

ANSD

REPUBLIQUE DU SENEGAL

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES

**AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE
ET DE LA DEMOGRAPHIE**

SITUATION ECONOMIQUE ET SOCIALE DU SENEGAL EN 2009

DECEMBRE 2010

Directeur Général, Directeur de publication**Babakar FALL**

Directeur Général Adjoint	Mamadou Falou MBENGUE
Directeur des Statistiques Economiques et de la Comptabilité Nationale	Mamadou Alhousseynou SARR
Directeur des Statistiques Démographiques et Sociales	Cheikh Tidiane NDIAYE
Directeur du Management de l'Information Statistique	Mamadou NIANG
Directeur de l'Administration et des Finances	Dame DIA
Coordonnateur de la Cellule de Programmation, de Coordination et de Coopération Internationale	Bineta Mbow GUISSÉ

COMITE DE LECTURE ET DE CORRECTION

Hamidou BA, Abdoulaye TALL, Mamadou BAH, Baba NDIAYE,
Oumy DIOP, Mamadou DIENG, El Hadji Malick GUEYE

COMITE DE REDACTION

0. PRESENTATION DU PAYS	Hamidou BA
1. DEMOGRAPHIE	Fatou Bintou Niang CAMARA
2. EDUCATION	Djibril NDOYE & Samba NDIAYE
3. EMPLOI	Macoumba DIOUF & Marième FALL
4. SANTE	Nalar K. Serge MANEL & Atoumane FALL
5. JUSTICE	Assane THIOUNE
6. ASSISTANCE SOCIALE	Djibril NDOYE
7. AGRICULTURE	Moussa THIAM
8. ENVIRONNEMENT	Mamadou FAYE
9. ELEVAGE	Mamadou WONE
10. PECHE MARITIME	Astou DAKONO
11. TRANSPORT	Oumy DIOP
12. TOURISME	Adama SECK
13. BTP	Adama SECK
14. IHPI	Maxime NAGNONHOU
15. INSTITUTIONS FINANCIERES	Amar SECK
16. COMMERCE EXTERIEUR	Daouda BALLE
17. COMPTES ECONOMIQUES	Ngalgou KANE
18. PRIX	Baba NDIAYE
19. FINANCES PUBLIQUES	Abou AW

AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE

Rue de Diourbel X Rue de St-Louis - Point E - 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

Le Sénégal a adopté en 2008 son deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 2009-2018. Ce PNDS-II définit la nouvelle vision du secteur de la santé qui présente 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 (Cf. PNDS 2009-2018).

Pour son opérationnalisation, le PNDS s'appuie sur les Cadres de Dépenses Sectoriels de Moyen Terme (CDSMT). Le secteur de la santé est à son quatrième CDSMT qui couvre la période 2009-2011. Les quatre (4) piliers qui sous-tendent ce CDSMT sont :

- les ressources humaines ;
- les médicaments, vaccins et consommables ;
- les infrastructures, la maintenance et l'équipement des services de santé de base (hôpitaux, districts, centres de santé et postes de santé) et des structures de référence (Etablissements Publics de Santé (EPS)) ;
- et les programmes de santé.

Cette édition de la « Situation Economique et Sociale du Sénégal » tentera de présenter une vision synoptique du secteur de la santé en 2009 en se basant sur les grandes orientations déclinées dans le

CDSMT 2009-2011 et sur les résultats de l'annuaire de santé de 2009.

Il s'agira, par conséquent, dans un premier temps de présenter la politique sanitaire du Sénégal telle que définie dans le CDSMT 2009-2011. Ensuite, les infrastructures et le personnel de santé seront passés en revue. Leur analyse se fera en référence avec les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Le PNDS et le CDSMT s'appliquent sur une approche programme. Aussi, il est intéressant de présenter dans cette troisième partie quelques réalisations du Ministère dans la conduite de ces programmes et qui concourent essentiellement à l'atteinte des indicateurs clés du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Une présentation de la situation épidémiologique du Sénégal en 2009 bouclera cette analyse. Il s'agira de présenter les maladies qui sévissent et tuent le plus au Sénégal ainsi qu'un aperçu sur la mortalité maternelle.

IV.1. LA POLITIQUE DE SANTE AU SENEGAL

La politique de santé du Sénégal peut être définie comme l'ensemble des mesures et résolutions prises par l'autorité publique dans le domaine de la santé pour atteindre un certain nombre d'objectifs ; lesquels objectifs restent essentiellement l'atteinte des OMD et des objectifs du DRSP.

Les quatre (4) grands objectifs du PNDS-II sont :

- (i) réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile ;
- (ii) accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
- (iii) renforcer durablement le système de santé ;
- (iv) améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

Ces objectifs ont été reconduits et précisés dans le CDSMT 2009-2011. Conséquemment, le Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) a développé quatre (4) programmes dans l'optique d'atteindre ces objectifs que sont :

1. le programme santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent ;

2. le programme prévention et prise en charge de la maladie ;
3. le programme renforcement du système de santé ;
4. le programme Gouvernance sanitaire.

Ces programmes ont faits l'objet d'une évaluation systématique dans le « Rapport de performances du CDSMT, édition 2009 ».

