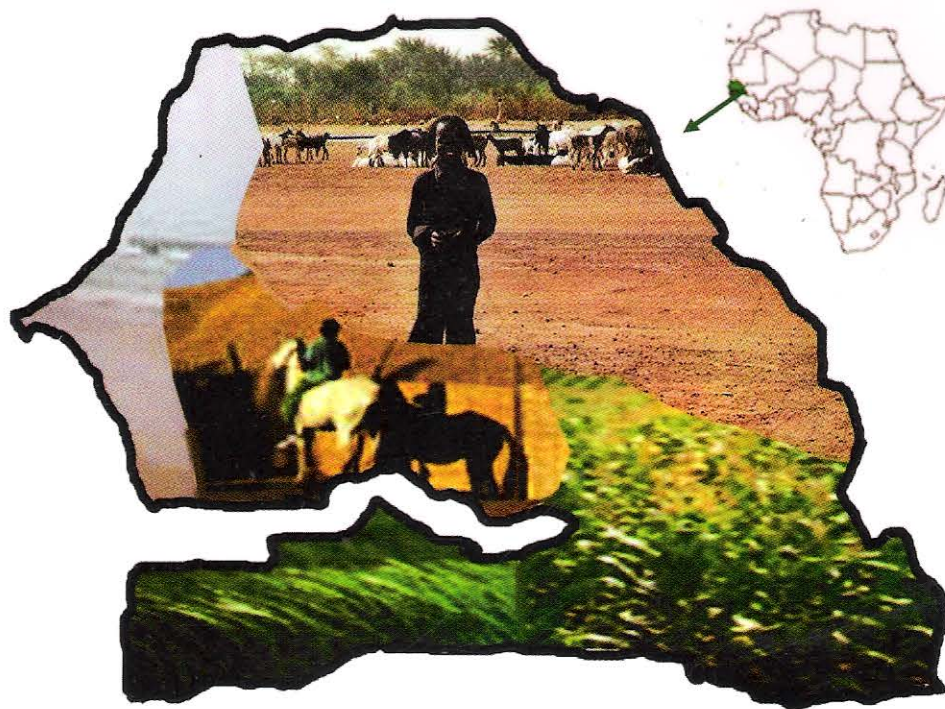


RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL



MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE



SITUATION ÉCONOMIQUE ET SOCIALE DU SÉNÉGAL

Edition 2005

Directeur Général, Directeur de Publication :	Babakar FALL
Directeur des Statistiques Economiques et de la Comptabilité Nationale :	Alhousseynou SARR
Directeur des Statistiques Démographiques et Sociales :	Ibrahime SARR
Directeur du Management du Système d'Information Statistique :	Mamadou NIANG
Coordonnateur de la Cellule de Programmation d'Harmonisation, de Coordination et de Coopération Internationale :	E.Hadji Malick DIAME

COMITE DE LECTURE :

Abdou Salam Thiam -- Hamidou Bâ -- Mamadou Ndao – Sitapha Diamé – Momar Ballé Sylla – Mme Aïssatou Guèye Thiam -- Mbacké Bâ -- Bakary Djiba

AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE

Rue de Diourbel X Rue de Saint Louis Point E Dakar. B.P. 116 Dakar R.P --

Tél. : (221) 824 03 01 (221) 825 33 32 (221) 825 00 50 Fax : 824 90 01

Site Internet : www.ansd.org e-mail : statsenegal@yahoo.fr

Distribution : Division de la Diffusion de la Documentation et des Relations avec les Usagers



