

**ANSD**

Agence Nationale de  
la Statistique et de la Démographie

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 2007**

**Octobre 2008**

**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	Bakary DJIBA
Directeur du Management de l'Information Statistique	Mamadou NIANG
Coordonnateur de la Cellule de Programmation, de Coordination Statistique et de Coopération Internationale	El Hadji Malick DIAME

**COMITE DE LECTURE**

Hamidou BA, Abdoulaye TALL, Mamadou BAH, Baba NDIAYE,  
Pape Seyni THIAM, El Hadji Malick GUEYE

**COMITE DE REDACTION**

1. PRESENTATION DU PAYS	Mory DIOUSS
2. DEMOGRAPHIE	Fatou Bintou CAMARA
3. EDUCATION	Djibril NDOYE & Amadou DIALLO
4. EMPLOI	Marième FALL & Macoumba DIOUF
5. SANTE	A. Racine DIA & N. K. Serge MANEL
6. ASSISTANCE SOCIALE	Djibril NDOYE
7. AGRICULTURE	Insa SADIO
8. ENVIRONNEMENT	Mamadou FAYE
9. PECHE MARITIME	Astou DAKONO
10. TRANSPORT	Pape Seyni THIAM
11. TOURISME	Adama SECK
12. JUSTICE	Assane THIOUNE
13. BTP	Adama SECK
14. IHPI	Maxime NAGNOHOU
15. INSTITUTIONS FINANCIERES	Amar SECK
16. COMPTES ECONOMIQUES	Ngalgou KANE & Ousseynou SARR
17. FINANCES PUBLIQUES	Abou AW & Moussa THIAM
18. PRIX	Baba NDIAYE
19. COMMERCE EXTERIEUR	Daouda BALLE
20. ELEVAGE	Insa SADIO

**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](http://www.ansd.sn) ; Email: [statsenegal@ansd.gouv.sn](mailto:statsenegal@ansd.gouv.sn) ; [statsenegal@yahoo.fr](mailto:statsenegal@yahoo.fr)

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

**ISSN 0850-1491**

## **CHAPITRE IV : SANTE**

### **Introduction**

Cette année marque la fin du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1998-2007. Le PNDS II est en cours de finalisation. C'est pour cette raison que dans cette édition de la « Situation Economique et Sociale du Sénégal », une attention particulière est accordée aux programmes qui ont traduit concrètement la politique sanitaire au cours des dix (10) dernières années.

La mise en œuvre de ces programmes nécessite la mobilisation de ressources financières, matérielles et humaines. La deuxième partie de ce chapitre passe en revue les ressources financières engagées en 2007 dans le secteur de la santé. Les infrastructures ainsi que le personnel déployés et les efforts faits pour l'atteinte des normes de L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sont aussi présentés.

Le Sénégal s'est engagé auprès de ses bailleurs et partenaires techniques au développement pour une revue annuelle du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Il est par conséquent intéressant de présenter les réalisations faites par rapport aux indicateurs clés de santé du DSRP en 2007. C'est ainsi que, dans ce chapitre, il est présenté quelques actions du ministère et des acteurs qui ont en charge de conduire les programmes de santé.

L'état de santé de la population est la préoccupation essentielle de la politique sanitaire. Aussi, ce chapitre s'est intéressé à présenter l'état de santé de ces populations ; il s'agira d'examiner les maladies qui sévissent et qui tuent le plus au Sénégal.

### **IV.1. POLITIQUE ET PROGRAMMES DE SANTE AU SENEGAL**

Une politique de santé 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. Le processus de formulation d'une politique de santé associe l'identification des priorités et objectifs ainsi que les outils nécessaires à la réalisation de ces objectifs, la mise en place d'un dispositif

institutionnel accommodant et une planification conséquente des ressources allouées au secteur de la santé.

Les programmes de santé peuvent être définis comme les composantes ou les mécanismes opérationnels de mise en œuvre de la politique de santé.

#### **IV.1.1. LA POLITIQUE DE SANTE AU SENEGAL**

Au Sénégal, la politique actuelle de santé a été formulée dans la Déclaration de la Politique de Santé et d'Action Sociale de juin 1989. Cette déclaration s'est matérialisée par l'adoption du Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) pour la période 1998-2007 au terme d'un processus de réflexion engagé en 1995 entre le ministère et ses partenaires. Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) qui couvrait la période 1998-2002 était une traduction concrète des objectifs définis dans le PNDS. Les objectifs visés étaient alors : la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infanto-juvénile et la maîtrise de la fécondité.