La politique de santé du Sénégal telle que définie dans le PNDS-II s'est faite en articulation avec la planification stratégique nationale, notamment la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP). Ainsi, il a été aussi assigné dans le DSRP au secteur de la santé un certain nombre d'objectifs renseignés par les indicateurs clés du DSRP ; lesquels indicateurs sont présentés et analysés dans ce qui suit.

Tableau 4. 1 : Evolution des indicateurs clés du DSRP

Indicateurs	Résultat 2007	Résultat 2008	Cible* 2009	Résultat 2009	Ecart (09-09)
CPG (consultation primaire globale)	60%	56,7%	54%	57%	+ 3%
Taux de couverture DTC3(ou PENTA3)	94,6%	88%	80%	86 %	+6%
Proportion d'accouchements assistés par du personnel formé	62,5%	43,6%	65%	47,8%	-17,2%
Prévalence VIH dans la population générale (site sentinelle)**	1,7%*	1,5%	<3%	1,5%	(+)
Prévalence de l'insuffisance pondérale	5,8%	16%	14%	ND	ND
Part de la santé dans le budget de l'Etat*** (fonct. Invest.) hors dette	10,3%*	8,04%	9%	10,3%	+1,3%

Sources : Annuaire Statistique/MSP, PNLS, DAGE, CDSMT 2009-2011

* = les cibles retenues sont celles du DSRP.

** = données suivant les sites sentinelles.

*** = le taux enregistré pour cet indicateur ne prend pas en compte les crédits alloués aux autres ministères pour la santé.

Rappelons que les indicateurs clés du DSRP sont ceux pour lesquels le Gouvernement du Sénégal s'est engagé auprès de ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF) pour une revue annuelle.

L'analyse du tableau montre que tous les indicateurs clés du DSRP à l'exception de la proportion d'accouchements assistés par du personnel formé ont été atteints. Cette contre performance notée pour les accouchements assistés par du personnel formé

pourrait être expliquée par l'insuffisance et la disparité dans la répartition du personnel qualifié surtout en milieu rural et dans les régions périphériques, malgré le recrutement de personnel communautaire, la grève des Infirmiers Chefs de Poste (ICP) contractuels dans certaines zones due au retard de paiement de leur salaire, l'insuffisance de la communication sur la santé de la reproduction à l'endroit des populations, la mauvaise organisation de l'offre de certains services de santé de la reproduction (Cf. Rapport de performances du CDSMT, 2009).

La mise en œuvre de ce Plan à travers les programmes de santé nécessite la mobilisation de ressources tant financières, matérielles qu'humaines et une bonne synergie entre les différents acteurs du secteur. Nous allons, dans ce qui suit, analyser le Personnel et les Infrastructures de santé du Sénégal.

IV.2. LE PERSONNEL ET LES INFRASTRUCTURES DE SANTE

Il sera question, dans cette section, du personnel mobilisé par le Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) ainsi que des infrastructures de santé du Sénégal en 2009. Cette analyse se fera en référence avec les normes préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé.

IV.2.1. LE PERSONNEL DE SANTE

L'analyse de personnel de santé se limitera essentiellement au personnel engagé dans les structures publiques de santé.

Faute de disponibilité des données relatives au personnel privé de la santé, le calcul du ratio (personnel médical/population) pour les besoins de comparaison avec les normes préconisées par l'OMS ne peut être effectué.

Tableau 4. 2 : Le personnel public de santé du Sénégal en 2009

Catégories professionnelles	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	Tambacounda	Thiès	Ziguinchor	Total
Médecin	77	13	7	6	10	6	4	12	6	11	4	10	27	12	205
Chirurgien dentiste	33	4	0	2	1	2	ND	3	1	0	1	3	5	4	59
Pharmacien	14	0	1	0	0	0	ND	0	ND	0	0	0	2	1	18
Technicien supérieur	102	20	15	12	10	36	7	13	5	8	8	11	17	5	269
Préparateurs en pharmacie	ND	ND	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	3
Infirmier d'Etat, AI	207	93	101	41	117	29	41	89	53	125	49	96	225	95	1361
Travailleurs sociaux	ND	ND	4	3	4	1	3	6	2	4	2	8	10	2	49
Sage femme d'Etat	252	32	24	10	29	9	11	33	10	24	14	29	109	20	606
Infirmier breveté	ND	ND	7	0	ND	ND	10	ND	9	ND	0	6	ND	28	60
Aide infirmier	ND	ND	1	1	ND	17	ND	2	1	5	0	0	13	1	41
Sous-officier d'hygiène	17	21	1	2	ND	1	ND	0	ND	1	0	0	4	1	48
Kinésithérapeute	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	1	ND	ND	1

Source : Annuaire Statistique, SNIS, 2009.

Le personnel de santé en activité est encore loin de satisfaire la demande de santé des populations. En outre, il est noté une grande disparité dans la couverture du territoire national. Les difficultés pour pourvoir des soins préventifs et curatifs dans certaines zones dites difficiles sont réelles. Toutefois, avec la poursuite de la politique de contractualisation, le MSP a contractualisé en 2009 avec 741 agents affectés dans les différentes structures de santé essentiellement au niveau des postes de santé implantés dans ces zones (Cf. Rapport de performances du CDSMT, 2009).

IV.2.2. LES INFRASTRUCTURES DE SANTE

Les infrastructures sanitaires faisant l'objet d'une analyse dans cette section sont les structures d'accueil où les populations peuvent recevoir des soins préventifs et curatifs. La couverture en infrastructures sanitaires du Sénégal est présentée dans le tableau suivant.