COMITE DE REDACTION	
CHAPITRES	REDACTEURS
0. PRESENTATION DU PAYS	Coordination: E.H. MALICK DIAME – MORY DIOUSS
1. DEMOGRAPHIE	Mme Vénus Sarr Thiaw
2. EDUCATION	Atoumane Ndiaye
3. EMPLOI	M. Papa Ibrahima Sylmang Sène
4. SANTE	Binta Mbow
5. ASSISTANCE	Mme Salimata Diallo Seck
6. AGRICULTURE	Ousseynou SARR / Issa Wade
7. ENVIRONNEMENT	Mam Siga Dia
8. ELEVAGE	Ousseynou SARR / Mamadou Cissé
9. PECHE MARITIME SENEGALAISE	MME Astou Ndiaye
10. TRANSPORT	Papa Seyni THIAM / Sylvain Pierre Ndione
11. TOURISME	Papa Seyni THIAM / Mme Rama Fall Gaye
12. JUSTICE	Mme Fatou Faye Mbessane
13. BÂTIMENTS ET TRAVAUX PUBLICS	Amadou Bamba DIOP
14. INDICE DE LA PRODUCTION INDUSTRIELLE	Maxime NAGNONHOU / Sylvain Pierre Ndione
15. INSTITUTIONS FINANCIERES	Amadou BAO / Mbaye GUEYE
16. COMMERCE EXTERIEUR	Daouda Balle
17. COMPTES ECONOMIQUES	Insa Sadio
18. PRIX	Antoine Sanka
19. FINANCES PUBLIQUES	Abou Aw / Mamadou Cissé



Mise à jour : février 07

IV SANTE

INTRODUCTION

La santé est la base du développement intellectuel, physique, affectif et spirituel. Le lien entre la santé et la stabilité sociale est tel que la détérioration de l'une entrave le progrès de l'autre et se répercute sur le développement économique¹⁴.

Aussi le droit à la santé fait-il partie des droits humains fondamentaux reconnus par les institutions internationales et se trouve-t-il inscrit dans la constitution de la plupart des pays.

La conférence d'Alma Ata en 1978 avait retenu l'objectif de santé pour tous en l'an 2000 qui malheureusement n'a pas été atteint. La santé des groupes vulnérables en général, celle des pauvres en particulier, est ainsi devenue une priorité mondiale exprimée à travers les Stratégies de Réduction de la Pauvreté et les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

La deuxième phase du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) s'inscrit dans cette dynamique pour la période 2003-2007 avec des objectifs déclinés comme suit :

- a. Améliorer l'accès des pauvres à des services de santé de qualité
- b. Renforcer la prévention et développer la communication pour le changement de comportement
- c. Améliorer la disponibilité, la qualité et la performance des ressources humaines en santé
- d. Améliorer les capacités institutionnelles du secteur
- e. Promouvoir le partenariat
- f. Renforcer le suivi-évaluation de la performance
- g. Améliorer les mécanismes de financement de la santé

L'année 2005 se situe à mi-période de la mise en oeuvre de cette deuxième phase du PNDS et des prémisses d'amélioration de la situation sanitaire devraient être enregistrées.

La situation sanitaire décrit les moyens investis pour la santé des populations, l'utilisation que les populations font des services disponibles ainsi que l'état de santé de la population.

Dans ce document les moyens financiers seront appréhendés par le budget alloué à la santé, la participation des populations et les dépenses effectuées. Les moyens humains et infrastructurels seront analysés par rapport aux normes recommandées.

L'utilisation des services sera appréciée par les consultations enregistrées suivant les différentes cibles.

L'état de santé sera évalué par la morbidité et la mortalité proportionnelle selon les principales causes.

¹⁴ Nations Unies, Commission Economique et Sociale pour l'Afrique et l'Asie, Sous comité de la santé et du développement (2004)

Les principales sources d'information sont les annuaires des statistiques sanitaires de 2004 et 2005¹⁵ élaborés par le Service national de l'Information Sanitaire du Ministère de la Santé et de la Prévention médicale et le rapport de la quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDS IV) effectué par le cabinet CRDH.et Macro International pour le compte du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.

I. LES MOYENS

a. Les moyens financiers¹⁶

i. Le budget

Selon les normes de l'OMS, la part de la santé dans les dépenses globales de l'Etat doit atteindre au moins 9%, ce qui est fait depuis 2004¹⁷.

Pour l'année 2005, le budget alloué à la santé par la loi des finances s'élève à 46,9 milliards de francs CFA contre 38,1 de francs CFA en 2004, soit un accroissement de 23 %.

Rapporté à la population, le budget de 2005 correspond à une allocation de 4223 FCFA par habitant, soit une augmentation de 15% par rapport à l'année 2004 où ce ratio était de 3671 FCFA.

Il faut noter que 42% de ce budget est affecté aux dépenses du personnel.

ii. La participation des populations

Selon les annuaires des statistiques sanitaires¹⁸, la participation des populations s'élève à 12,1 milliards de francs CFA en 2005 contre 11,6 milliards de francs CFA en 2004.

