV.4.3.1. Prévalence et traitement de l'IRA

Les infections respiratoires aiguës (IRA) et particulièrement la pneumonie constituent l'une des premières causes de mortalité des enfants dans les pays en développement.

Le graphique ci-dessous montre que parmi les enfants de moins de cinq ans, 4% ont souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide pendant les deux semaines ayant précédé l'interview (EDS 2015). Chez les enfants qui ont eu des symptômes d'infections respiratoires aiguës, environ un sur deux (48%) a été conduit dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical pour traitement ou conseil. En outre, on relève que parmi les enfants de moins de cinq ans présentant des symptômes d'IRA, seulement trois sur dix ont pris des antibiotiques.

Graphique IV.6 : Proportion (%) d'enfants de moins de cinq ans présentant des symptômes d'IRA au cours des deux semaines ayant précédé l'interview

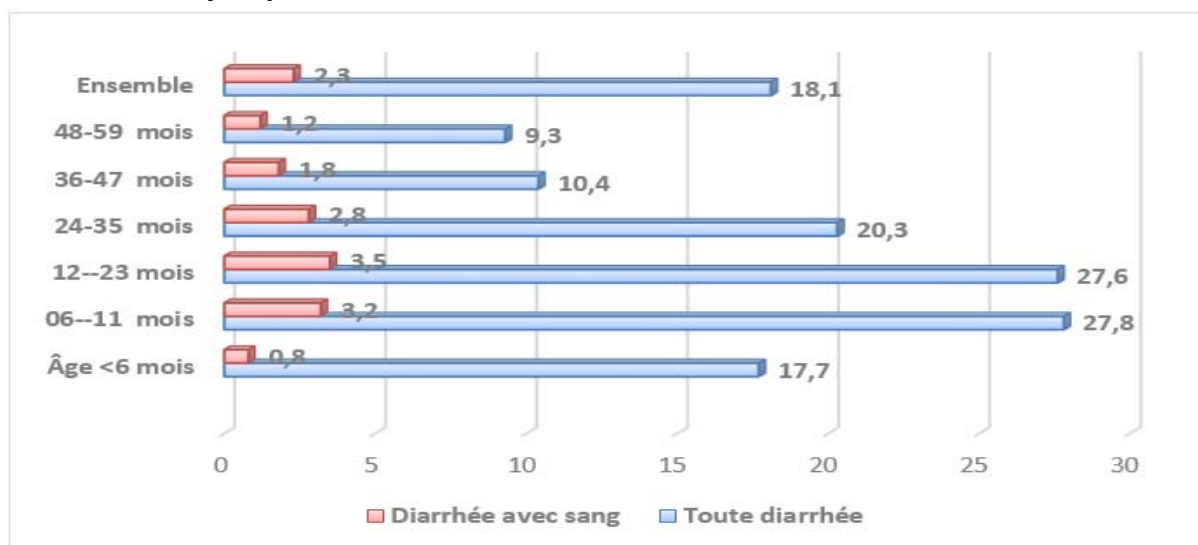


Source : ANSD. EDS-Continue Sénégal 2015

IV.4.3.2. Prévalence et traitement de la diarrhée

Le graphique 4.8 renseigne qu'environ un enfant de moins de cinq ans sur cinq (18%) avait souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'interview. La prévalence de la diarrhée est particulièrement forte chez les jeunes enfants de 6-23 mois (28%). Ces âges de forte prévalence du phénomène sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés.