Tableau 4. 3 : Les principales infrastructures de santé du Sénégal en 2009

Régions	Hôpitaux	Centres de santé	Postes de santé	Dispensaires Privés Catholiques (DPC)	Cases de santé
Dakar	9	19	222	12	26
Diourbel	2	6	79	4	69
Fatick	1*	6	82	9	40
Kaffrine	0	3	44	3	102
Kaolack	1	4	81	5	213
Kédougou	1	2	20	2	56
Kolda	1	2	48	2	160
Louga	1	5	81	1	270
Matam	1	3	66	0	27
Saint-Louis	2	5	116	2	155
Sédhiou	0	2	40	2	54
Tambacounda	1	7	73	4	89
Thiès	3	9	126	18	259
Ziguinchor	2*	5	95	12	83
Total	25	78	1173	76	1603

Source : Annuaire Statistique, SNIS, 2009.

* = L'hôpital de Fatick est non fonctionnel tout comme le second de Ziguinchor.

En 2009, le Sénégal compte :

- ✓ 25 hôpitaux dont deux (2) non fonctionnels (hôpital de la paix de Ziguinchor et celui de Fatick) ; l'hôpital Saint-Jean de Dieu de Thiès, Nénéfécha de Kédougou ainsi que l'Hôpital Militaire de Ouakam (HMO) font également partie de cette liste ;
- ✓ 78 centres de santé ;
- ✓ 2 centres de santé psychiatriques (Dalal Xel de Thiès et Dalal Xel de Fatick) qui ne sont pas considérés ici comme des hôpitaux mais comme des centres de santé spécialisés ;
- ✓ 1173 postes de santé dont 1035 fonctionnels ;
- ✓ 76 Dispensaires Privés Catholiques (DPC) à but non lucratif ;
- ✓ Et 1603 cases de santé fonctionnelles.

Il convient de signaler que les nouvelles régions du Sénégal (Kaffrine, Kédougou et Sédhiou) n'ont pas encore de structure hospitalière de niveau régional.

L'analyse, en termes de population, de la couverture en infrastructures sanitaires du Sénégal donne les résultats suivants :

- ✓ 1 hôpital pour 495 598 habitants ;
- ✓ 1 centre de santé pour 152 492 habitants ;
- ✓ Et 1 poste de santé pour 9 953 habitants.

On constate ainsi qu'en ce qui concerne les recommandations de l'OMS en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal ne respecte pas celles relatives à l'hôpital et au centre de santé. Par contre, celle relative au poste de santé a été atteinte. Rappelons que ces normes sont de : 1 hôpital pour 150 000 habitants ; 1 centre de santé pour 50 000 habitants et 1 poste santé pour 10 000 habitants.

IV.3. LES ACTIVITES DU SECTEUR DE LA SANTE

Dans cette section, il sera question d'analyser des activités qui concourent essentiellement à l'atteinte de certains OMD reconduits dans le DSRP. Ces activités menées par les acteurs du secteur de la santé peuvent être regroupées en deux catégories : les activités préventives et celles curatives.

IV.3.1. ACTIVITES PREVENTIVES

La prévention médicale constitue une priorité pour le gouvernement qui a clairement affirmé sa volonté politique pour le renforcement de la prévention médicale dans le système de santé. Les activités préventives dont il est question ici sont : la sensibilisation, la vaccination et la planification familiale.

IV.3.1.1. Les activités de sensibilisation

La sensibilisation est l'un des piliers sur lequel repose la politique sanitaire au Sénégal. En effet, d'après plusieurs études, les activités de sensibilisation permettent de diminuer considérablement les risques de maladies. C'est la raison pour laquelle elles figurent en bonne place dans les activités du Programme de prévention sanitaire du pays. En outre, il faut noter que le Programme Prévention fait partie des huit (8) retenus dans le CDSMT- santé 2008-2010.

Les activités de sensibilisation recensées sont : les causeries effectuées pour les Associations Sportives et Culturelles (ASC), les Groupements de Promotion Féminines (GPF), les Comités de Salubrité et d'Assainissement (CSA), les écoles, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les visites à domicile.

Parmi ces activités, ce sont les visites à domicile qui sont les plus répandues. En effet, elles représentent plus de 50% des activités de sensibilisation sur l'ensemble du territoire national. Ce qui conduit à conclure que les campagnes de proximité sont privilégiées dans les activités de sensibilisation. Le nombre de causeries effectuées dans les écoles reste l'activité de sensibilisation la plus faible avec au total 933 causeries au niveau national. Mais vu la tranche d'âge qui compose ces écoles et la spécificité de ce milieu, ces activités gagneraient à être développées.