A la faveur de l'initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE), un premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DRSP), a été élaboré en 2001, période qui correspondait pratiquement à la fin de cette première phase du PNDS. Dans le même sillage, le DSRP-II est élaboré pour la période 2006-2010. En tant que cadre de référence de la planification économique et sociale du pays, ce document a servi de base à la révision du PNDS pour sa deuxième phase dans une perspective surtout d'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

L'arrimage de la deuxième phase du PNDS au DSRP-II fait du Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme (CDSMT) 2006-2008 la matrice de programmation et d'exécution budgétaire. De ce fait, le CDSMT est devenu le nouveau cadre d'orientation de la politique sanitaire. Il a hérité des mêmes objectifs sectoriels de la santé que le PDIS. Cependant, un changement dans la mise en œuvre des stratégies adoptées a été opéré. Ainsi, sept (7) objectifs opérationnels ont été assignés au secteur de la santé pour la période 2006-2008 :

- Améliorer l'accès des groupes vulnérables à des services de santé de qualité ;

- Renforcer la prévention et développer la communication pour le changement de comportement ;
- Améliorer la disponibilité, la qualité et la performance des ressources humaines en santé ;
- Améliorer les capacités institutionnelles du secteur ;
- Promouvoir le partenariat ;
- Renforcer le suivi-évaluation de la performance ;
- Et améliorer les mécanismes de financement de la santé.

Pour l'atteinte de ces objectifs, le CDSMT-santé 2006-2008 a mis en place six (6) programmes, lesquels programmes font l'objet de la section suivante.

#### **IV.1.2. LES PROGRAMMES DE SANTE AU SENEGAL**

Ces programmes sont au nombre de six (6). Nous allons présenter ces programmes, leur domaine d'intervention et quelques réalisations qui ont été faites au titre de ces programmes durant l'année 2007.

##### ***IV.1.2.1. Le programme de prévention***

C'est l'un des programmes les plus importants du Ministère de la Santé et de la Prévention de par les domaines qu'il englobe. Les composantes de ce programme sont les suivantes : (i) la vaccination, (ii) la surveillance épidémiologique et la lutte contre les épidémies, (iii) l'hygiène individuelle et collective et (iv) la communication pour le changement de comportement.

Le programme élargi de vaccination (PEV), initié depuis 1979, couvre neuf (9) maladies cibles que sont : la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, l'hépatite B, l'hémophilus influenza, la rougeole et la fièvre jaune. L'objectif retenu est d'assurer une couverture de 80% de tous les antigènes pour les enfants de 0 à 11 mois. Si l'on en juge le « Rapport de performances du CDSMT-santé, édition 2007 », ce programme a connu des résultats satisfaisants en 2007.

La surveillance épidémiologique cherche à atteindre un taux de complétude et de promptitude d'au moins 80% pour tous les rapports concernant les maladies à déclaration obligatoire. Elle concerne outre les maladies cibles du PEV, les

maladies à potentiel épidémique comme le choléra, la méningite et les shigelloses.

La Direction de la prévention gère la vaccination, la surveillance épidémiologique et la lutte contre les épidémies.

La composante hygiène individuelle et collective n'a pas fait l'objet d'une structuration systématique dans le PNDS. Les activités du Service d'hygiène se résument actuellement pour l'essentiel à la couverture des grands rassemblements notamment religieux, la surveillance aux frontières et les interventions afférentes aux catastrophes (inondations, épidémies). Durant l'année 2007, on a enregistré : l'inspection de 58 176 établissements recevant du public, le contrôle de 13 400 passagers au port et 21 231 passagers à l'aéroport, l'arraisonnement de 2021 navires, le contrôle de 287 aéronefs, etc.

Le Service National de l'Hygiène (SNH) qui a remplacé en 2007 la Direction de l'hygiène Publique (DHP) gère ce volet. Le Rapport de performances du CDSMT-santé 2007 déplore l'insuffisance du personnel et des moyens financiers et matériels à l'actif du SNH.

