



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 2011

Version définitive

FEVRIER 2013

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 Générale et des Ressources Humaines	Dame DIA
Agent Comptable Particulier (ACP)	El Hadji Amadou DIOP YAGUE
Chef par intérim de la Cellule de Programmation, d'Harmonisation , de Coordination Statistique et de Coopération Internationale	Mam Siga NDIAYE

COMITE DE LECTURE ET DE CORRECTION

Hamidou BA, Mamadou BAH, Baba NDIAYE,
Mamadou DIENG, El Hadji Malick GUEYE

COMITE DE REDACTION

0. PRESENTATION DU PAYS	Hamidou BA
1. DEMOGRAPHIE	Mahmouh DIOUF
2. MIGRATION INTERNATIONALE	Madon AWISSI & Awa CISSOKO
3. EDUCATION	Samba NDIAYE & Adjibou Oppa BARRY
4. EMPLOI	Nalar K. Serge MANEL & Jean Rodrigue MALOU
5. SANTE	Abdou GUEYE & Atoumane FALL
6. JUSTICE	Jean Pierre Diamane BAHOM
7. ASSISTANCE SOCIALE	Ndèye Aïda FAYE
8. EAU ET ASSAINISSEMENT	Samba NDIAYE & Momath CISSE
9. AGRICULTURE	Fodé DIEME
10. ENVIRONNEMENT	Mamadou FAYE
11. ELEVAGE	Modou Ndour FAYE
12. PECHE MARITIME	Astou DAKONO
13. TRANSPORT	Idrissa DIAGNE
14. TOURISME	Adama SECK
15. BTP	Fahd NDIAYE
16. PRODUCTION INDUSTRIELLE	Maxime NAGNONHOU
17. INSTITUTIONS FINANCIERES	Mody DIOP
18. COMMERCE EXTERIEUR	Daouda BALLE
19. COMPTES ECONOMIQUES	Ngalgou KANE
20. PRIX A LA CONSOMMATION	Baba NDIAYE
21. FINANCES PUBLIQUES	Madiaw DIBO

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

Il est inscrit dans la Constitution du Sénégal et notamment en son article 14 que : «l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille ». La santé constitue également une des orientations majeures du Document de Politique Economique et social du Sénégal (DPES) à travers **le renforcement de l'accès de toutes les populations aux services sociaux de base (SSB)**. Le secteur de la santé occupe aussi une place de choix dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) a élaboré le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) qui repose sur une vision 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. Ce plan est orienté vers la réalisation des OMD santé dans un cadre multisectoriel, afin de mieux prendre en charge les déterminants de la santé et réduire les inégalités.

Dans ce chapitre, nous tenterons de présenter une vision synoptique²⁴ du secteur de la santé en 2011. La présentation **s'appuiera sur les grandes orientations déclinées dans le dernier Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme du secteur de la santé (CDSMT-Santé) et sur les résultats de l'Enquête Démographique et Santé à Indicateurs Multiples (EDS- MICS) 2010-2011.**

²⁴ la non publication des résultats de l'annuaire de santé de l'année 2011, du fait de la rétention des données décrétée depuis 2009 par les syndicats du secteur explique la non disponibilité de certaines statistiques

Ce présent chapitre s'articule autour de quatre (4) parties. Il s'agira, dans un premier temps de présenter la politique de santé, ensuite le système de santé sénégalais sera passé en revue à travers ses infrastructures, son équipement et son personnel. Les activités de la santé constituent la troisième partie du chapitre. Lesquelles activités sont de nature soit préventives, soit curatives. Enfin, une analyse de l'état de santé de la population en 2011 sera présentée. Il s'agira, par le biais des résultats de l'EDS-MICS 2010-2011 et du rapport de performance du CDSMT 2011, de présenter une analyse de la morbidité et de la mortalité dans la population sénégalaise.

V.1. POLITIQUE SANITAIRE SENEGALAISE

Définie par l'Etat dans sa Constitution, la Politique Nationale de Santé reste basée sur les soins de santé primaires. Elle prend en compte les engagements internationaux du Sénégal, dont les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et ceux du Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) devenu pour sa troisième édition Document de Politique Economique et Social (DPES).

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme pyramidale à trois niveaux : l'échelon périphérique (district sanitaire), l'échelon régional (région médicale) et l'échelon central (cabinet du Ministre, les Directions et les Services nationaux formulant les orientations et politiques de santé). Pour exécuter la mission qui lui est assignée, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) allie l'organisation pyramidale classique du système de santé connue dans les pays africains, à des réformes de structures en vue d'améliorer la qualité des services.

Dans le cadre de la réforme hospitalière, trois (3) niveaux de référence ont été créés : Hôpitaux nationaux (EPS3), plateau technique des hôpitaux régionaux actuels (EPS2), centres de santé de référence de certains districts (EPS1).

Par ailleurs, le Gouvernement du Sénégal s'est engagé auprès de ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF) pour une revue annuelle des indicateurs clés du DPES. Les résultats enregistrés dans la mise en œuvre du CDSMT-santé comparés aux cibles de 2011 pour les indicateurs du DSRP (cf. tableau 5.1) sont assez satisfaisants d'après le rapport de performance du CDSMT-2011-2013.

Tableau 5.1 : Evolution des indicateurs clés

Indicateurs	Résultats 2009	Résultats 2010	Cible 2011	Résultats 2011	Ecart (10-11)
CPG (consultation primaire globale)	57%	57%	60%	ND	ND
Taux de couverture PENTA3 (ou DTC3)	86 %	86 %	90%	83%	- 7%
Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié	47,8%	47,8%	60%	65,1%	+5,1%
Prévalence VIH dans la population générale*	1,5%	1,5%	<1%	0,7%	(-)
Prévalence de l'insuffisance pondérale**	9%	9%	13%	18%	+5%
Part de la santé dans le budget de l'Etat*** (fonct. Invest.) hors dette	Fonct.	14,4%	13,6%	ND	ND
	Invest.	4%	3,4%		ND

Sources : Annuaire Statistique/MSAS, PNLS, DAGE, CDSMT 2011-2013, PRN

Notes :

Les cibles retenues sont celles du DSRP.

*Données de population générale concernent les années EDS ; celles des sites sentinelles, couvrent uniquement les femmes enceintes.

** Le taux enregistré pour cet indicateur ne prend en compte que la zone d'intervention du PRN.

*** Le taux enregistré pour cet indicateur est séparé en fonction de l'investissement et du fonctionnement pour mieux faire ressortir les efforts de l'Etat en direction du secteur de la santé pour ces deux composantes du financement.

Il ressort de la lecture du tableau ci-dessus que deux indicateurs clés du DPES ont été atteints : **la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié et la Prévalence de l'insuffisance pondérale. Deux autres ne l'ont pas été** : le taux de couverture PENTA3 (ou DTC3) et la prévalence VIH dans la population générale.

La performance notée pour les accouchements assistés par un personnel qualifié serait due **à une volonté politique d'améliorer la santé de la reproduction qui s'est traduite par des initiatives de l'Etat en faveur de la Santé de la Reproduction, l'introduction progressive de la gratuité des césariennes et des accouchements, le renforcement de la surveillance de la grossesse pour atteindre en 2011 une couverture adéquate en CPN de qualité, la poursuite de la généralisation de l'assistance à l'accouchement.**

Il n'y a pas de données statistiques relatives à la Consultation Primaire Globale (CPG) pour apprécier cet indicateur²⁵.

La mise en œuvre réussie d'une Politique Nationale de Santé passe nécessairement par un système de santé performant (ressources matérielles et humaines suffisantes). La section suivante dresse l'analyse du système de santé sénégalais à travers ses infrastructures, son équipement et son personnel.