Tableau 4. 4 : Répartition des activités de sensibilisation selon la Région Médicale en 2009

Activités de sensibilisation	Nbre de causeries effectuées pour les ASC	Nbre de causeries effectuées pour les GPF	Nbre de causeries effectuées pour les CSA	Nbre de causeries effectuées pour les Ecole	Nbre de causeries effectuées pour les ONG	Autres causeries effectuées	Nombre de visites à domiciles
DAKAR	912	323	27	64	19	3449	21602
DIOURBEL	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
FATICK	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
KAFFRINE	49	29	0	0	0	100	1000
KAOLACK	2612	4794	4960	103	13	4847	22608
KOLDA	6474	4477	0	0	-	-	-
LOUGA	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
MATAM	41410	41410	41248	162	2488	0	0
ST LOUIS	2716	1314	157	586	48	741	24124
TAMBACOUNDA	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
THIES	1808	2760	16	10	2	555	6873
ZIGUINCHOR	37	18	2	8	-	-	-
KEDOUGOU	258	66	0	0	0	3	136
TOTAL	56276	55191	46410	933	2570	9695	76343

Source : Annuaire de sante 2009, SNIS, MSPH

IV.3.1.2. Les activités de vaccination

La Direction de la Prévention a en charge le Programme Elargi de Vaccination (PEV). Le MSP a intégré depuis 2005 deux nouveaux vaccins au DTC dans le cadre de la vaccination des enfants de 0-11 mois, passant ainsi au vaccin Pentavalent (PENTA3) qui, en plus de la Diphtérie, du Tétanos, et de la Coqueluche, comprend désormais l'hépatite B et l'hémophilus influenzae B. La base d'appréciation des performances dans le cadre de la vaccination devient donc la couverture en PENTA3 au lieu de la

couverture en DTC3. Ces changements qualitatifs au niveau des antigènes utilisés se sont accompagnés d'un renforcement de la communication sociale pour une grande acceptabilité de ces vaccins et une augmentation conséquente de la couverture vaccinale.

Au total, 280.000 enfants de 0-11 mois ont bénéficié des vaccins du BCG ; 275.000 enfants ont bénéficié du PENTA3 et 260.000 femmes en âge de procréer ont bénéficié des deux doses du vaccin antitétanique.

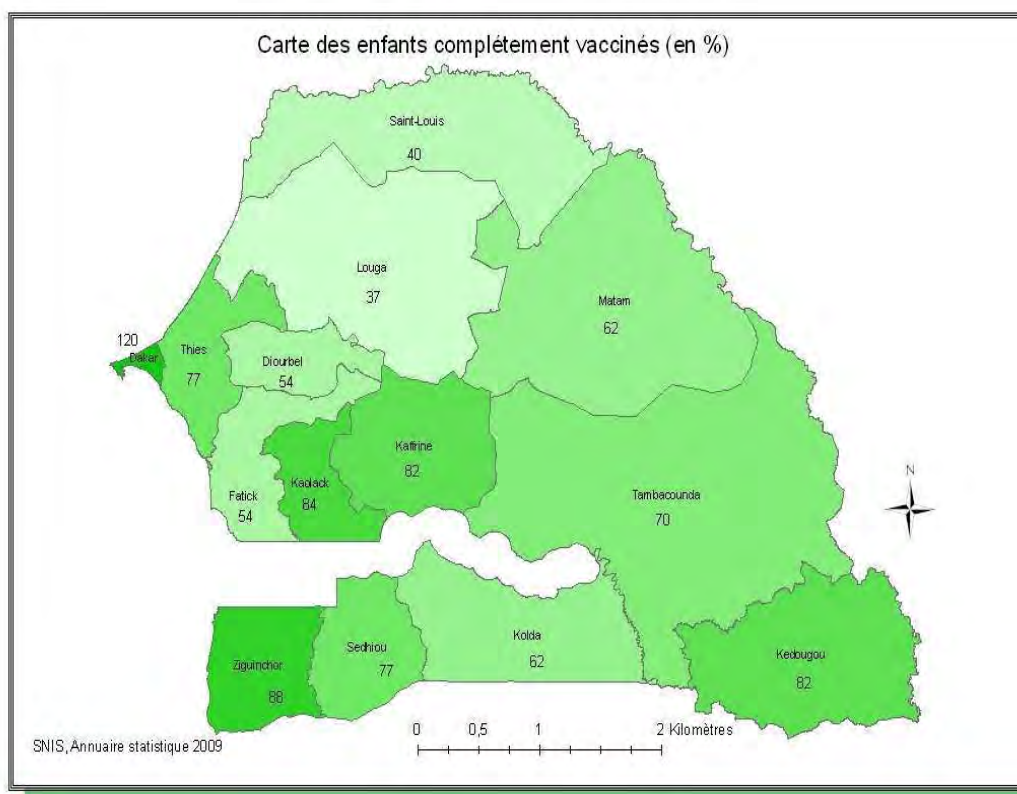
Tableau 4. 5 : Vaccination (BCG, Penta3 et Tétanos) des enfants et des femmes en âge de procréer en 2009

Type de vaccin	Nombre enfants de 0-11 mois vaccinés	Nombre femmes en âge de procréer
BCG	280000	-
Penta3	275000	-
Tétanos (2 doses)	-	260000

Source : Annuaire de sante 2009, SNIS, MSP

Du point de vue de la couverture nationale en termes de nombre d'enfants complètement vaccinés en 2009, on constate une très grande disparité entre les régions. A Dakar, on note une couverture totale alors que la région de Louga présente la plus faible couverture avec un taux de 37%. Il faut noter une grande performance dans quatre régions qui ont dépassé la barre des 80%. Il s'agit des régions de Ziguinchor (88%), Kaolack (84%), Kaffrine (82%) et Kédougou (82%). Seules les régions de Saint-Louis (40%) et de Louga ont moins de 50% de taux de couverture.