Le volet communication pour le changement de comportement vise à promouvoir les bonnes pratiques en matière d'hygiène et de prévention. Dans ce cadre, Le Service National de l'Education et de l'Information pour la Santé (SNEIPS) accompagne les programmes de lutte (paludisme, VIH/SIDA, etc.) dans le cadre de leur mise en œuvre.

#### ***IV.1.2.2. Le programme de santé de la reproduction***

Le programme national de santé de la reproduction comprend quatre composantes : la planification familiale, la santé reproductive des adolescents, la maternité à moindre risque et la santé néonatale.

La planification familiale joue un grand rôle dans l'amélioration de la santé maternelle. En 2007, la proportion des Femmes en Age de Reproduction (FAR) sous méthode contraceptive est de 10% ; une proportion en dessous de l'objectif fixé dans la feuille de route qui est 18%.

Ce programme a mis un accent particulier sur la santé reproductive des adolescents. Cette mesure se justifie par le poids considérable que constitue cette population. En effet, les moins de 20 ans représentent 55,7% de la

population et 55% des 15-19 ans sont sexuellement actifs. Le faible recours à la contraception (4,7% chez les 15-19 ans) les expose fortement à l'infection du VIH/SIDA ; 50% des séropositifs ont entre 15 et 24 ans.

S'agissant des accouchements assistés (accouchements effectués dans les structures de santé), des efforts importants ont été réalisés. Le taux est passé de 59% en 2006 à 62,6% en 2007. Cet acquis devra être renforcé du moment qu'il est communément admis que l'accouchement assisté constitue l'une des stratégies les plus efficaces en matière de réduction de la mortalité maternelle. Notons par ailleurs, qu'en environ 40% des décès de mères sont dus aux hémorragies.

La santé néonatale n'avait pas bénéficié d'une attention particulière dans ce programme alors que la mortalité néonatale représente aujourd'hui 50% de la mortalité infantile. C'est pour pallier cet état de fait, que la Direction de la Santé de la Reproduction (DSR) a entamé un processus important de prise en charge de la cible 0-28 jours (nouveau-né) en plus de ses actions traditionnelles relatives à la surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

#### ***IV.1.2.3. Le programme de lutte contre la maladie***

Ce programme dispose de trois (3) composantes : (i) lutte contre les maladies endémiques prioritaires, (ii) lutte contre les maladies tropicales négligées et (iii) lutte contre les maladies non transmissibles.

La lutte contre les maladies endémiques prioritaires concerne le paludisme, la tuberculose et la lèpre. Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a élaboré en 2006 un plan stratégique quinquennal pour la période 2006-2010 qui vise les objectifs suivants :

- Un taux de couverture de 80% en Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez les femmes enceintes ;
- Un taux de couverture de 80% en Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides (MII) chez les groupes vulnérables qui sont les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans ;
- Un taux de prise en charge des cas de 80%.

Ce PNLP bénéficie de l'appui de plusieurs partenaires dont les principaux sont le Fonds Mondial pour la lutte contre le paludisme, la tuberculose et le sida et le Président Malaria Initiative (PMI).

Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose a élaboré un plan stratégique 2006-2011 afin de contribuer à la réduction du poids socio-économique de cette maladie. Les objectifs spécifiques visés avec ce plan sont : une détection d'au moins 70% des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis et guérir au moins 85% de ces malades sous traitement. Notons que ces objectifs ne sont pas atteints pour cette année 2007 ; on note un écart de -12 points pour le taux de dépistage et -9 points pour le taux de guérison.

Le Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC) mis en place depuis 1997 cherche à promouvoir la santé oculaire. L'objectif visé est de réduire la prévalence de la cécité à moins de 1% à travers la prévention des affections oculaires cécitantes évitables et le traitement des affections oculaires curables par des soins de qualité à un coût socialement supportable. Durant l'année 2007, 7 343 personnes atteintes de cataracte ont été opérées plaçant ainsi le taux de chirurgie de la cataracte à 647/million d'habitants soit 72% de l'objectif fixé. Par ailleurs, les opérations de trichiasis s'élèvent à 3 779, soit une augmentation de plus de 80% par rapport à 2006.

Le programme de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (MTN) concerne la bilharziose, l'onchocercose, la filariose lymphatique, le trachome et les géo-helminthiases. La stratégie majeure de contrôle de ces endémies est basée sur la chimiothérapie préventive de masse qui repose sur l'administration périodique (généralement une fois par an) d'un médicament ou d'une combinaison de médicaments aux populations exposés. Les objectifs visés avec ce programme sont : une couverture géographique de 100% des zones ciblées et une couverture thérapeutique d'au moins 65% pour l'onchocercose et 80% pour la filariose lymphatique.