²⁵ du fait de la rétention d'information

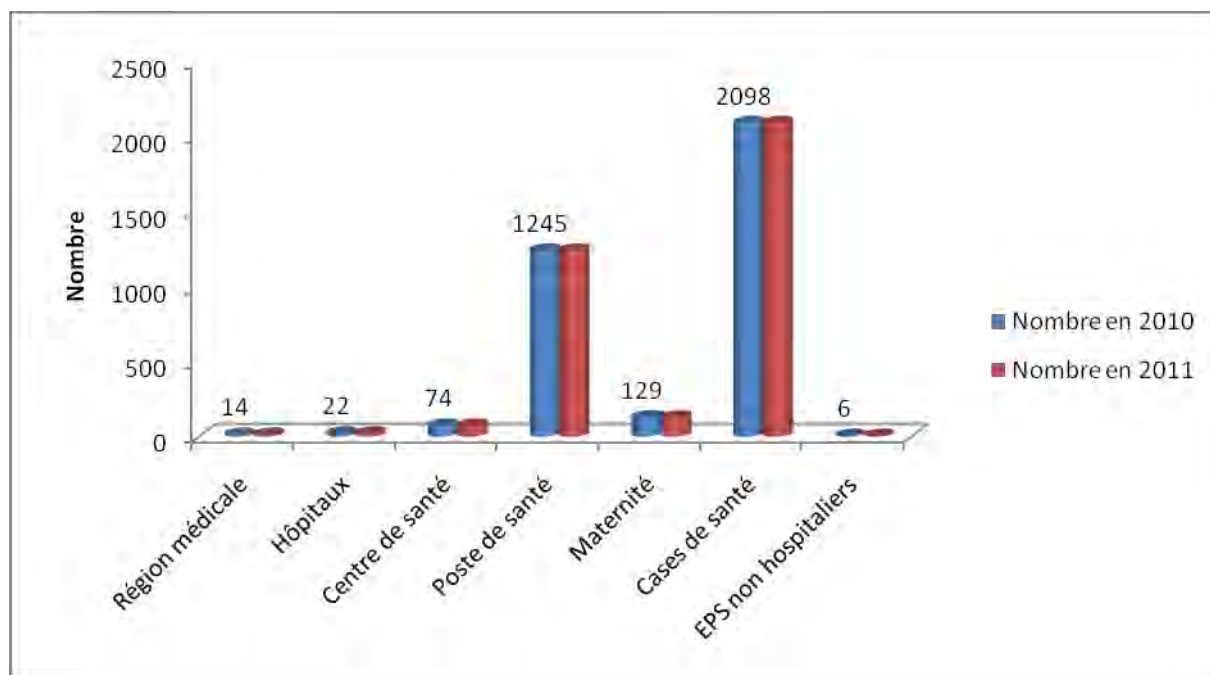
V.2. SYSTEME DE SANTE SENEGALAIS

La première carte sanitaire du Sénégal date de 2008 et couvre la période 2009-2013. Cette carte qui sert de tableau de bord, avec une mise à jour annuelle, avait permis l'identification de l'ensemble des besoins en ressources humaines, équipements et infrastructures sanitaires.

V.2.1. INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS DE SANTE

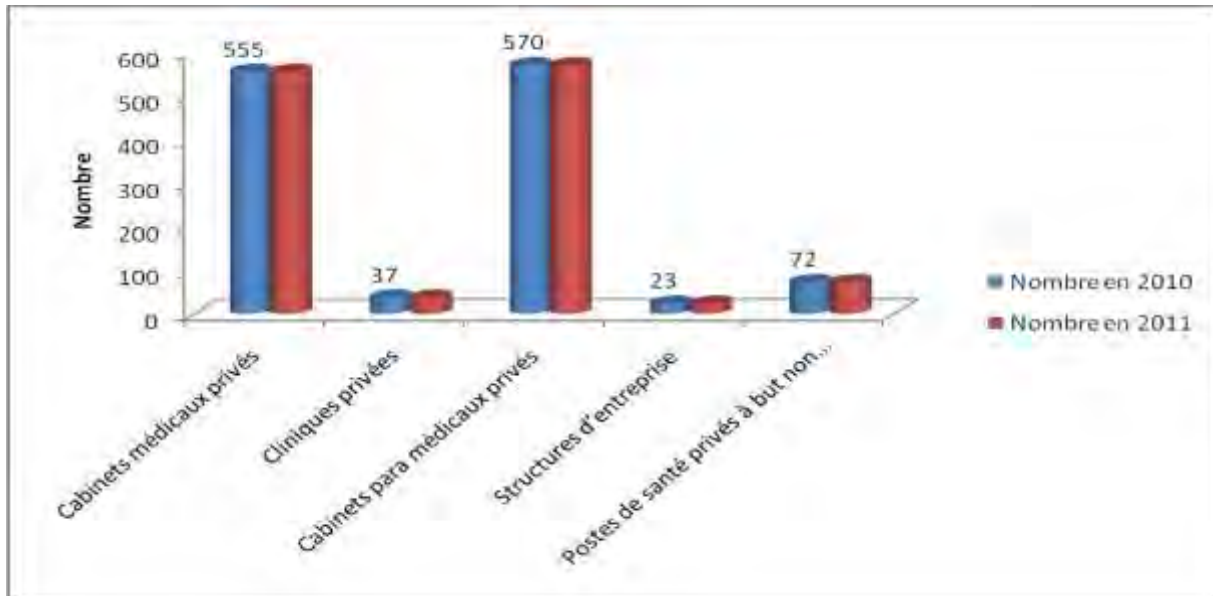
La majeure partie des structures sanitaires du pays délivrent aussi bien des soins préventifs que curatifs. Il sera question dans cette sous section de ces dites structures. Le nombre d'infrastructures sanitaires au Sénégal est présentée dans le graphique ci-après.

Graphique 5.1: Structures de santé publique du Sénégal en 2010 et 2011



Source : MSAS. Rapports de performances du CDSMT de 2010 et 2011

Graphique 5.2: Structures de santé privée du Sénégal en 2010 et 2011



Source : MSAS. Rapports de performances du CDSMT de 2010 et 2011

La composition du système de santé sénégalais en termes d'infrastructures sanitaires publiques n'a pas changé entre 2010 et 2011 (graphique 5.1.). Le même constat est fait dans le privé (graphique 5.2.). Cette constance s'expliquerait, en partie, par la stratégie adoptée par les autorités durant cette période. Il était question d'achever les projets bloqués ou en cours en matière de construction d'infrastructures sanitaires, la programmation des hôpitaux à construire dans les nouvelles régions ne devant être envisagée qu'après l'achèvement et la mise en fonction de ces infrastructures.

Concernant l'équipement des structures sanitaires, selon le rapport de performances du CDSMT de 2011, l'analyse des résultats de l'inventaire des équipements réalisés en 2010 a servi de base à l'élaboration d'un plan de maintenance et d'un plan de renouvellement des équipements en 2011. Ainsi, pour la couverture en générateurs d'oxygène, une première phase a déjà concerné huit(8) hôpitaux (Saint-Louis, Pikine, Hôpital Général de Grand Yoff (HOGGY), Fann, Thiès, Kolda, Touba et Kaolack).

La poursuite de l'autonomisation entamée les années précédentes a permis la planification de l'acquisition de 11 unités supplémentaires. Pour ce qui est des équipements dits "lourds" tels que scanners, radios, radiologie numérique, générateurs d'oxygène, appareil de dialyse et autres équipements de laboratoire, la signature de contrats prévue à cet effet avec le secteur privé n'a pu être effective.

Par ailleurs, il faut signaler qu'un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) en infrastructures et équipements pour la période 2011-2015 a été élaboré. Ce plan entre dans le cadre du programme de renforcement des équipements et des infrastructures sanitaires. Les nouvelles structures suivant les découpages administratif et sanitaire sont principalement visés.

Tableau 5.2 : Quelques indicateurs sur la Santé de la Reproduction au Sénégal

Indicateurs	Niveau
Nombre total d'Établissements offrant tous les soins d'accouchement	2381
Nombre d'Établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	1273
Nombre d'Établissements offrant des soins complets (SONUC)	39
Établissements pour 1000 naissances	5

Source : Etat de la pratique de sage femme dans le monde en 2011

Au Sénégal, d'après les résultats issus de l'état de la pratique de sage femme dans le monde de 2011, 2381 établissements offrant tous les soins d'accouchement, 1273 dispensant des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB), 39 offrant des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets (SONUC) sont dénombrés. En outre, le nombre d'établissements pour 1000 naissances n'était que de cinq (5).

V.2.2. RESSOURCES HUMAINES

L'absence d'annuaire statistique de la santé en 2011 a impacté négativement sur la disponibilité des données relatives au personnel du secteur. Néanmoins, les données obtenues auprès de l'Ordre National des Médecins du Sénégal et de l'état de la pratique de la sage femme dans le monde en 2011 ont permis d'aborder cette section. Selon l'Ordre des Médecins, mille cinq cents (1500) médecins sont répertoriés au Sénégal. Sur cet effectif, mille trois cent soixante trois (1363) sont inscrits à l'Ordre des Médecins, notamment « huit cent (800) médecins au niveau de la section A (le public) en plus des cinq cent (500) du privé (section B) ». S'agissant de la situation des sages-femmes d'Etat, le Gouvernement a relevé le niveau de recrutement des sages-femmes du BFEM au baccalauréat.

En outre, le premier objectif sectoriel de la santé décliné dans le Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2009-2018 et reconduit dans le CDSMT 2011-2013 est de « réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ». Ci-après, quelques indicateurs issus du rapport sur l'état de la pratique des sages-femmes dans le monde en 2011.

Tableau 5.3 : Liste de quelques indicateurs relatifs au personnel de santé

Personnel de santé	Effectifs
Sages femmes incluant infirmières sages femmes	990
Généralistes ayant certaines compétences de sages femmes	14
Autres soignants ayant certaines compétences de sages femmes	60
Obstétriciens	126
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sages femmes	1 603

Source : Rapport sur l'état de la pratique des sages-femmes dans le monde (2011)

D'après le tableau ci-dessus, le Sénégal comptait en 2011, 990 sages-femmes, 126 obstétriciens, 14 généralistes, 60 autres soignants, 1603 travailleurs de santé communautaire, tous ayant des compétences de sages-femmes.