Cette légère augmentation provient de la participation issue des hôpitaux (8,1 milliards de francs FCFA en 2005 contre 7,6 milliards de francs FCFA en 2004) celle issue des districts ayant légèrement diminué (3,9 milliards de francs FCFA en 2005 contre 4,0 milliards de francs FCFA en 2004).

Comparée à l'effort de l'Etat, la participation des populations a perdu de son poids passant d'environ 30% du budget de l'Etat en 2004 à 25% en 2005.

¹⁵ Il s'agit d'une version non officielle.

¹⁶ Les données sur les collectivités locales et les partenaires au développement ne sont pas disponibles

¹⁷ Ministère de l'Economie et des Finances, mémorandum sur les développements économiques récents et les perspectives à moyen long terme.

¹⁸ Ministère de la Santé et de la Prévention médicale, Service national de l'Information Sanitaire, annuaire des statistiques sanitaires, 2004 et 2005

b. Les infrastructures

Les normes OMS en matière d'infrastructures sanitaires sont d'un hôpital pour 150000 habitants, un centre de santé pour 50.000 habitants et un poste de santé pour 10000 habitants.

Les objectifs du PNDS sont d'un centre de santé pour 150.000 habitants, un hôpital par région et un poste de santé pour 10000 habitants.

En 2005, le Sénégal compte 22 hôpitaux, soit un pour 505172 habitants ; 67 centres de santé, soit un pour 165878 habitants et 936 postes de santé, soit un pour 11874 habitants. En 2004 ces ratios étaient respectivement de un pour 480196 habitants, 176072 habitants et 11470 habitants. Cela revient à dire que la couverture passive s'est améliorée en matière de centres de santé mais s'est détériorée pour ce qui concerne les hôpitaux et les postes de santé.

Les normes de l'OMS sont encore loin d'être respectées pour les hôpitaux et les centres de santé. Par contre le ratio nombre d'habitants par poste de santé s'en approche. Cependant, si on considère les objectifs du PNDS, seule la région de Fatick pose encore problème en matière d'hôpital car la structure n'est pas encore fonctionnelle.

Tableau 1 : Distribution des infrastructures sanitaires par type selon la région en 2005

REGION	POSTES DE SANTE	Ratio Population par PS	CENTRES DE SANTE	Ratio Population par CS	HOPITAUX	Ratio Population par hôpital
DAKAR	115	20 415	17	138104	8	293 472
DIOURBEL	70	16 735	4	292 866	2	585 732
FATICK	80	8 618	6	114 901	1	689 404
KAOLACK	94	11 912	5	223 943	1	1 119 714
KOLDA	90	10 735	4	241 539	1	966 155
LOUGA	75	9 758	5	146 376	1	731 882
MATAM	58	8 266	3	159 816	1	479 448
ST-LOUIS	53	16 406	4	217 382	2	434 765
TAMBA	92	7 239	6	111 002	2	333 005
THIES	120	13 461	9	179 486	2	807 686
ZIGUINCHOR	80	5 713	4	114 260	1	457 038
TOTAL	936	11 874	67	165 878	22	505 172

Source : annuaire des statistiques sanitaires 2005 (draft)

c. Le personnel

Les normes de l’OMS en matière de personnel sont d’un médecin pour 5.000 à 100.000 habitants, un infirmier pour 300 habitants et une sage-femme pour 300 femmes en âge de reproduction.

En rapportant les données du tableau 2 à la population du Sénégal¹⁹, les ratios du personnel sont en 2005 d’un médecin pour 12406 habitants, un infirmier ou assimilés²⁰ pour 7562 habitants et une sage femme pour 3781 femmes en âge de reproduction.

Ainsi, la couverture en médecin est acceptable mais les normes sont loin d’être atteintes pour ce qui concerne les infirmiers et les sages femmes.

Les propositions faites dans le cadre de la 2^{ème} phase du PNDS en termes de normes pour les différentes catégories de personnel, permettent d’estimer de manière plus précise les besoins pour les trois principales catégories que sont les médecins, les infirmiers et les sages femmes. Ces besoins sont importants, particulièrement pour ce qui concerne les infirmiers (voir tableau 3).