Le programme de lutte contre les maladies non transmissibles concerne les maladies bucco-dentaires et les maladies chroniques à soins coûteux.

Le programme de lutte contre la maladie est sous la responsabilité de la Direction de la santé et est mis en œuvre par la Division de la lutte contre la maladie et la Division de la Santé bucco-dentaire.



#### ***IV.1.2.4. Le programme de lutte contre le VIH/SIDA***

Le Sénégal a élaboré un plan stratégique 2007-2011 dans lequel il vise une réduction des transmissions du VIH et une amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par ce virus. Il s'agit spécifiquement de :

- Renforcer la prévention de la transmission du VIH/SIDA afin que 96 000 personnes puissent bénéficier du Conseil Dépistage Volontaire et que 93 000 femmes enceintes puissent être prises en charge par le Programme Transmission Mère Enfant (PTME) ;
- Améliorer la prise en charge globale du VIH en mettant sous ARV 6 000 personnes vivant avec le VIH et en prenant en charge 600 enfants vivant avec le VIH ;
- Promouvoir un environnement socio-économique, politique et éthique favorable ;
- Renforcer le suivi, l'évaluation et la recherche ;
- Et renforcer la gestion et la coordination.

L'Enquête Démographique et de Santé 4 (EDS4) réalisée en 2005 avait établi un taux de prévalence du VIH/SIDA de 0,7% au Sénégal ; ce qui est en dessous du seuil critique de 2% à ne pas dépasser selon le Programme National de Lutte contre le SIDA.

#### ***IV.1.2.5. Le programme de nutrition***

C'est un programme multisectoriel. Il comporte deux (2) stratégies majeures : le Paquet des Activités Intégrées de Nutrition (PAIN) et la Prise en Charge Intégrée des Maladies des Enfants (PCIME) adoptées par le Programme de Renforcement Nutritionnel (PRN) logé à la Primature. Le PRN couvre 10 régions et 34 districts sanitaires où les enfants de 0-36 mois sont régulièrement suivis au plan nutritionnel avec des séances de pesée, de déparasitage, d'administration de vitamine A et de renforcement nutritionnel.

Ces deux (2) stratégies, le PAIN et le PCIME, concourent essentiellement à l'atteinte de l'OMD1 à savoir une réduction de moitié de la proportion de la population souffrant de faim et de malnutrition d'ici 2015 et de l'OMD2 à savoir une réduction de  $\frac{3}{4}$  de la mortalité infantile d'ici 2015. Selon le Rapport de Performances du CDSMT-santé, ces deux (2) stratégies ont eu des résultats globalement encourageants.

#### **IV.1.2.6. Le programme d'appui institutionnel**

Le programme d'appui institutionnel concerne des activités transversales comme les réformes, le système d'information et le fonctionnement des différents Directions et Services du Ministère de la Santé et de la Prévention. Ce programme a quatre (4) composantes que sont : le renforcement des ressources humaines, la carte sanitaire, l'appui aux réformes et le système d'information à des fins de gestion (SIG).

La composante SIG relève de la responsabilité du Service National de l'Information Sanitaire (SNIS). Les composantes réforme hospitalière, médicament et pharmacie et financement de la santé (CDSMT, comptes nationaux de santé, mutuelles) dépendent respectivement de la Direction des Etablissements de Santé, de la Direction de la Pharmacie et du Laboratoire, de la Cellule au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP), et de la DAGE.

La mise en œuvre de ces programmes nécessite la mobilisation de ressources tant financières, matérielles qu'humaines. Nous allons, dans ce qui suit, analyser les ressources engagées pour la traduction concrète de ces programmes.

### **IV.2. LES RESSOURCES DU SYSTEME DE SANTE**

Les infrastructures et le personnel permettent de voir les mesures techniques déployées pour répondre aux sollicitations des populations en matière de santé. Le montant des ressources engagées montre la place qu'occupe le secteur de la santé au rang des priorités étatiques.

#### **IV.2.1. LES RESSOURCES FINANCIERES**

Les ressources financières allouées au secteur de la santé pour l'année 2007 sont présentées dans le tableau suivant. Le budget de fonctionnement représente 50,4% du montant alloué à ce secteur.