Selon les normes de l'OMS, il faudrait au moins 6 sages femmes pour 1000 naissances pour assurer une couverture complète et une assistance de qualité. Au Sénégal, le ratio est de seulement 2 sages femmes pour 1000 naissances²⁶. Selon l'Association Nationale des Sages-femmes d'Etat du Sénégal (ANSFES), « pour que plus jamais une femme ne meurt en donnant la vie, des mesures audacieuses devront être prises à plusieurs niveaux ». Ces mesures peuvent consister à recruter du personnel qualifié, à renforcer la disponibilité et l'accessibilité des soins obstétricaux d'urgence, à procéder à une répartition efficace des sages-femmes sur l'ensemble du territoire national, etc.

V.3. ACTIVITES DU SECTEUR DE LA SANTE

A défaut des statistiques sanitaires, cette section tentera d'analyser les activités réalisées par le secteur en s'appuyant sur les résultats définitifs de l'EDS-MICS ainsi que ceux issus du rapport de performance du CDSMT pour l'année 2011. Il sera abordé les activités préventives et celles curatives.

V.3.1. ACTIVITES PREVENTIVES

La prévention reste l'une des priorités inscrite dans le PNDS 2009-2018. Option politique majeure, elle trouve son fondement dans l'ancrage de la politique sanitaire du pays. Ainsi, un des objectifs du PNDS 2009-2018 est d'accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie. Les activités de prévention dont il sera question dans cette section sont : le Programme Elargi de Vaccination (PEV), la prévention des affections palustres ainsi que celle du VIH/SIDA et autres IST.

²⁶ Discours de la représentante résidente de l'UNFPA à l'Occasion de la JMP 2011

V.3.1.1. Programme Elargi de Vaccination (PEV)

Une des actions phares de la prévention est le Programme Elargi de Vaccination (PEV). Initié au Sénégal depuis 1979, elle a pour mission la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies cibles évitables par la vaccination. Selon le CDSMT 2011, le PEV vise la lutte contre les maladies à potentiel épidémique par une surveillance active et passive des cas mais aussi par une riposte adéquate aux épidémies. **Avec la rétention d'informations, les indicateurs du PEV ont pu être obtenus à partir de l'EDS- MICS 2010-2011.**

Tableau 5.4 : Indicateurs PEV

Indicateurs Clés	Cible en 2011	Résultats atteints en 2011 selon EDS-MICS
Proportion d'enfants 0 à 11 mois complètement vaccinés	> 80 %	63 %
Taux de couverture vaccinale au Penta 3 : (couverture sur un semestre)	> 85 %	83%
Proportion d'enfants de 0 à 11 mois vaccinés contre la rougeole (VAR): (couverture sur un semestre)	>80 %	82%
Taux de couverture VAT (femmes enceintes)	> 80 %	70%
Nombre de Districts ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole	74/74	74/74
Taux d'investigation des cas suspects de rougeole	100 %	100%
Taux d'investigation des cas de fièvre jaune	100%	100%

Source : DPM et Rapport EDS-MICS, 2011

La proportion d'enfants de la tranche d'âge 0-11 mois complètement vaccinés et le taux de couverture vaccinale au Penta 3 sont respectivement de 63% et 83%, d'après les résultats issus de l'EDS- MICS 2010-2011. **Ces indicateurs n'ont pas atteint le taux fixé pour l'année 2011.** D'après les résultats de la revue externe du PEV, les raisons avancées pour la non vaccination des enfants tournent autour du **manque d'information, de motivation, de l'indisponibilité des vaccins, de l'éloignement des points de vaccination, des reports des séances** de vaccination, de la longue attente, **etc.** En ce qui concerne la proportion d'enfants de 0 à 11 mois vaccinés contre la rougeole, elle est de 82% et est au dessus de la cible qui est de 80%.

Sur les activités relatives au PEV de routine pour l'année 2011, seule une supervision a pu être effectuée par le niveau central sur les deux prévues. En dehors de la routine, quatre (4) passages de JNVs ont été organisés en 2011 (cf. rapport de performance du CDSMT 2011).

En outre, en 2011, aucun district sanitaire **n'a connu d'épidémie de rougeole.** A côté de ces maladies, les affections palustres font partie des maladies les plus répandues dans le pays.

V.3.1.2. Prévention des affections palustres

L'année 2011 a coïncidé avec le début de la mise en œuvre du 4^{ème} plan stratégique de lutte contre le paludisme au Sénégal. Mais il n'a pas été épargné par les effets de la rétention de l'information sanitaire. Ainsi durant la période 2010-2011, seules des données d'enquête publiées dans l'EDS- MICS 2010-2011 ont permis de mesurer les résultats enregistrés dans la lutte contre le paludisme.

Tableau 5.5 : Indicateurs de lutte contre le Paludisme

INDICATEURS	2010/2011
% de ménages possédant au moins une moustiquaire (imprégnée ou non)	72,3%
% de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée	62,5%
% d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	41,9%
% d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit ayant précédé l'enquête	34,8%
% d'enfants de moins de 5 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête	49,9%
% femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	43,3%
% femmes enceintes de 15- 49 ans qui ont dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête	37,2%
% femmes enceintes de 15- 49 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête	53,6%
% ménages dont l'intérieur du logement a été pulvérisé avec un insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois	9,1%
% d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous MII la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 mois	41,5%
% femmes enceintes qui ont dormi sous MII la nuit précédant l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois	43,8%

Source : EDS-MICS 2010-2011

Il ressort du tableau 5.5 que 72,3% des ménages possèdent au moins une moustiquaire (imprégnée ou non) contre 62,5% possédant au moins une moustiquaire imprégnée. Les résultats de l'EDS-MICS 2010-2011 ont aussi révélé que sur 100 ménages, les 9 ont eu l'intérieur de leur logement pulvérisé avec un insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête.

Selon la même enquête, la nuit ayant précédé le passage de l'agent enquêteur dans le ménage, 41,9% d'enfants de moins de 5 ans ont dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non), 34,8% ont dormi sous une moustiquaire imprégnée et un enfant de moins de 5 ans sur deux (50%) appartenant à des ménages ayant une Moustiquaire Imprégnée à l'Insecticide (MII), ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête.

Parmi les femmes enceintes âgées entre 15 et 49 ans issues de l'échantillon, 43,3% ont dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non), 37,2% ont dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête. En outre, elles sont 53,6% issues des ménages ayant une MII à avoir dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview.

L'EDS-MICS a aussi révélé que 41,5% enfants de moins de 5 ans et 43,8% femmes enceintes de la tranche d'âges 15-49 ans ont dormi sous MII la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois.

D'autres indicateurs portant sur l'objectif spécifique « réduire la morbidité et la mortalité palustre » du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) sont consignés dans le tableau 5.6.

Tableau 5.6 : Autres Indicateurs de lutte contre le Paludisme

Objectifs Spécifiques	Indicateurs	Cibles 2011	Résultats en 2011 (EDS- MICS)
Réduire la morbidité et la mortalité palustre	Taux de couverture en Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides (MII) chez les enfants 0-5 ans	50 %	49,9 %
	Taux de couverture en MII chez les femmes enceintes	52 %	53,6 %
	Taux de couverture en TPI 2	62 %	39 %

Source : PNL P

Le traitement préventif intermittent (TPI) est un mode de prévention anti-palustre qui fait appel non seulement à la chimio-prophylaxie, mais également à tous les autres moyens de lutte anti-vectorielle. Selon l'EDS-MICS, le taux de couverture en traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme s'est établi à 39%, loin en deçà de la cible qui était fixé pour l'année 2011 à 62%. Cependant, les cibles fixées pour les deux autres indicateurs que sont le taux de couverture en Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides (MII) chez les enfants de moins de cinq (5) ans et celui chez les femmes enceintes ont pu être atteintes.

Grâce à un soutien politique fort, un engagement et un appui constant des partenaires, conjugués à la mise en œuvre de stratégies à efficacité prouvée, les résultats suivants ont pu être obtenus par le PNL P (cf. tableau 5.7).