Graphique 4. 1 : Répartition selon la région des enfants complètement vaccinés



Source : Annuaire de sante 2009, SNIS, MSP

IV.3.1.3. La planification familiale

L'une des priorités actuelles des pouvoirs publics est de mettre en place des outils adéquats pour une maîtrise efficiente de la croissance de la population. La fécondité, comme composante majeure de cette croissance, est au centre de toutes les préoccupations. Au Sénégal, malgré les actions entreprises, le niveau de la fécondité reste encore parmi les plus élevés au monde (EDS-IV, 2005).

En réaction à cette situation, le Gouvernement a opté pour une approche plus élaborée et plus complète par la prise en compte de la dimension population dans tous les plans et programmes de développement. Cette orientation a été consolidée par la Déclaration de Politique de Population dont l'objectif est d'atteindre l'équilibre entre l'accroissement de la population et le développement socio-économique adoptée en 1988 (et actualisée en 2001) par le Gouvernement du Sénégal, après l'adoption en 1980 du concept de « bien être familial » incluant la protection maternelle et infantile et la planification familiale.

L'accès et l'utilisation accrue de la planification familiale ne figurent pas parmi les OMD. Toutefois, comme les analyses le démontrent, ils peuvent aider notablement à atteindre nombre de ces objectifs. L'utilisation accrue de la contraception peut nettement réduire les coûts pour atteindre certains des OMD et contribuer directement aux réductions de la mortalité maternelle et infantile.

Tableau 4. 6 : Activités de Planification Familiale (PF) selon la région

	Actives toutes méthodes PF	Inactives toutes méthodes PF	Ratio Active sur Inactive
Diourbel	19229	3945	5
Tambacounda	5279	2263	2
Kédougou	954	785	1
Sédhiou	23458	10223	2
Ziguinchor	8301	2840	3
Fatick	24987	3632	7
Kaolack	10963	3863	3
Kaffrine	6222	2133	3
Dakar	67008	19027	4
Kolda	7872	2884	3
Saint-Louis	16714	3944	4
Thiès	108366	27628	4
Louga	14264	8206	2
Matam	15958	3517	5
Sénégal	329575	94890	3

Source : Annuaire de sante 2009, SNIS, MSP

IV.3.2. ACTIVITES CURATIVES

Les activités curatives analysées dans cette section portent sur les accouchements assistés et les prises en charge des maladies telles que le VIH/SIDA et le paludisme qui restent des préoccupations majeures dans les politiques sanitaires du Sénégal.

IV.3.2.1. Activités d'accouchement

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande, au moins, quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse.

Les disparités dans le lieu d'accouchement selon le milieu de résidence sont très importantes. Au Sénégal, 66,57 % des accouchements se sont déroulés dans une structure sanitaire, mais moins de 50% de ces accouchements sont considérés comme accouchements qualifiés, c'est-à-dire réalisés par du personnel de santé qualifié. Il faut noter ici que les femmes qui n'ont effectué aucune visite prénatale, si elles accouchent dans une structure sanitaire, le font principalement dans une structure sanitaire publique (EDS-IV). D'où la nécessité pour les pouvoirs publics de renforcer les structures sanitaires publiques.

On note aussi une forte disparité de la proportion de femmes dont l'accouchement s'est déroulé dans une structure sanitaire d'une région à l'autre. En effet, elle passe de 84,46% pour la région de Dakar à 34,14% pour la région de Sédhiou qui enregistre la proportion la plus faible. En ce qui concerne les accouchements qualifiés, elle passe d'un maximum de 66,2% pour la région de Dakar à 26% dans la région de Kédougou, avec une moyenne nationale qui se situe à 46,7%.

Tableau 4. 7 : Répartition de la couverture en accouchements selon les régions

Régions	Accouchements effectués dans les structures	Accouchement qualifié
DIOURBEL	67,90 %	45,4%
TAMBACOUNDA	74,07%	55,1%
KEDOUGOU	51,27%	26,0%
SEDHIOU	34,14%	34,1%
ZIGUINCHOR	48,98%	48,0%
FATICK	56,34%	36,8%
KAOLACK	65,75%	47,9%
KAFFRINE	43,88%	39,1%
DAKAR	84,46%	66,2%
KOLDA	47,46%	32,0%
SAINT LOUIS	73,72%	44,7%
THIES	74,88%	35,5%
LOUGA	52,77%	41,4%
MATAM	49,80%	31,0%
SENEGAL	66,57%	46,7%

Source : Annuaire de sante 2009, SNIS, MSP

IV.3.2.2. La prise en charge du vih/sida

L'épidémie du VIH au Sénégal est de type concentré avec une faible prévalence au niveau de la population générale (**0,7%** ; EDS-IV, 2005) et des prévalences élevées chez les populations les plus exposées : les hommes homosexuels (MSM – **21,8%** ; ELIHOS, 2007) et les travailleuses du sexe (TS – 19,8% ; ENSC, 2006). Cette situation épidémiologique est cependant marquée par de nouveaux défis :

- ✓ la féminisation (sex-ratio de 4 hommes pour 1 femme en 1986 à 1 homme pour 2 femmes en 2005) ;
- ✓ la prévalence assez élevée comparée à la moyenne nationale au niveau des populations passerelles (camionneurs : 1,4% ; pêcheurs : 1% ; etc. selon ENSC 2006) et dans deux (2) régions frontalières (Kolda : 2 % et Ziguinchor : 2,2 % ; EDS-IV).