La part de la santé (Fonctionnement+Investissement) dans le budget de l'Etat est de 10,3%. On constate ainsi que l'objectif fixé pour cette année 2007 dans le DSRP qui est de 9%, est atteint. Par ailleurs, la part de l'Etat dans les recettes prévisionnelles allouées au secteur de la santé est de 57,4%. Les autres contributeurs au secteur de la santé sont dans l'ordre : les bailleurs/partenaires avec 20,3%, les collectivités locales (19,1%) et la population (3,3%).

**Tableau 4. 1 : Allocation budgétaire par source de financement en 2007 (En FCFA)**

SOURCE	NATURE DES DEPENSES			TOTAL
	FONCTIONNEMENT	INVESTISSEMENT	PERSONNEL	
<b>ETAT</b>	35 407 531 006	17 115 195 584	22 296 400 000	74 819 126 590
<b>COLLECTIVITES LOCALES</b>	287 466 000	1 578 861 000	2 449 673 000	4 316 000 000
<b>POPULATIONS</b>	12 075 884 000	2 567 570 500	10 221 545 500	24 865 000 000
<b>PARTENAIRES/BAILLEURS</b>	17 914 796 820	7 247 259 770	1 249 738 800	26 411 795 390
<b>TOTAL</b>	<b>65 685 677 826</b>	<b>28 508 886 854</b>	<b>36 217 357 300</b>	<b>130 411 921 980</b>

Source : Annuaire santé 2007, SNIS, MSP

Etant donné que la politique de santé de l'Etat se traduit à travers les programmes de santé, il est intéressant de voir comment les ressources de l'Etat sont réparties selon les programmes.

On constate que 80,4% des ressources de l'Etat sont alloués au programme « appui institutionnel ». L'importance de la part de ce programme dans les ressources de l'Etat engagées dans le secteur de la santé s'explique en grande partie par la concentration des dépenses de personnel (21,773 milliards) et de fonctionnement (27,883 milliards).

Ensuite viennent dans l'ordre, le programme « lutte contre la maladie » avec 12,4% des ressources de l'Etat, « prévention médicale » (3,9%), « lutte contre le sida » (2,1%) et « santé de la reproduction » (1,2%). Le programme « nutrition » est pris en compte dans le budget de la Primature.

**Tableau 4. 2 : Répartition du budget de l'Etat par programme en 2007 (En FCFA)**

PROGRAMME	RUBRIQUES	DOTATIONS
<b>APPUI INSTITUTIONNEL</b>	FONCTIONNEMENT	27 883 323 616
	INVESTISSEMENT	10 525 218 534
	PERSONNEL	21 773 000 000
<b>TOTAL APPUI INSTITUTIONNEL</b>		<b>60 181 542 150</b>
<b>LUTTE CONTRE LA MALADIE</b>	FONCTIONNEMENT	3 380 081 194
	INVESTISSEMENT	5 892 000 000
	PERSONNEL	23 000 000
<b>TOTAL LUTTE CONTRE LA MALADIE</b>		<b>9 295 081 194</b>
<b>LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA</b>	FONCTIONNEMENT	1 523 500 000
	PERSONNEL	26 000 000
<b>TOTAL LUTTE CONTRE VIH/SIDA</b>		<b>1 549 500 000</b>