Tableau 5.7 : Autres indicateurs de lutte contre le Paludisme

Objectifs Spécifiques	Activités	Indicateurs	Cibles 2011	Résultats 2011	Niveau de réalisation
55 % de la population dormiront sous MILDA	1. Assurer l'approvisionnement et la distribution de MILDA	Nombre de MILDA distribués	2 465 770	2 465 770	100 %
	2. Assurer la couverture universelle en MILDA dans 6 régions	Nombre de régions couvertes / nombre prévu	6	6	100 %
80% des personnes vivant dans les zones ciblées par les AID sont protégées	3. Assurer 1 passage par an des opérations d'AID (Aspersion Intra-Domiciliaire d'insecticide) dans 5 districts	Nombre de pièces aspergées/ nombre prévu	240 770 pièces aspergées dans 5 districts	240 770 pièces aspergées dans 5 districts	100 %

Source : PNLP

Le programme a pu assurer l'approvisionnement et la distribution de 2 465 770 Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) aux groupes les plus vulnérables dans six (6) régions ainsi que l'aspersion intra-domiciliaire d'insecticide (AID) à effet rémanent dans cinq (5) districts sanitaires ciblés (240 770 pièces aspergées). Selon le rapport de performance du CDSMT 2011, la couverture en mesures préventives (MILDA, AID et TPI), combinée à un renforcement du système de suivi-évaluation avec l'amélioration de la qualité des données ont permis de noter une baisse drastique de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme.

V.3.1.3. Prévention du VIH/SIDA

Le SIDA reste toujours une préoccupation majeure à l'échelle mondiale et plus particulièrement en Afrique. Cependant, le Sénégal est l'un des rares pays africains cités en exemple comme ayant pu contenir la pandémie. Un programme multisectoriel de lutte contre le SIDA est mis œuvre dans le pays depuis 2002. Il s'articule autour de deux (2) axes prioritaires : la prévention et la prise en charge. Pour chacun de ces axes, un certain nombre d'actions sont déclinées. Deux actions peuvent être citées ici en ce qui concerne la prévention : la prévention de la transmission mère/enfant (PTME) et l'Information Education Communication/ Communication pour le Changement de Comportement (IEC/CCC).

En 2011, 124 412 femmes enceintes ont bénéficié du test de dépistage VIH. Ce test entre dans le cadre de la prévention de la transmission mère/enfant (PTME). Ce chiffre prend en compte uniquement les dépistages ciblés au niveau de ce groupe. En effet, d'autres femmes enceintes dans la population générale ont également subi ce test.

Le volet IEC/CCC de l'année 2011 relatif aux IST (infections sexuellement transmissibles) a axé ses interventions sur un programme de supervision et de renforcement des acquis. La distribution des préservatifs est **passée d'environ 2 millions de préservatifs masculins en 2002 à plus de 16 000 000 en 2011**. Il faut cependant noter que malgré les efforts réalisés dans la mise à disposition des préservatifs, des mesures additionnelles doivent être apportées pour une meilleure vulgarisation du préservatif féminin.

A côté de toutes ces activités préventives développées dans cette section, des activités dites curatives sont menées dans la majeure partie des structures sanitaires du pays.

V.3.2. ACTIVITES CURATIVES

Les activités curatives analysées dans cette section portent sur les soins prénatals, 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 pays.

V.3.2.1. Soins prénatals et accouchements assistés

Une bonne prise en charge de l'accouchement, élément clé dans la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles, dépend fortement de la qualification des personnels de santé. Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la fois la santé de la mère et de l'enfant. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande au moins quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse.

Dans l'ensemble, les mères ont effectué au moins les quatre visites recommandées pour 50% des naissances et n'en ont effectué aucune pour 4% des naissances²⁷. En ce qui concerne l'accouchement, les résultats de l'EDS-MICS ont révélé que 73% des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête ont eu lieu dans une structure sanitaire et pour 65% des cas, l'accouchement a été fait avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié, essentiellement des infirmières et des sages-femmes (60%). Le pourcentage de naissances assisté par un personnel formé présente des disparités selon le milieu et la région de résidence. En milieu urbain, neuf naissances sur dix (91%) sont assistées par un professionnel de santé contre une naissance sur deux (49%) en milieu rural. Les régions du Sud, à l'exception de celle de Ziguinchor où trois quart des naissances sont assistées par un professionnel de santé, sont les moins avantagées. Dans ces régions, l'essentiel des accouchements sont assistés par des parents ou d'autres personnes.

²⁷ EDS-MICS 2010-2011

Tableau 5.8 : Indicateur de santé maternelle

Régions	Pourcentage de naissances ayant eu lieu dans une structure de santé	Pourcentage de naissances assistées par un professionnel de santé	Pourcentage de femmes dont la naissance vivante la plus récente a été protégée contre le tétanos néonatal	Pourcentage de naissances ayant fait l'objet de consultations prénatales auprès de professionnels de santé
Dakar	96,2	95	65,5	99,3
Ziguinchor	90,2	67,3	75,6	95,1
Diourbel	77,7	68,5	60,3	93,3
Saint-Louis	71,4	68,8	62,9	92,4
Tambacounda	45,1	32,4	49,4	79
Kaolack	65,7	49,3	80,7	95
Thiès	88,9	85,3	73,4	98,9
Louga	70,9	63,3	60,3	94
Fatick	65,4	52,9	50,4	94,6
Kolda	42,6	33,3	64,7	88
Matam	54,1	45,8	61,4	83
Kaffrine	49,2	44	68,8	83,5
Kédougou	32,4	25,4	62,1	82,9
Sédhiou	47	34,9	78,8	89
Sénégal	72,8	65,1	65,6	93,3

Source : ANSD. EDS-MICS 2010-2011

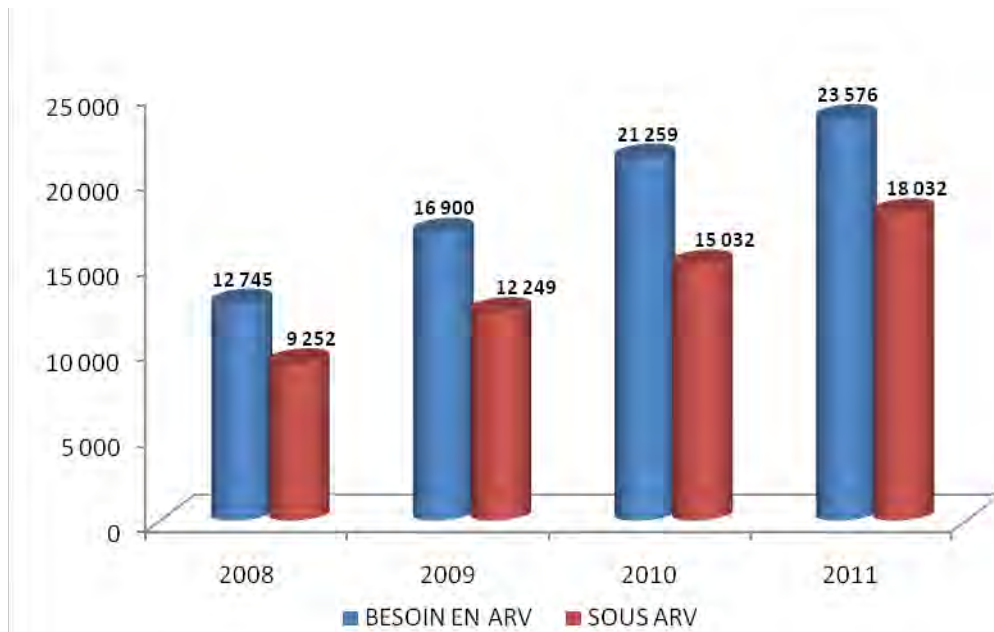
V.3.2.2. Prise en charge du VIH/SIDA et de la tuberculose

➤ Prise en charge médicale

Avant l'arrivée des médicaments Antirétroviraux (ARV), la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Sénégal était focalisée autour des meilleures connaissances du virus, de la prévention et de la prise en charge des infections opportunistes. Avec l'annonce du succès des traitements ARV, en 1996, le gouvernement s'est engagé à mettre en place l'Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux (ISAARV) à partir de 1998 au niveau de 3 sites de Dakar. Ce n'est qu'à partir de 2001, qu'on a procédé à l'extension de l'ISAARV au niveau d'autres sites de Dakar et dans les régions.

Les efforts consentis ont permis l'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sous traitement ARV qui est passé de 1 855 patients en 2004 à 18 352 patients en 2011. En 2011, 3 320 ont bénéficié du Traitement Antirétroviraux (TARV) pour 4 226 qui en auraient besoin, soit une couverture de 78%. En conséquence, la couverture des besoins en ARV reste encore modeste sur le plan national.

Graphique 5.2: Taux de couverture de mise sous ARV des PVVIH de 2008 à 2011



Source : Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS), 2011

➤ Prise en charge de la coïnfection TB/VIH

Les activités de collaboration en 2011 ont consisté à la mise en œuvre des 3 stratégies recommandées par l'OMS à savoir :

- ✚ Mettre en place des mécanismes de coordination;
- ✚ Réduire la charge morbide de la Tuberculose chez les PVVIH ou « 3I's²⁸ »;
- ✚ Réduire la charge morbide du VIH chez les patients tuberculeux.

Mettre en place les mécanismes de collaboration entre les Programmes tuberculose (TB) et VIH

En 2006, un plan intégré TB/VIH a été élaboré suivi de la mise en place de deux instances que sont le Groupe de Travail TB/VIH logé au niveau du Ministère de la Santé et le Groupe de suiv composés d'acteurs des programmes TB et VIH et des acteurs du niveau opérationnel.