Graphique IV.7 : Proportion (%) des enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'interview



Source : ANSD. EDS-Continue Sénégal 2015

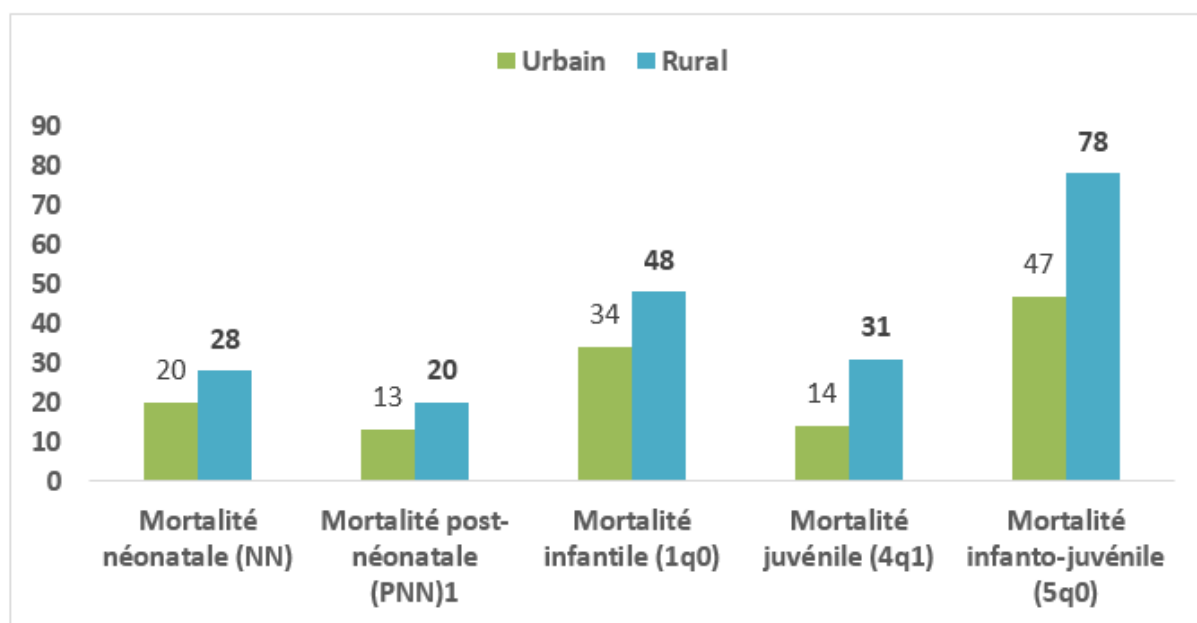
IV.4.3.3. La Mortalité

La mortalité des enfants varie très fortement selon le milieu de résidence. Ainsi, quel que soit le type de mortalité considéré, le quotient est nettement plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. Entre autres, ces disparités pourraient être liées aux différences dans la prise en charge de la grossesse, notamment dans le suivi prénatal et les conditions d'accouchement plus favorables en milieu urbain mais aussi dans l'état nutritionnel et de santé des mères. Ces différences devraient affecter en premier la mortalité de la petite enfance, notamment la mortalité néonatale et post-néonatale.

La mortalité néonatale est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain : 28‰ contre 20‰ ; pour la mortalité post-néonatale, le niveau est de 20‰ contre 13‰.

Le quotient de mortalité infantile passe de 48‰ en milieu rural à 34‰ en milieu urbain, soit une différence de 14‰. Au-delà d'un an, non seulement cette différence persiste mais elle se creuse davantage, avec un niveau de mortalité juvénile de plus de deux fois plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (31 ‰ contre 14 ‰). Cela signifie que sur 1000 enfants survivants à leur premier anniversaire, 31 décèdent en milieu rural contre 14 en milieu urbain, avant leur cinquième anniversaire. La tendance est la même pour la mortalité infanto-juvénile.

Graphique IV.8 : Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période des dix années ayant précédé l'enquête



Source : ANSD. EDS-Continue Sénégal 2015

IV.5. LES PERFORMANCES DU SECTEUR

Les performances du secteur de la santé au cours de l'année 2015 sont extraites du rapport de performance annuel du Document de Programmation pluriannuelle des Dépenses (DPPD) du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale.