L’augmentation des effectifs de l’Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS) et la multiplication des Centres Régionaux de Formation (CRF) pourront aider à résorber les écarts en matière d’infirmiers et de sages femmes mais sur le long terme. La contractualisation et le partenariat avec les écoles privés de formation constituent d’autres axes d’interventions envisagés dans le cadre du PNDS.

II. L’UTILISATION DES SERVICES

a. L’accès aux soins de santé : les femmes interrogées durant l’EDS IV ont déclaré dans 72% des cas avoir des difficultés pour accéder aux soins de santé quand elles sont malades. Ces difficultés sont d’ordre financier pour 53% de ces femmes en moyenne et pour 71% des femmes appartenant aux ménages les plus pauvres. L’éloignement des structures de santé et la nécessité d’utiliser un moyen de transport pour accéder aux soins constituent également deux problèmes importants pour respectivement 36% et 35% des femmes interrogées. Chez les femmes appartenant aux ménages les plus pauvres ces proportions sont de 67% et 65% respectivement.

Ces trois facteurs doivent affecter les hommes au même titre que les femmes et appellent des mesures aussi bien par rapport aux coûts des services de santé que par rapport à leur accessibilité géographique.

¹⁹ Les régions de Diourbel, St-Louis et Ziguinchor ne sont pas prises en compte faute de données sur le personnel.

²⁰ Les agents sanitaires sont assimilés aux infirmiers

b. **La surveillance nutritionnelle et pondérale** : d'après l'annuaire des statistiques sanitaires de 2005, sur un million sept cent mille quatre cent dix (1700410) enfants âgés de zéro à trente six mois (0-36 mois), seuls sept cent dix huit mille cent trente ont été suivis, soit un taux de couverture de 42,2%. Parmi ces enfants, 583900 possèdent un bon statut nutritionnel, soit un taux de 80% ; 92430 souffrent d'une malnutrition modérée, soit 13%, 16796 d'une malnutrition sévère, soit 2%. La poursuite du Programme de Renforcement Nutritionnel devrait apporter des améliorations certaines.

c. **La vaccination des enfants de 12 à 23 mois** : d'après l'EDS IV, la couverture du BCG qui constitue le premier contact avec le service de vaccination des enfants est de 92%. La variation différentielle entre milieu urbain et milieu rural est négligeable et les couvertures régionales sont partout supérieures à 85 %.

La couverture pour le quatrième contact qui correspond au DTC3 est de 78,3% tandis que celles relatives à la rougeole et à la fièvre jaune sont d'environ 73%.

Cela témoigne des efforts consentis par le système sanitaire mais la sensibilisation des populations reste à parfaire, seuls 59% des enfants étant complètement vaccinés et le Polio O étant à 51% uniquement, malgré les campagnes de vaccination.

d. **Le suivi de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches** : d'après l'EDS IV , 87,4% des femmes ayant accouché au cours des cinq années précédant l'enquête ont bénéficié d'une consultation prénatale (CPN).

Les 90% ont reçu du fer et les 83% des antipaludéens mais seules les 34% ont été informées des signes de complications d'une grossesse.

Par ailleurs, un peu plus de la moitié de ces femmes (56,7%) seulement ont effectué leur première CPN avant le quatrième mois de la grossesse. C'est dire que le suivi de la grossesse est encore limité malgré les améliorations enregistrées dans la couverture ainsi que dans la supplémentation en fer et en antipaludéens.

Pour ce qui est des accouchements, seuls les 62% se sont déroulés au niveau des structures sanitaires. Cette proportion est de 47% en milieu rural ; elle est encore plus faible chez les femmes des ménages les plus pauvres, 29%.

La couverture en consultations post-natales est de 41% uniquement pour les femmes ayant accouché à domicile.

Les niveaux de ces indicateurs sont encore faibles par rapport à l'objectif de réduction de moitié de la mortalité maternelle. En effet, les valeurs attendues sont de 80% pour la surveillance de la grossesse et de l'accouchement et 50% pour les consultations postnatales.

e. **La contraception** : la proportion de femmes en âge de reproduction (FAR) qui utilise une méthode contraceptive moderne est estimée par l'EDS IV à 7,6% pour l'ensemble des femmes et à 10,3% pour les femmes en union.