²⁸ Il s'agit d'une stratégie de l'OMS visant à réduire le risque de la Tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH en effectuant trois activités. C'est l'initial de 3 stratégies :

- **I**nfection control : contrôle de l'infection (mesures visant à réduire la propagation de la tuberculose, en particulier dans les établissements de santé);
- **I**ntensified case finding : intensification de la recherche des cas pour identifier de manière proactive la Tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH
- **I**soniazid preventive therapy : prophylaxie à l'isoniazide pour prévenir la tuberculose active.

Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH/Sida

Pour intensifier le dépistage des cas de tuberculose, un questionnaire pour la recherche active de la TB chez les PVVIH a été élaboré et reste à être diffusé.

Des affiches sur le «screening» TB chez les PVVIH ont été élaborées et mises en place au niveau des structures de PEC du VIH pour «booster» le dépistage de la TB chez les PVVIH. Ainsi en 2011, une tuberculose active a été dépistée chez 424 PVVIH. A la fin 2011, 171 patients PVVIH avaient été mis sous traitement chimio prophylaxie.

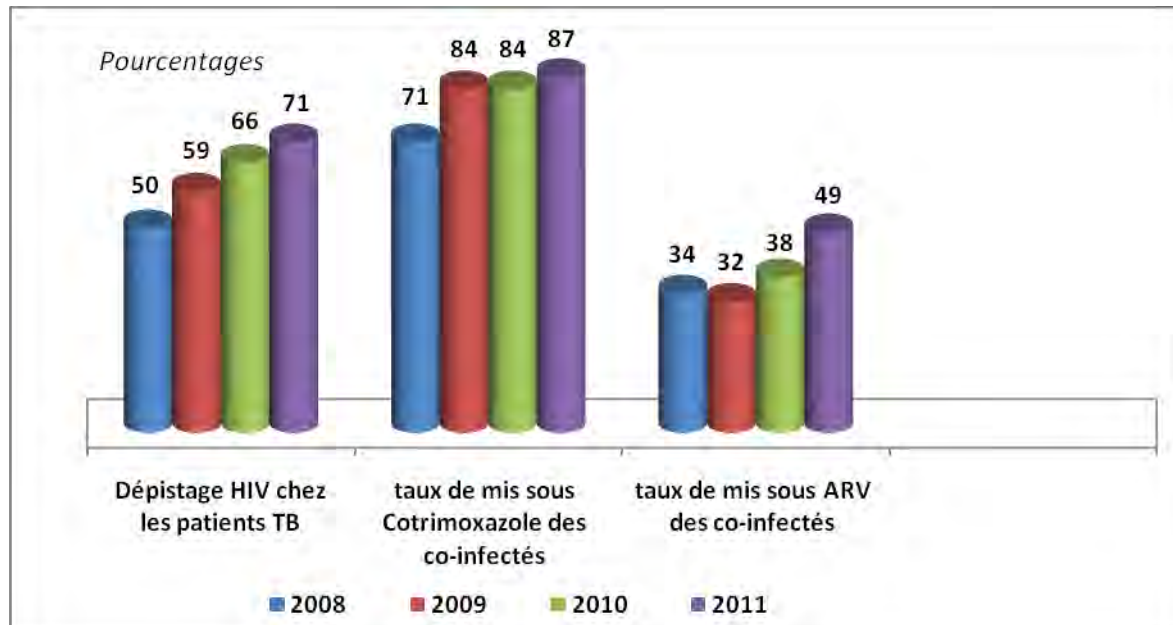
Cependant, des mesures pour maîtriser l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs restent à développer.

Réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux

Le programme TB recommande la mise systématique sous traitement préventif au «cotrimoxazole» de tous les patients TB dépistés positifs au VIH ainsi que leur référence systématique vers les structures de prise en charge. Cependant, la mise en œuvre de cette recommandation aura été discutée et des directives claires avec un objectif de mise sous ARV restent à être définies.

Entre 2008 et 2011, le taux de dépistage VIH chez les patients tuberculeux a connu une augmentation de 20%. La prophylaxie au «cotrimoxazole» a été appliqué chez 87% des patients co-infectés, mais rencontre une contrainte dans la mise en œuvre liée à l'approvisionnement.

Graphique 5.3: Evolution de la PEC de la coïnfection TB/VIH



Source : CNLS

➤ **Prise en charge communautaire des PVVIH et OEV**

Les 59 000 personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) au Sénégal répondent, dans l'ensemble, au **profil socioéconomique** de la population dont plus de 65% vit avec moins de deux dollars par jour (environ 1 000 FCFA). Les PVVIH sont victimes de **perte d'emploi** due à la maladie et des coûts de la prise en charge qui les entraînent **inexorablement vers la pauvreté et l'indigence**. Cette situation est accentuée par la **stigmatisation, la discrimination et le rejet** dont elles font l'objet.

Pour les Orphelins et Autres Enfants rendus Vulnérables par le VIH (OEV), le **VIH/SIDA impacte sur l'état psychologique de l'enfant infecté ou affecté**. Les effets psychosociaux de **l'infection** peuvent avoir plusieurs sortes de manifestations chez les parents ou les tuteurs.

Une bonne prise en charge des besoins ou des problèmes psychologiques peut concourir à améliorer la qualité de vie des PVVIH et des OEV. Les personnes qui **s'occupent des OEV, des familles touchées ont des besoins psychosociaux spécifiques et ont besoin d'être aidées à s'occuper au mieux des personnes infectées**.

Avec les différents programmes mis en œuvre au Sénégal sur les trois dernières années, la prise en charge communautaire des PVVIH et des OEV a produit d'importants résultats, aussi bien quantitatifs que qualitatifs :

- ✚ 49 associations d'accompagnement et de soutien des PVVIH et des OEV appuyées financièrement et techniquement dans toutes les régions (14) ;
- ✚ 16 650 PVVIH touchées par les activités communautaires de soutien ;
- ✚ 6 850 enfants infectés et/ou affectés appuyés et soutenus ;
- ✚ 5 218 OEV ont bénéficié d'une bourse de scolarisation, dans le cadre du projet MAP ;
- ✚ Appui institutionnel, administratif, comptable donné à 35 associations de PVVIH et de soutien aux OEV ;
- ✚ 33 associations de PVVIH dotées en matériel de bureau et en équipement technique ;
- ✚ 50 médiateurs PVVIH pairs éducateurs interviennent dans les sites de PEC dans 10 régions ;
- ✚ **Elaboration d'un Guide de prise en charge des OEV ;**
- ✚ Elaboration du Guide de Prise en Charge Nutritionnelle des OEV ;
- ✚ Révision du Guide d'Accompagnement/soutien des PVVIH.

V.3.2.3. Prise en charge des cas de paludisme

Le paludisme occupe une place de choix dans le cadre de la lutte contre les maladies. En effet, le Sénégal a mis en place en 1995 un Programme National de Lutte contre le Paludisme et élaboré quatre plans quinquennaux stratégiques 1996-2000, 2001-2005, 2006-2010 et 2011-2015.

Depuis 2006, la lutte contre le paludisme a bénéficié de moyens financiers et techniques conséquents favorisés par un engagement politique très fort. Des moyens de lutte à efficacité prouvée sont venus renforcer les interventions pour la prévention et le traitement du paludisme. **Il s'agit notamment de l'avènement des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action, des kits de ré-imprégnation longue durée, du retour des aspersions intra- domicilières, mais aussi et surtout des médicaments ACT et des tests de diagnostic rapide.** Ces différentes interventions ont permis de faire baisser drastiquement la morbidité et la mortalité dues au paludisme.

Aussi, dans la mise en **œuvre** du programme en 2011, des activités essentielles ont **occupé une place importante. Il s'agit de :**

- la couverture universelle en MILDA ;

- du suivi et du renforcement de la PECADOM introduite entre 2008 et 2010 dans plus de 976 villages situés dans 30 districts sanitaires des régions de Matam, Thiès, Fatick, Kaolack, Kaffrine, Tambacounda, Kédougou, Kolda et Sédhiou, en attendant son extension à 1.200 autres villages dans le cadre du Round 10 du Fonds Mondial ;
- **la mise en œuvre dans le district de Richard-Toll d'un projet d'élimination** du paludisme en collaboration avec le projet MACEPA / PATH ;
- du renforcement de la surveillance épidémiologique du paludisme à travers 14 sites sentinelles installés dans le bassin du fleuve Sénégal (dans les districts de Matam, Richard-Toll, Podor, Bakel et Linguère) et dans la banlieue de la région de Dakar (Guédiawaye et Pikine).