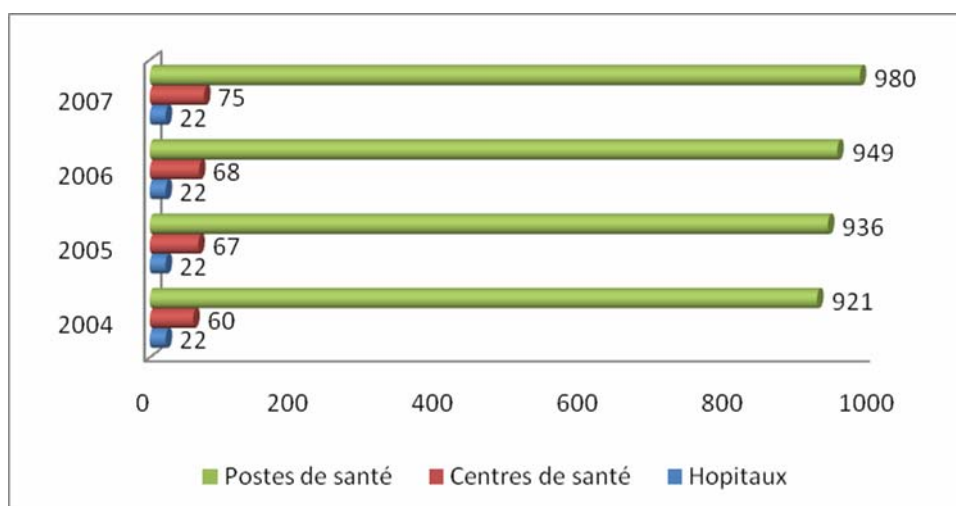
PROGRAMME	RUBRIQUES	DOTATIONS
PREVENTION MEDICALE	FONCTIONNEMENT	1 796 236 000
	INVESTISSEMENT	1 128 175 246
<b>TOTAL PREVENTION MEDICALE</b>		<b>2 924 411 246</b>
SANTE DE LA REPRODUCTION	FONCTIONNEMENT	818 592 000
	PERSONNEL	50 000 000
<b>TOTAL SANTE DE LA REPRODUCTION</b>		<b>868 592 000</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>74 819 126 590</b>

Source : Annuaire santé 2007, SNIS, MSP

#### IV.2.2. LES INFRASTRUCTURES DE SANTE AU SENEGAL

La pyramide sanitaire se traduit par la disponibilité des soins de santé de base au niveau des postes de santé, des soins secondaires au niveau des centres de santé et des soins tertiaires au niveau de l'hôpital régional. C'est ainsi que le Ministère de la Santé et de la Prévention, par son programme actuel, le PNDS, a permis la réfection, la rénovation et la construction de nouvelles infrastructures pour permettre à la population, en majorité rurale, d'accéder aux soins de santé de base.

Graphique 4.1 : Evolution des infrastructures sanitaires de 2004 à 2007



Sources : Annares 2004, 2005, 2006 et 2007, SNIS, MSP.

Le Sénégal compte actuellement 1018 postes de santé dont 980 fonctionnels ; 75 centres de santé et 22 hôpitaux<sup>8</sup> avec l'hôpital de Fatick qui est non fonctionnel.

### Couverture

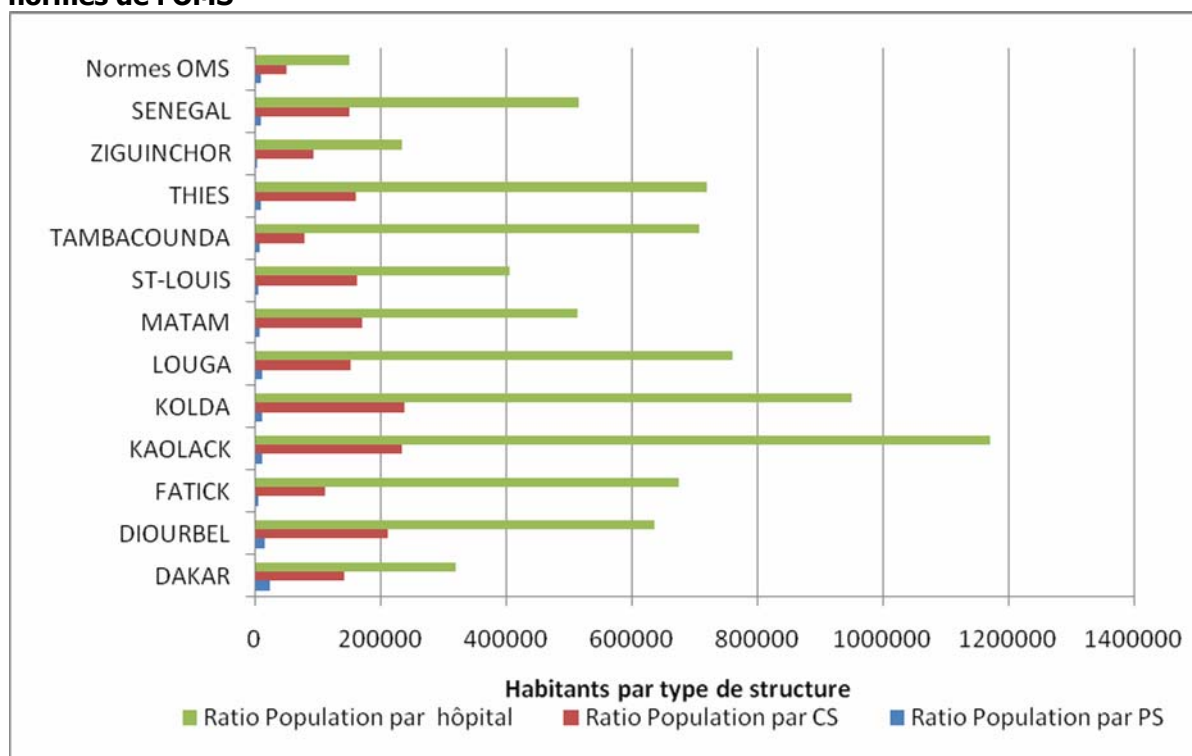
En terme de couverture passive, le pays se situe actuellement à :