Pour relever ces nouveaux défis, le gouvernement du Sénégal s'est engagé dans une vision stratégique d'accélération de l'accès universel aux services de prévention et de prise en charge et d'atteinte les OMD en rapport avec le VIH/SIDA. A cet effet, il a élaboré le Plan Stratégique national de Lutte contre le Sida (PSLS) 2007-2011 et un Cadre de Dépense à Moyen Terme sur le VIH/SIDA (CDMT) axés sur le renforcement des stratégies de prévention des nouvelles infections, l'amélioration de la prise en charge et la promotion d'un environnement favorable à la réponse.

A Ziguinchor et Kolda qui sont les régions les plus touchées, les femmes demeurent les plus vulnérables. Toutefois, depuis plusieurs années, on note que le taux se maintient à 2%. Ce qui atteste l'efficacité des efforts menés dans le domaine de sensibilisation. Parmi ces actions, l'Alliance Nationale Contre le SIDA (ANCS) a été créée le 28 juillet 1994. Elle a comme mission de renforcer les capacités du secteur communautaire mais aussi de contribuer à réduire l'expansion du VIH, de relever les défis que pose le Sida et de plaider pour un environnement favorable.

Tableau 4. 8 : Prise en charge du VIH chez les patients TB toutes formes confondues

	DAKAR	DIOURBEL	FATICK	KAFFRINE	KAOLACK	KEDOUGOU	KOLDA	LOUGA	MATAM	SEDHIOU	ST-LOUIS	TAMBACOUNDA	THIES	ZIGUINCHOR	SENEGAL
% de patients testés	59	73	64	54	53	56	68	-	54	65	54	35	48	67	58
% de patients testés positifs	6	5	8	8	7	4	12	5	9	11	3	14	7	15	7
% de patients coinfectés VIH/TB sous Cotrim	5	4	7	6	5	4	9	4	4	9	2	12	5	14	6
% de patients coinfectés VIH/TB sous ARV	2	1	3	1	2	4	3	2	4	0	1	0	2	2	2

Source : Annuaire de sante 2009, SNIS, MSP

IV.3.2.3. La prise en charge des cas de paludisme

Le programme de lutte contre le paludisme existe depuis plus de dix ans. Ce programme bénéficie de l'appui de plusieurs partenaires. Ces objectifs sont la réduction de la morbidité et de la mortalité attribuables au paludisme. Le Sénégal, par son Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), vise à moyen terme (2010) l'atteinte des objectifs d'Abuja, à savoir porter la couverture des interventions efficaces (Traitement Présomptif Intermittent [TPI] et Moustiquaires Imprégnées d' Insecticides [MII]) à 80% chez les groupes vulnérables que sont les femmes enceintes et les enfants de 0-5ans.

Le Sénégal utilise les artémisinines (ACT) dans le traitement du paludisme. Cette molécule est disponible au niveau de tous les points de prestation de services. Des études récentes menées en collaboration avec l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar ont montré une efficacité du produit dans 100 % des cas avec des effets secondaires négligeables qui ne nécessitent pas l'arrêt du traitement. Il y a cependant une gêne chez certains patients à avaler en une prise les huit (8) comprimés de la molécule d'ACT actuellement disponible. Les spécialistes recommandent, dans ce cas, de fractionner la prise en deux fois quatre au cours de la journée, ce qui ne diminue pas l'efficacité du produit. Tenant compte de toutes ces considérations, le PNLP a pris des mesures pour remplacer la molécule actuelle par une autre plus acceptable (un comprimé unique).

En ce qui concerne le diagnostic, en 2009 sur 5 693 635 consultants (5 131 635 en 2008), 174 890 cas de paludisme ont été détectés (294 549 en 2008) (Cf. tableau 4.9). Malgré ces résultats, le PNLP est toujours en quête d'une meilleure qualité dans ses interventions, notamment la prise en charge précoce des cas et le traitement adéquat des cas graves. C'est ainsi que les activités de formation clinique et de laboratoire continuent, en même temps que se mènent des expérimentations pour l'introduction du test de diagnostic rapide.

Toutes ces actions sont des résultats encourageants de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2006-2010.

Tableau 4. 9 : Etat du diagnostic du paludisme de 2006 à 2009

ANNEES	CONSULTANTS	CAS DE PALUDISME	MORBIDITE PALUSTRE
2006	4 632 716	1 555 310	33.57%
2007	5 260 160	1 170 234	22.25%
2008	5 131 635	294 549	5.74%
2009	5 693 635	174 890	3.07%