V.4. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

Les données de **l'état** de santé décrivent les maladies, les affections, les handicaps et correspondent donc davantage aux caractéristiques biologiques, physiologiques, mais également psychologiques des individus. Ils peuvent être approchés au travers de **plusieurs indicateurs de mortalité ou de morbidité**. **Caractériser l'état de santé d'une population nécessite de disposer d'indicateurs qui vont permettre de dresser un constat**. Du fait de la rétention d'informations sanitaires, surtout concernant la **mortalité clinique, l'essentiel des indicateurs utilisés dans cette partie sont issues de l'EDS-MICS 2010-2011 et de l'Enquête Nationale de Surveillance Combinée (ENSC, 2010)**.

V.4.1. MORBIDITE

La morbidité fait référence à la maladie, aux blessures et aux handicaps dans une **population**. **Les données concernant la fréquence et la répartition d'une maladie** peuvent aider à en maîtriser la propagation et parfois conduire à identifier sa cause.

V.4.1.1. Situation épidémiologique du VIH au Sénégal

La situation de l'épidémie à VIH/Sida au Sénégal est caractérisée par une épidémie stable et concentrée. La prévalence du VIH est faible dans la population générale moins de 1% ainsi que dans la plupart des catégories socioprofessionnelles sauf chez les populations les plus exposées au risque du VIH notamment les professionnelles **du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les usagers de drogues injectables**.

✓ **Situation dans la population générale**

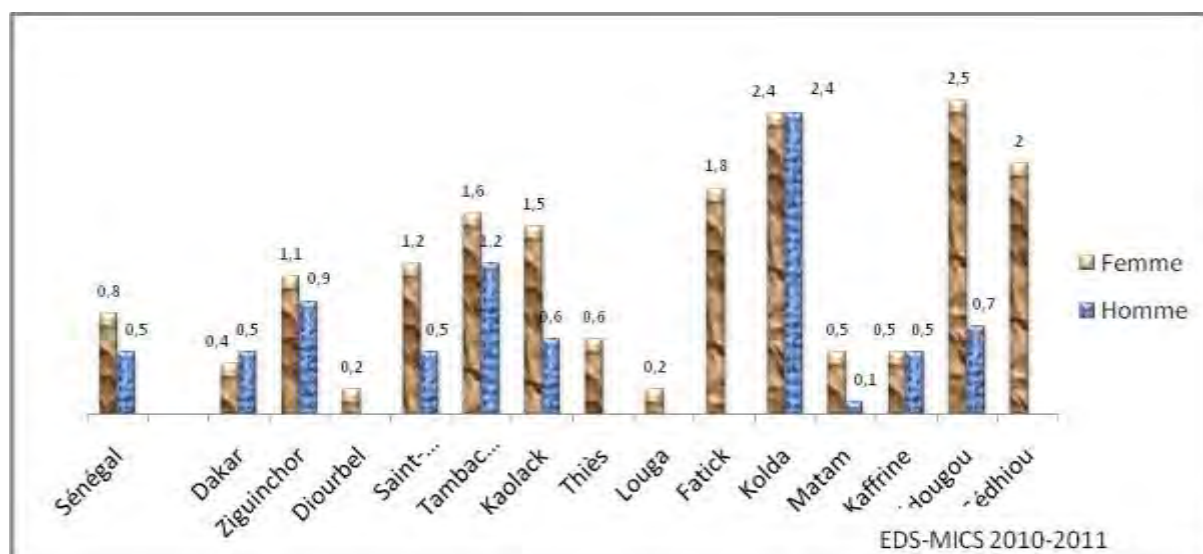
Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) réalisée en 2010/2011 confirment la stabilité de la prévalence dans la population générale à 0,7%. Derrière ce faible taux, se cachent certaines disparités :

La féminisation de l'épidémie : Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans est supérieur à celui des hommes de la même tranche d'âges : 0,8% contre 0,5%. Ces résultats confirment la grande vulnérabilité des femmes par rapport aux hommes. Cette vulnérabilité particulière des femmes est essentiellement de quatre ordres, la vulnérabilité socioculturelle liée à la sexo-spécificité et à l'analphabétisme, la vulnérabilité anatomique et physiologique, la vulnérabilité épidémiologique et la vulnérabilité économique.

Disparité régionale : La prévalence suivant les régions présente des disparités notables. Les résultats de l'enquête (graphique 5.5) montrent d'une part, que les régions du Sud (Kolda, Sédhiou, Ziguinchor), du Sud-est (Tambacounda, Kédougou) et du Centre (Kaolack) sont les plus touchées par l'épidémie et d'autres part, que les femmes sont nettement plus vulnérables que les hommes à l'infection au VIH.

Variation du VIH selon l'âge : Dans l'ensemble, la prévalence augmente avec l'âge passant de 0,1% chez les personnes âgées de 15-19 ans à 1,9% chez celles âgées de 45-49 ans. Contrairement à la tendance internationale, l'enquête a révélé que les jeunes de 15-24 ans restent peu touchés par le VIH : 0,2% dont 0,3% chez les femmes et 0,1% chez les hommes.

Graphique 5.4: Prévalence du VIH selon le sexe et la région



Source : ANSD. EDS-MICS 2010-2011

✓ **Situation au niveau des populations clés les plus exposées**

Le Sénégal étant un pays à épidémie concentrée, les efforts de prévention dans un tel contexte doivent porter principalement, selon l'ONUSIDA, sur les groupes les plus vulnérables à l'infection, car ces derniers peuvent devenir des relais dans la chaîne de transmission du VIH. Grâce à la surveillance sentinelle du VIH, le suivi de l'évolution de la séroprévalence est désormais assuré de façon permanente au sein de groupes spécifiques de population tels que les femmes enceintes et les professionnelles du sexe. Quant à la surveillance comportementale, elle permet d'apporter périodiquement un éclairage sur certains comportements à risque qui peuvent favoriser la propagation du VIH/SIDA. Elle concerne aussi bien les groupes à haut risque que les groupes passerelles. Ainsi, en vue de fournir des informations capitales pour aider les décideurs à déterminer les interventions les plus appropriées, le CNLS a réalisé la deuxième Enquête Nationale de Surveillance Combinée (ENSC) en 2010 et l'Enquête de prévalence et de pratiques à risques d'infection à VIH, VHB, et VHC chez les usagers de drogues dans la région de Dakar en 2011. Les résultats de ces enquêtes ont montré que malgré le faible niveau de la prévalence au niveau national, de fortes prévalences sont notées chez certaines catégories de la population :

Les professionnelles du sexe (PS) : la prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe reste encore élevée. Elle est de 18,5% contre 19,6% selon l'ENSC de 2006 ;

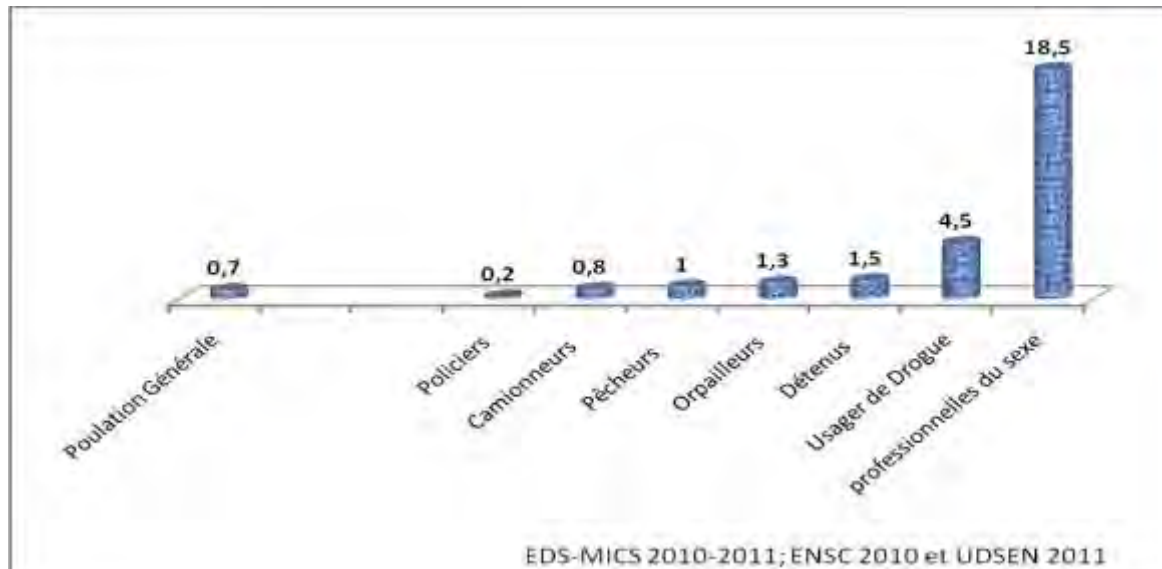
Les usagers de drogue : La prévalence du VIH est élevée chez l'ensemble des usagers de drogue enquêtés (4,4%) avec une prévalence de 13% chez les femmes et 3% chez les hommes; soit un sexe ratio femmes/hommes de 4,3 ;

Les détenus : le taux de séroprévalence dans cette population est de 1,5% (ENSC, 2010). La prévalence du VIH/Sida chez les prisonnières (4,5%) est cinq fois supérieure à celles des femmes au niveau national (0,8%, EDS-MICS, 2010-2011) et à celle des détenus mâles (0,9%) ;

Les orpailleurs : dans cette population qui fait partie des groupes passerelles depuis 2010, la prévalence de l'infection à VIH est de 1,3% (ENSC, 2010), (soit 0,8% chez les hommes et 2,5% chez les femmes) ;

Les pêcheurs, les camionneurs et les policiers : les prévalences les plus faibles sont enregistrées dans ces groupes (1% chez les pêcheurs, 0,8% chez les orpailleurs et 0,2% chez les policiers).