- 1 poste santé pour 11 143 habitants,
- 1 centre de santé pour 151 244 habitants,
- 1 hôpital pour 515 606 habitants.

Alors que les normes préconisées par l'OMS sont :

- 1 poste santé pour 10 000 habitants,
- 1 centre de santé pour 50 000 habitants,
- 1 hôpital pour 150 000 habitants.

**Graphique 4.2 : Répartition des infrastructures par région en comparaison avec les normes de l'OMS**



Source : Annuaire santé 2007, SNIS, MSP

Le nombre insuffisant d'infrastructures justifie le déficit actuel en termes de couverture et l'effort important à consentir dans la réalisation de nouveaux

<sup>8</sup> Les centres de santé mentale, l'Institut de Léprologie Appliquée de Dakar et l'Hôpital Militaire de Ouakam sont exclus des 22 hôpitaux.

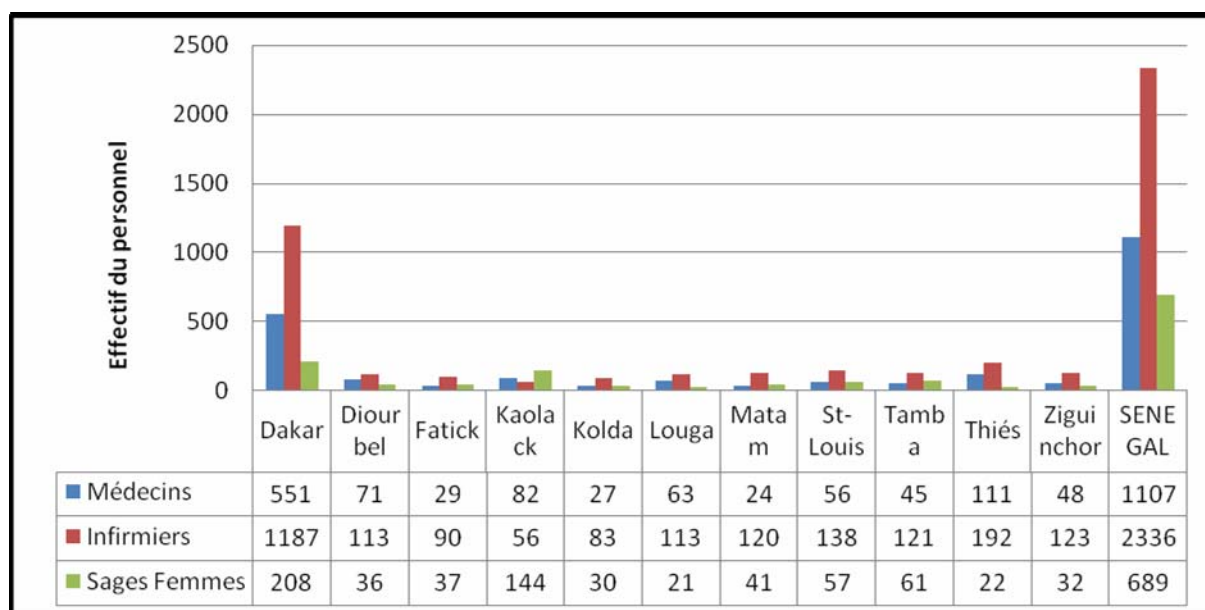
établissements pour atteindre les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il est à noter que malgré un faible taux de couverture au niveau national, certaines régions ont satisfait les normes préconisées par l'OMS en termes de couverture en poste de santé. C'est le cas des régions de Fatick, Matam, Saint-Louis, Ziguinchor et Tambacounda qui ont une forte densité rurale.