Source : Annuaire de sante 2009, SNIS, MSP

IV.4. L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

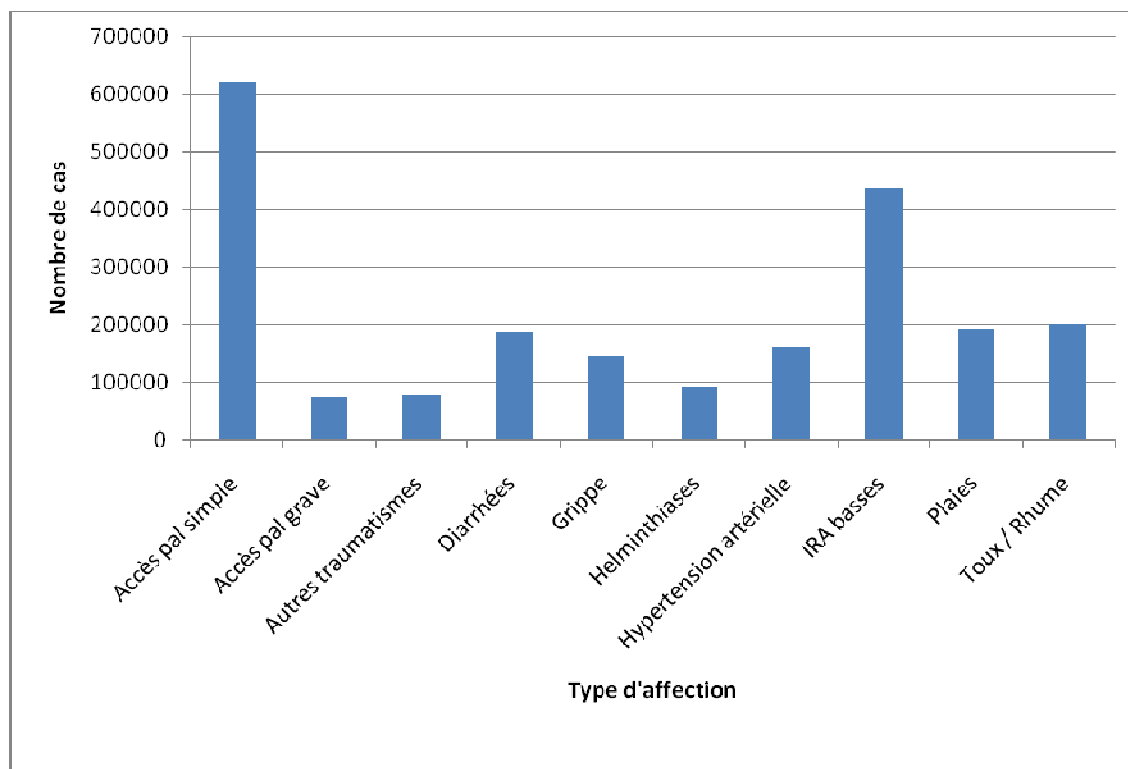
Les statistiques sanitaires ne fournissent pas des données relatives à l'état de santé de la population. Ces données sont le plus souvent obtenues à partir des résultats des enquêtes de type Enquête Démographique et de Santé (EDS) ou Enquête par grappe sur de multiples indicateurs sociaux (MICS). Mais ces enquêtes donnent des indicateurs sur la morbidité et la mortalité suivant une maladie et une tranche d'âge bien déterminées.

Nous allons, dans ce qui suit, présenter les maladies les plus fréquentes et causes de mortalité recensées auprès des Régions Médicales ainsi que la mortalité maternelle.

IV.4.1. LA MORBIDITE

Selon les données issues des structures sanitaires durant l'année 2009, les dix maladies les plus fréquentes au Sénégal représentent à elles seules 69,3% des cas de maladies constatées contre 58,1% en 2008. Le paludisme reste l'affection la plus répandue avec 696071 cas (Accès palustre simple et Accès palustre grave) déclarés dans les structures sanitaires sur l'ensemble du territoire national, soit 31,6% des dix principales affections. Ensuite, viennent dans l'ordre les Infections Respiratoires Aigües basses (IRA) 19,8% et les Toux/Rhumes 9,2%.

Graphique 4. 2 : Les dix (10) premières maladies les plus fréquentes au Sénégal en 2009



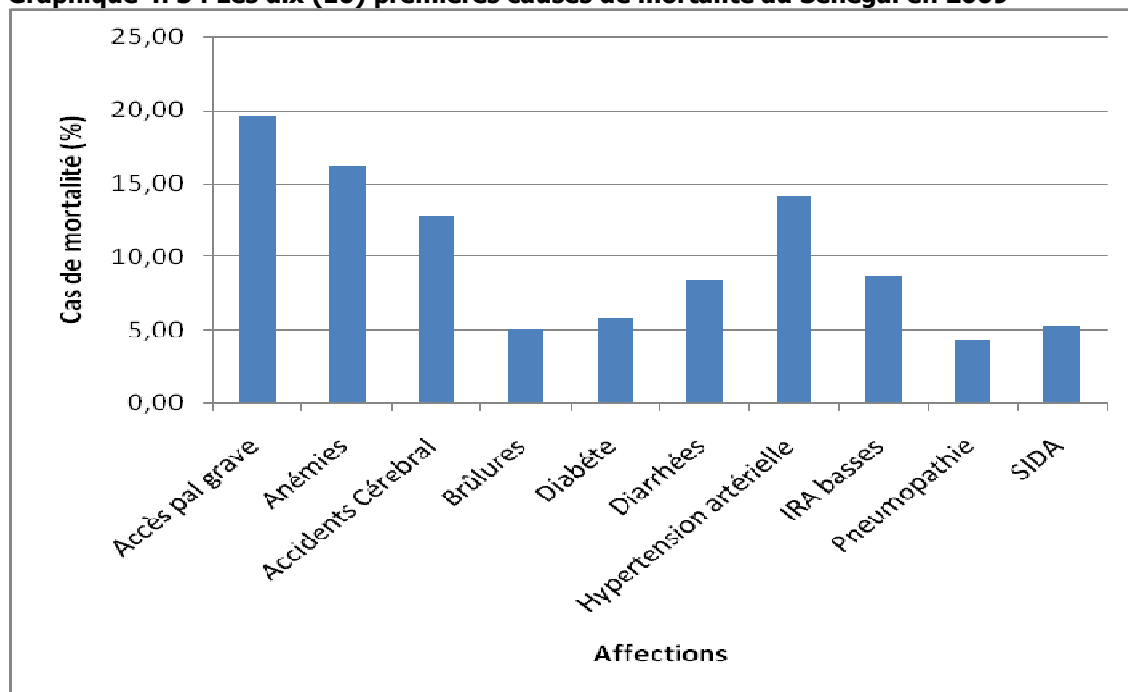
Source : Annuaire de sante 2009, SNIS, MSP