Les résultats enregistrés dans le domaine de la planification familiale font état d'une évolution positive du taux de prévalence contraceptive, comparé à l'année 2014. Ce dernier est passé de 20 % à 21,2% avec un gain de 1,2 point de pourcentage. Malgré cette augmentation du taux de prévalence contraceptive, le Sénégal reste encore assez éloigné de l'objectif de 27% fixé pour 2015. Selon le rapport du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, cette différence serait imputable en partie à l'inaccessibilité géographique et/ou financière. En effet, l'enclavement ou les difficultés d'accès de certaines zones, les coûts élevés de la prestation (fiches de consultation de Planification Familiale et consommables) sont autant de facteurs qui freinent l'utilisation des services de planification familiale. La qualité des activités de conseil, la gestion des effets indésirables et le déficit en équipement (matériel insertion/retrait du dispositif Intra Utérin et implants) ont contribué à cet écart. A ces facteurs, s'y ajoutent également les considérations socioculturelles qui constituent encore des obstacles dans la promotion de la planification familiale.

Par ailleurs, les résultats de l'EDS continue de 2015 montrent l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification. Dans l'ensemble, 23% des femmes en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Ajoutée à la proportion d'utilisatrices actuelles (21,2%), la demande totale en planification familiale atteint les 44,2%.

Tableau IV-11 : Evolution des indicateurs de performance

| Objectifs sectoriels | Programme fonctionnel | Objectifs Spécifiques | Indicateurs de performance | | | | |
|--|--|--|---|------------------------|------------------------|------------------------|--------|
| | | | Indicateurs liés aux objectifs | Niveau atteint en 2014 | Cible attendue en 2015 | Niveau atteint en 2015 | Ecart |
| Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile-juvénile | 1. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent | Améliorer le niveau d'utilisation des services de planification familiale afin de couvrir les besoins non satisfaits | Taux de prévalence contraceptive | 20% | 27% | 21,2% | -5.8 |
| | | Assurer la surveillance de la grossesse et les soins à l'accouchement par du personnel qualifié | Taux d'achèvement (couverture adéquat) en CPN | 48% | 63% | 47% | -16% |
| | | | Taux accouchements assistés par du personnel qualifié | 59% | 80% | 53% | -27% |
| | | Améliorer la prévention et la prise en charge des maladies de l'enfant | Proportion d'enfants malnutris guéris | 75% | 75% | 78,5% | - 3,5% |
| | | | Taux d'utilisation SRO/ZINC | 89% | 80% | 92,7% | -12,7% |

Source : MSAS. Rapport de performance annuel du DPPD

Dans le cadre de la lutte contre les maladies à soins coûteux, notamment l'insuffisance rénale, on peut relever l'extension du Centre d'hémodialyse de l'hôpital Aristide Le Dantec ainsi que la construction et l'équipement de centres d'hémodialyse au niveau des hôpitaux de Grand-Yoff, Touba, Saint Louis, Kaolack et Ziguinchor.

Tableau IV-12 : Acquisitions d'équipements en 2015

| Matériel | Quantité |
|--|----------|
| Ambulances | 58 |
| Véhicules de type station wagon | 17 |
| Véhicules de type L200 | 17 |
| Motos | 50 |
| Appareils de radiologie dont un télécommandé et deux mobiles | 12 |
| Groupes électrogènes | 11 |
| Appareils de mammographie | 4 |
| Echographies dont un doppler pédiatrique | 8 |
| Scanners | 2 |
| Centrales de fluides médicaux | 4 |

Source : MSAS. Rapport de performance annuel du DPPD

En 2015, les acquisitions d'équipements ont également porté sur :

- du matériel audiovisuel pour le Service National d'Education et d'Information pour la Santé et du matériel d'intervention constitué de cent quatre-vingt-dix (190) atomiseurs pulvérisateurs à moteur et huit cent cinquante (850) équipements de protection individuelle (EPI) pour le Service National d'Hygiène,
- des outillages techniques de maintenance pour dix (10) Services techniques de Maintenance, des équipements de laboratoire, de stérilisation, de morgue, dentaire, d'incinération, du matériel de bloc et de réanimation, du mobilier et matériel de bureau, tous destinés aux hôpitaux et aux centres de santé.