Cela correspond à une augmentation d'environ 2% sur une période de huit ans (ce taux était de 8% en 1997), ce qui est très faible eu égard à la priorité donnée à la maîtrise de la fécondité dans la première phase du Plan National de Développement Sanitaire. Cependant, les variations selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et la pauvreté sont très importantes.

Pourtant, les niveaux de connaissance des méthodes contraceptives sont très élevés (plus de 90%) quel que soit la zone de résidence, la région, le niveau d'instruction et la pauvreté, même si les femmes des ménages les plus pauvres et celles des régions de Tambacounda et de Matam ont des niveaux légèrement inférieurs à la moyenne (respectivement 87%, 85% et 80% et 93% pour la moyenne).

f. La consultation primaire curative

Au niveau des districts sanitaires, 1565108 personnes ont utilisé les services de consultations primaires curatives, soit environ 15% de la population. En moyenne seuls huit sur cent ont eu deux contacts, ce qui est trop faible pour assurer un bon suivi des patients.

g. Le cabinet dentaire

Les consultants des cabinets dentaires des districts sanitaires représentent environ 3% de l'ensemble des consultants des districts sanitaires. Plus de 50% des clients de cabinets dentaires reviennent en consultation mais c'est encore insuffisant pour un bon suivi.

Tableau 2 : Répartition du personnel par catégorie selon la région en 2005

Catégorie / Région	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaolack	Kolda	Louga	Matam	Saint-Louis	Thiès	Tamba	Ziguinchor	Sénégal
Médecins	311		14	19	10	18	11		12	298		693
Pharmaciens	40		1	2	2	3	2		2	2		54
Chirurgiens Dentistes	32		4	5	3	4	2		9	5		64
Infirmiers d'Etat	315		57	84	57	87	73		129	26		828
TSS	189		3	5	20	18	10		41	5		291
SFE	348		18	32	19	20	9		71	6		523
Aides infirmiers	148		4	4	2	24	10		61			253
Autres techniciens	21		18	21	30	10			17			117
Agents sanitaires	203		30	37	39							309
Agents d'hygiène	99		23	16	38	38	7		65	21		307
Matrones	5		4		736	0	126		780	25		1676
Total	1711	0	176	225	956	222	250	0	1187	388	0	5115

Source : annuaire des statistiques sanitaires 2005 (draft)

Tableau 3 : Estimation des besoins en personnel selon le PNDS

Type de structure	Normes en personnel selon la catégorie			Nombre de structures	Besoins en personnel		
	Médecins	Infirmiers et assimilés	Sage femmes		Médecins	Infirmiers et assimilés	Sage femmes
Hôpital	33	128	12	22	726	2816	264
Centre de santé	4	15	4	67	268	1005	268
Postes de santé	0	2	1	936	0	1872	936
Ensemble	37	145	17	_____	994	5693	1468
Disponible					693	1137	523
Écart					301	4556	945

Source : Ministère de la Santé et de la prévention Médicale et Ministère du Plan et du Développement Durable, Moustapha Sakho, Dr Aminata Touré Haïdara, Etude sur les OMD de la Santé, janvier 2005, p.143 (rapport provisoire)

Tableau 4 : Répartition des consultants et consultations des Districts selon les régions en 2005

ACTIVITES	DAKAR	DIORBEL	FATICK	KAOLACK	KOLDA	LOUGA	MATAM	TAMBA	ST LOUIS	THIES	ZIGUINCHOR	Total
Total Consultants	52 7587	168326	116094	147056	28515	2065	110713	134291	75622	153703	101136	1565108
Total consultations	593819	185302	114523	171639	29634	2392	110713	159071	75622	196010	49087	1687812
Ratio Consultant / Consultation	1,13	1,10	0,99	1,17	1,04	1,16	1,00	1,18	1,00	1,28	0,49	1,08

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2005 (draft)

Tableau 5 : Répartition des consultations des Cabinets Dentaires par région en 2005

ACTIVITES	DAKAR	DIORBEL	FATICK	KAOLACK	KOLDA	LOUGA	MATAM	TAMBA	ST LOUIS	THIES	ZIGUINCHOR	TOTAL
Consultants Cabinet dentaire	21811	5123	0	116	5738	0	194	6699	0	6331	3004	49016
Consultations Cabinet dentaire	38859	0	0	122	7774	0	317	8391	0	9055	12369	76887

Source : annuaire des statistiques sanitaires 2005 (draft)

III. L'ETAT DE SANTE²¹

a. La morbidité

Le nombre total de cas de maladies est d'un million deux cent quarante neuf mille neuf cent quatre vingt et onze (1249991).