Graphique 5.5: Prévalence du VIH chez certaines catégories de la population



Sources : ANSD. EDS-MICS 2010-2011 ; CNLS. ENSC 2010 et UDSEN 2011

V.4.1.2. Tuberculose

Le Sénégal, à l'instar de la communauté internationale, a adopté les objectifs d'impact du Partenariat mondial Halte à la tuberculose en droite ligne pour l'atteinte des OMD. L'objectif principal est d'arrêter et d'inverser l'incidence de la TB et de réduire de moitié la prévalence et la mortalité liées à cette maladie d'ici 2015, partant du niveau atteint en 1990.

En 2011, les structures sanitaires du pays ont notifié 11 021 nouveaux cas de **tuberculose toutes formes confondues**, correspondant à un taux d'incidence de **85,7** nouveaux cas de tuberculose pour **100 000 habitants**. L'ensemble des cas de tuberculose, nouveaux comme anciens, notifiés en 2011 s'élevait à **11 604** cas, soit une prévalence de **90,2** cas pour 100 000 habitants. Ces chiffres dénotent une baisse relativement faible par rapport à 2010 (93 cas pour 100000 habitants).

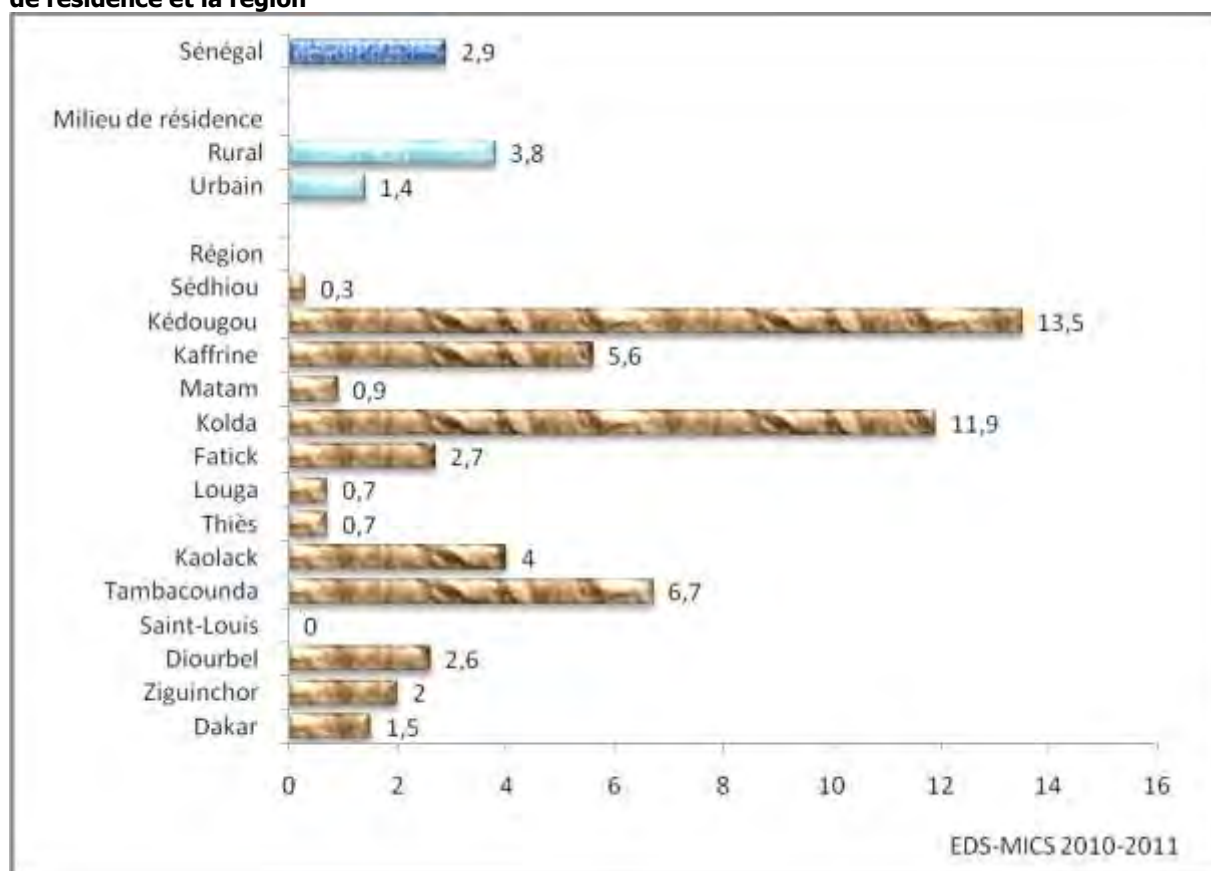
V.4.1.3. Maladies de l'enfant

Les affections de l'enfant les plus morbides et les plus mortelles sont la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, le paludisme et la rougeole. Le **Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS)**, dans sa composante **Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME)**, a développé une stratégie ciblant ces cinq maladies. Le principe de la PCIME est la globalité, la rationalisation, la **continuité**, l'**intégration des soins** et l'**implication de la famille et de la communauté**. La PCIME comporte un volet préventif, curatif et promotionnel ; elle est recommandée par l'OMS dans l'optique d'atteindre les OMD, notamment 1 et 4.

L'EDS-MICS de 2010-2011 a révélé que parmi les enfants, 5% ont présenté des symptômes d'Infections Respiratoire Aigues (IRA), 21% ont souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines avant l'enquête, 18% ont souffert d'insuffisance pondérale et 3% ont été atteints de paludisme. Ce dernier, bien qu'ayant diminué, constitue toujours la première cause de mortalité chez les enfants.

Derrière cette faible prévalence du paludisme observée au niveau national, se cachent des disparités notables. Le pourcentage d'enfants souffrant de paludisme présente des variations importantes selon le milieu de résidence : les enfants des zones rurales (3,8%) sont plus concernés par la maladie que ceux des zones urbaines (1,4%). Les différences interrégionales sont également importantes (graphique 5.6). Les régions de Kédougou (13,5%) et de Kolda (11,9%), présentent les prévalences les plus élevées. Les basses prévalences observées à Ziguinchor (2,0%) et Sédhiou (0,3%) pourraient être dues au fait que la collecte s'est déroulée en période de faible transmission. Les niveaux les plus bas ont été observés dans la région de Saint-Louis, où aucun cas n'a été détecté, ainsi que dans les régions de Thiès et Louga où une prévalence de 0,7% a été relevée.

Graphique 5.6 : Prévalence de la parasitémie palustre chez les enfants de 6-59 mois selon le milieu de résidence et la région



Source : ANSD. EDS-MICS 2010-2011

V.4.1.4. Maladies chroniques

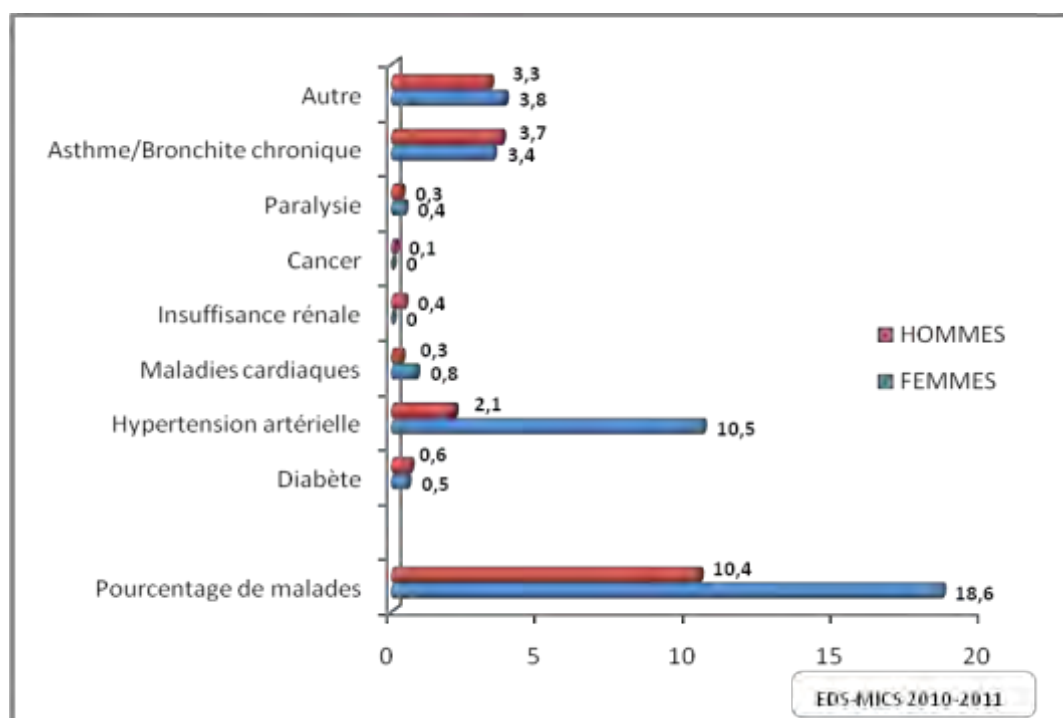
Les maladies chroniques sont des affections de longue durée et des maladies évolutives. Elles entraînent souvent une détérioration de la qualité de vie et sont parfois associées à une invalidité ou des complications graves de santé. Parmi ces pathologies, on peut citer les **cancers, l'hypertension artérielle/AVC, le diabète, l'asthme ou bronchite chronique ou encore les maladies cardiovasculaires.**