Tableau IV-13 : Infrastructures sanitaires, équipements et personnel

| Objectifs sectoriels | Programmes fonctionnels | Objectifs Spécifiques | Indicateurs de performance | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|--|------------------------------|------------------------|------------------------|----------|------|
| | | | Indicateurs liés aux objectifs | Niveau atteint en 2014 | Cible attendue en 2015 | Niveau atteint en 2015 | Ecart | |
| Renforcer durablement le système de santé | 3. Renforcement du système de santé | Renforcer les Infrastructures, les équipements et la Maintenance | Couverture en postes de santé | 1 PS/10851 hts | 1 PS/8000 hts | 1 PS/10495 hts | 2495 hts | |
| | | | Nombre de Centres de Réadaptation Sociale | 1 | 3 | 2 | -1 | |
| | | | Part du budget de la maintenance dans le fonctionnement | 2% | 3% | 2,4% | -0,6% | |
| | | | Proportion d'infrastructures nouvellement construites et équipées selon les normes | 60% | 80% | 53% | -27% | |
| | | | Proportion d'infrastructures réhabilitées | 45% | 50% | 25% | -25% | |
| | | | Proportion d'infrastructures équipées | 80% | 100% | 73% | -27% | |
| | | | Proportion d'ambulances acquises | 90% | 100% | 126% | +26% | |
| | | Développer les ressources humaines | Niveau d'application des normes de couverture en ressources humaines | 62% | 68% | 64% | -4% | |
| | | Améliorer la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux | Pourcentage de produits traceurs disponibles | 89% | ≥87% | 77% | -10% | |
| | | | Pourcentage de produits traceurs en rupture | 11% | ≤13% | 23% | +10% | |
| | | | Durée moyenne de rupture des médicaments et produits traceurs | 15 jrs | ≤10 jrs | 45 jrs | +35jrs | |
| | | | | Pourcentage de lots analysés | 94% | 100% | 27% | -73% |

Source : MSAS. Rapport de performance annuel du DPPD

Concernant les infrastructures sanitaires, la majeure partie des cibles attendues en 2015 n'ont pas été atteintes. En effet, pour l'objectif « renforcer les infrastructures, les équipements et la maintenance », six cibles sur sept n'ont pas été atteintes. De même, l'objectif visant à « développer les ressources humaines », le résultat attendu n'a pas

été atteint. Et pour l'objectif « Améliorer la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux », seules deux cibles sur quatre ont été atteintes.

Tableau IV-14 : Evolution des indicateurs de performance dans le domaine de la vaccination des enfants

| Objectifs sectoriels | Programme fonctionnel | Objectifs Spécifiques | Indicateurs de performance | | | |
|--|---|---|---|------------------------|------------------------|------------------------|
| | | | Indicateurs liés aux objectifs | Niveau atteint en 2014 | Cible attendue en 2015 | Niveau atteint en 2015 |
| Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie | Prévention et prise en charge de la maladie | PREVENTION | | | | |
| | | Vacciner au moins 90% des enfants de moins de deux ans à tous les antigènes offerts dans le PEV | Proportion d'enfants de 0-11 mois complètement vaccinés | 74% | 70% | 74% |

Source : MSAS. Rapport de performance annuel du DPPD

Conclusion

Des performances dans la prévention ont été enregistrées en matière de lutte contre le SIDA, contre la tuberculose et le paludisme. Un nombre important d'infrastructures sanitaires a été mis à disposition pour améliorer le système de santé en 2015. C'est ainsi que des moyens ont été déployés par l'Etat pour éliminer la tuberculose et le paludisme et mettre fin à la prolifération du VIH/SIDA. Le Sénégal s'est engagé à mettre fin à l'épidémie de sida dans le cadre des Objectifs de Développement Durable (ODD) et dans le cadre du Programme de Lutte contre le VIH du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

Des progrès au cours de l'année 2015 ont permis de disposer de certaines infrastructures sanitaires.