La qualité des données devrait être améliorée pour préciser les affections qui ne sont pas définies (20%).

Le paludisme reste toujours la première cause de morbidité enregistrée au niveau des districts sanitaires. Les cas de paludisme simple et grave représentent le tiers des motifs de premières consultations.

Les cas de coqueluche témoignent de l'insuffisance de la couverture vaccinale.

Les infections respiratoires aiguës, les affections de la peau et les diarrhées, trois pathologies très dépendantes de l'environnement, constituent les cas plus fréquents après le paludisme.

Tableau 6 : Répartition des principales affections.

Affections	Nombre de cas	Proportions
Accès palustres simples	323 181	25,9%
Causes indéterminées	250 743	20,1%
Accès palustres graves	91 608	7,3%
IRA (cas simples)	68 926	5,5%
Affection de la peau	67 011	5,4%
Diarrhées	40 916	3,3%
Autres maladies de l'ORL	35 349	2,8%
Varicelles	31 562	2,5%
Hypertension artérielle (HTA)	27 286	2,2%
Anémie	27 157	2,2%
Helminthiases	24 697	2,0%
Autres Affections bucco-dentaires	22 289	1,8%
Grippe	22 224	1,8%
Intoxication	16 536	1,3%
Autres Traumatismes	15 918	1,3%
Autres maladies de l'œil et de ses annexes	11 793	0,9%
Dysenterie amibienne	11 776	0,9%
Autres maladies des organes génitaux	11 724	0,9%
Rhumatisme	11 051	0,9%
Coqueluche	9 876	0,8%
Bilharziose urinaire	9 524	0,8%
Fractures	8 997	0,7%
Angine	7 762	0,6%
Goitre	6 904	0,6%
Autres IST	6 293	0,5%
Asthme	6 288	0,5%

Source : annuaire des statistiques sanitaires 2005 (draft)

²¹ Les données des hôpitaux ne sont pas disponibles.

b. La mortalité

La part des treize premières causes de mortalité enregistrées au niveau des districts sanitaires en 2005 varie de 2 à 14%. Le paludisme reste la première cause de décès avec 20%, soit dix fois plus que les trois dernières causes principales. Le Rhumatisme Articulaire aigu occupe également une bonne place avec 10% des décès.

Tableau 7 : Les treize premières causes de mortalité en 2005

Affections	Décès	Pourcentage
Accès palustres graves	79	14%
Rhumatisme Articulaire aigu (RAA)	58	10%
Accès palustres simples	34	6%
Rhumatisme	26	5%
Hypertension artérielle (HTA)	24	4%
Tuberculose	24	4%
Accident Vasculaire Cérébral	21	4%
Anémie	20	4%
Abdomen chirurgical aigu	19	3%
Pneumopathies	14	3%
Diarrhées	13	2%
Hépatite	11	2%
Choléra: cas confirmé (MDO)	10	2%

Source : annuaire des statistiques sanitaires 2005 (draft)

CONCLUSION

Malgré les efforts consentis par l'Etat pour améliorer le système de santé, beaucoup d'efforts restent à faire aussi bien en ce qui concerne les infrastructures que le personnel.

En plus, les taux de couverture en soins de base comme la vaccination des enfants, les consultations prénatales et post-natal, les accouchements assistés et la planification familiale sont encore faibles. Cela reflète l'insuffisance des moyens mais également le comportement des populations face aux services de santé.

Le paludisme reste toujours la première cause de morbidité mais aussi de mortalité malgré la promotion des moustiquaires imprégnées et l'introduction de nouveaux schémas thérapeutiques devant juguler les résistances.

Globalement, les maladies liées à l'environnement constituent plus de 50% des motifs de consultations.

Aussi, en plus de l'augmentation du budget de la santé, l'Etat devra-t-il faire encore des efforts dans les secteurs connexes tels que l'environnement et les infrastructures sociales.