En population générale, la proportion de personnes déclarant une maladie chronique est relativement élevée : 18,6% des femmes contre 8,5% des hommes (EDS-MICS, 2010-2011). **Les principales maladies et l'handicap dont les enquêtés se sont plus souvent plaints sont l'hypertension artérielle, l'asthme ou les bronchites chroniques, les maladies cardiaques et la paralysie.**

Chez les femmes âgées de 15-49 ans, les maladies chroniques spécifiques les plus évoquées, comme l'illustre le Graphique 5.7, sont **l'hypertension artérielle (10,5%),** suivie des affections **respiratoires chroniques, notamment l'asthme et les bronchites chroniques (3,4%),** des maladies cardiaques (0,8%) et du diabète (0,5%).

Pour les hommes de 15-59 ans, les plaintes pour les maladies chroniques portent **aussi en particulier sur l'asthme et les bronchites chroniques (3,7%), l'hypertension artérielle (2,1%), le diabète (0,5%), l'insuffisance rénale (0,4%), la paralysie (0,3%), les maladies cardiaques (0,3%) et le cancer (0,1%).**

Graphique 5.7: Répartition des plaintes selon le sexe



Source : ANSD. EDS-MICS 2010-2011

V.4.2. MORTALITE

L'EDS-MICS 2010-2011 nous a permis d'avoir des données relatives à la mortalité des enfants et celle maternelle qui seront utilisées dans cette partie.

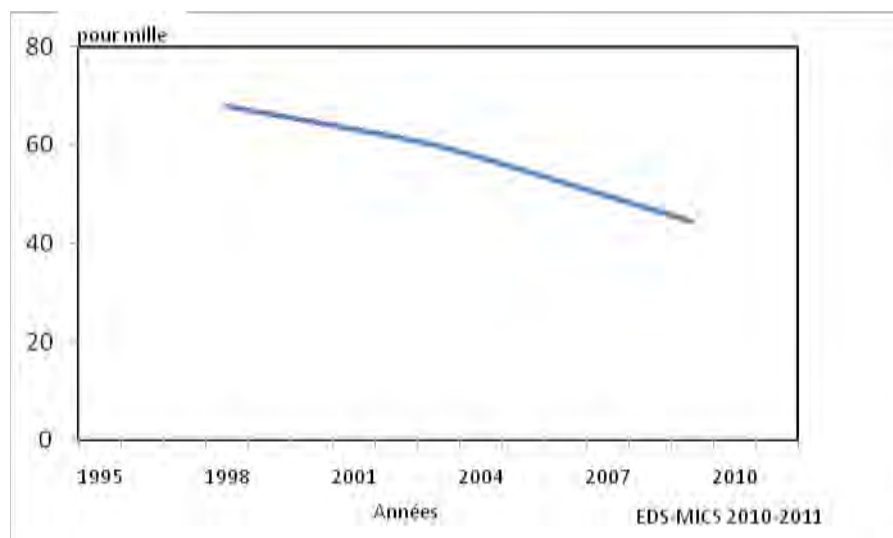
V.4.2.1. Mortalité infantile

La mortalité infantile correspond au nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie ; elle est exprimée sous forme d'un taux pour 1 000 naissances vivantes pour l'année considérée. Cet indicateur, largement utilisé dans les comparaisons internationales, mesure la santé infantile, mais reflète aussi l'état de sante d'une population. Il exprime l'efficacité des soins préventifs, l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant, de même que la qualité du système de soins et de santé.

Un examen de l'évolution de la mortalité des enfants au cours des quinze dernières années montre que le niveau de la mortalité infantile a sensiblement fléchi dans la période. Ainsi, de 68‰ dans la période 10-14 ans avant l'enquête, le taux de mortalité infantile est passé à 47‰ dans la période 0-4 ans, soit une baisse globale de 31%. Cette baisse est deux fois plus forte entre 2005 et 2009 (22%) qu'entre 2001 et 2005 (12%).

Deux tiers des décès d'enfants de moins d'un an surviennent au premier mois de la vie.

Graphique 5.8: Evolution du taux de mortalité infantile



Source : ANSD. EDS-MICS 2010-2011

V.4.2.2. Mortalité maternelle

Le taux de mortalité maternelle est estimé à 392 décès pour 100 000 naissances vivantes selon les résultats de l'EDS-MICS 2010-2011. Ce taux, bien que légèrement inférieur à celui enregistré en 2005 (401 décès pour 100 000 naissances vivantes, EDS IV 2005), **reste toujours élevé. Compte tenu des différences d'approche et de la sensibilité de cet indicateur, on peut simplement noter que d'importants efforts restent à être réalisés pour l'atteinte de l'OMD 5. En effet, cet objectif à l'horizon 2015 se situe à 122 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.**

Dans le souci de réduire les décès maternels, une amélioration de la prise en charge de la femme enceinte doit être envisagée en renforçant les compétences des Sages Femmes d'Etat (SFE) et des Infirmiers Chefs de Poste (ICP) sur la Consultation Périnatale (CPN) **recentrée. L'initiative « Bajenu Gox »** qui est un programme communautaire pour la promotion de la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant doit être aussi encouragée.

Conclusion

Les objectifs sectoriels de la santé déclinés dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) sont reconduits dans le dernier CDSMT. Selon le rapport de performance de ce dernier cadre qui couvre la période 2011-2013, les résultats **enregistrés au cours de l'année 2011 sont pour la plupart satisfaisants au regard des indicateurs clés du secteur. A titre d'illustration, le taux de couverture Penta 3 est de 83%, la proportion des accouchements assistés par du personnel qualifié est de 65,1%, la prévalence du VIH / Sida dans la population générale est estimée à 0,7% et la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0 à 5 ans est de 18% (EDS-MICS 2010-2011). On constate pour ce dernier indicateur un recul d'un point par rapport à la dernière EDS-IV (2005).**

S'agissant des infrastructures sanitaires publiques au Sénégal, leur nombre n'a pas connu d'évolution entre 2010 et 2011. En effet, l'option adoptée par les autorités durant cette période, qui était d'achever les projets bloqués ou en cours en matière de construction d'infrastructures sanitaires, a été respectée. En outre, dans le cadre du renforcement des équipements et l'amélioration de la couverture en infrastructures sanitaires, un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) couvrant la période 2011-2015 a été élaboré.

Faute d'annuaire statistique de 2011, les données obtenues auprès de l'ordre de médecins du Sénégal et sur l'Etat de la pratique de sage-femme dans le monde en 2011, ont permis d'avoir une idée sur le nombre de médecins et de sages-femmes d'Etat. En effet, mille cinq cents (**1500**) médecins et neuf cent quatre vingt dix (**990**) sages-femmes ont été répertoriés au courant de l'année 2011. Au Sénégal, le ratio est de seulement 2 sages femmes pour 1000 naissances. Ainsi, la norme de l'OMS qui est d'au moins 6 sages femmes pour 1000 naissances est loin d'être atteinte.

Les activités de prévention dont il a été question dans le cadre de ce chapitre sont : le PEV, la prévention des affections palustres ainsi que celle du VIH/SIDA et autres IST. Concernant les activités curatives analysées, elles ont porté sur les soins prénatals, 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. Dans l'ensemble, pour une naissance sur deux, les mères ont effectué au moins les quatre visites recommandées et dans 4% des cas, elles n'ont effectué aucune visite. S'agissant du VIH/SIDA, avant l'arrivée des médicaments ARV, les actions étaient focalisées autour des meilleures connaissances du virus, de la prévention et de la prise en charge des infections opportunistes.

Les maladies chroniques telles que les cancers, l'hypertension artérielle/AVC, le diabète, l'asthme ou bronchite chronique ou encore les maladies cardiovasculaires font légion dans le pays. Dans la population générale, la proportion de personnes déclarant une maladie chronique reste relativement élevée.