IV.4.2. LA MORTALITE

La structure des dix (10) causes de mortalité recensées auprès des structures sanitaires du Sénégal a considérablement évolué entre 2008 et 2009, surtout en ce qui concerne la mortalité palustre. Un fait mérite aussi d'être souligné. En effet, des maladies telles que l'accès palustre simple, l'hypotension artérielle ne figurent plus parmi les dix (10) premières causes de mortalité par contre on note le retour de l'AVC et du SIDA (absentes en 2008).

Le paludisme demeure la première cause de mortalité au Sénégal (19,6% des dix (10) premières causes de mortalité); aucun cas de décès dû à l'accès palustre simple n'a été constaté dans les structures de santé en 2009. Ensuite viennent dans l'ordre l'anémie (16,2%) et l'hypertension artérielle (14,1%).

Graphique 4. 3 : Les dix (10) premières causes de mortalité au Sénégal en 2009



Source : Annuaire de sante 2009, SNIS, MSP

IV.4.3. LA MORTALITE MATERNELLE

La mortalité maternelle est l'indicateur de santé montrant la plus grande disparité entre les pays en développement et les pays développés. En Afrique subsaharienne, une femme a une chance sur 12 de mourir au cours d'une grossesse ou d'un accouchement contre une chance sur 4 000 dans les pays riches. D'après les données du tableau 4.10, on compte 3 décès maternels pour 1000 naissances vivantes au Sénégal. Ce taux a connu une baisse négligeable par rapport à celui estimé les années précédentes.

On note aussi une disparité entre les régions du pays. Les taux les plus élevés sont notés à Kédougou et Ziguinchor (5 décès maternels pour 1000 naissances vivantes). Par contre, les taux les plus faibles sont enregistrés dans les régions de Fatick et de Saint-Louis (1 décès maternel pour 1000 naissances vivantes).

Tableau 4. 10 : Répartition des produits de l'accouchement selon la région

Événements survenant pendant l'accouchement	Décès maternel	Naissance vivante	Mortalité maternelle proportionnelle pour 1000 naissances
Diourbel	135	37 024	4
Tambacounda	76	19220	4
Kédougou	16	3 413	5
Sédhiou	28	6 449	4
Ziguinchor	53	9 653	5
Fatick	17	17074	1
Kaolack	52	21639	2
Kaffrine	22	10978	2
Dakar	215	94787	2
Kolda	43	11081	4
Saint-Louis	93	25 399	4
Thiès	65	45941	1
Louga	42	17479	2
Matam	40	13206	3
Sénégal	897	333343	3

Source : Annuaire de sante 2009, SNIS, MSP

Conclusion

Le Sénégal a adopté en 2008 son deuxième Plan National de Développement Sanitaire qui couvre la période 2009-2018. Les objectifs visés à travers ce PNDS II restent essentiellement l'atteinte des OMD et les objectifs du DSRP. En ce qui concerne les indicateurs clés du DSRP, seule la cible pour 2009 des accouchements assistés par du personnel formé n'a pas été atteinte. En effet, la proportion d'accouchements assistés par du personnel formé est de 47,8% pour une cible de 65%.

Le personnel de santé en activité ne permet pas de satisfaire la demande de santé des populations, si l'on en juge le rapport de performances du CDSMT, 2009. Pour pallier cette situation, le Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) s'est inscrite dans une politique de contractualisation.

S'agissant des infrastructures de santé, les nouvelles régions du Sénégal (Kaffrine, Kédougou et Sédhiou) ne disposent pas encore de structure hospitalière de niveau régional. Au Sénégal, on dénombre 1 poste de santé pour 9 953 habitants respectant ainsi la norme OMS. Des efforts méritent cependant d'être faits en ce qui concerne la construction d'hôpitaux et de centres de santé.

Les activités de sensibilisation figurent en bonne place parmi celles du Programme de prévention. Au demeurant, il convient de signaler que parmi les activités de sensibilisation, ce sont les visites à domicile qui sont privilégiées.

Au Sénégal, le taux de prévalence du VIH/SIDA est de 0,7% (EDS IV, 2005). Cette situation épidémiologique est cependant marquée par une féminisation de plus en plus accrue et une prévalence assez élevée à Kolda et à Ziguinchor où les taux de prévalence dépassent 2%.

Le paludisme reste la maladie qui sévit et tue le plus au Sénégal, même si on constate une baisse de la morbidité palustre passant de 22,2% en 2007 à 3,1% en 2009, pendant que la mortalité passait de 18,2% en 2007 à 4,4% en 2009.