### IV.2.3. LE PERSONNEL DE SANTE AU SENEGAL

La répartition du personnel de santé est inéquitable sur l'ensemble du territoire national. En effet, la région de Dakar polarise plus de la moitié des médecins et infirmiers ; elle bénéficie aussi du tiers de sages femmes d'Etat (SFE) que compte le pays.

Cette insuffisance d'effectif du personnel de santé dans les autres régions du pays explique leur faible taux de couverture en terme de personnel par population cible, en comparaison avec les normes internationales.

Graphique 4.3 : Répartition du personnel de santé selon la région en 2007



Source : ANSD et Annuaire santé 2007, SNIS, MSP

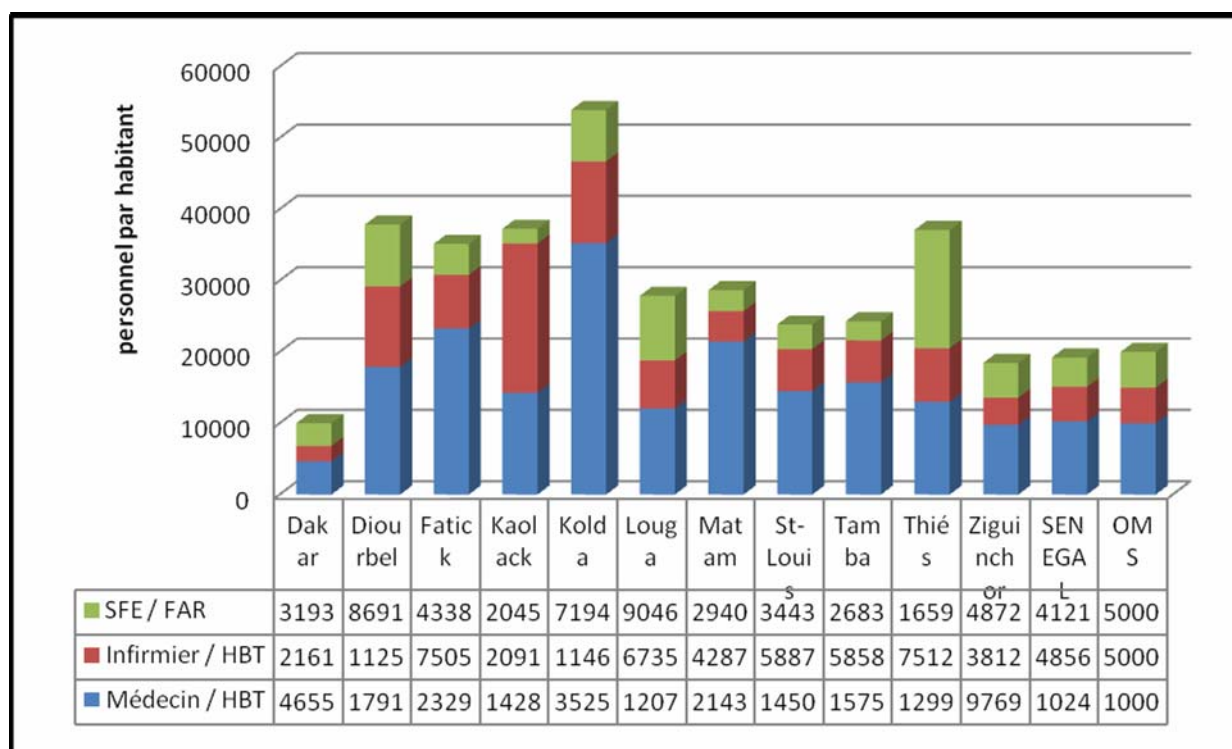
Le Sénégal compte actuellement 1107 médecins ; 2336 infirmiers ; 689 Sages femmes d'Etat ; 1161 aide infirmiers et 1463 Techniciens Supérieurs (TS).

### Couverture

La situation actuelle du Sénégal en termes de couverture en personnel de santé est satisfaisante si on la compare avec les normes internationales. La

désagrégation du ratio au niveau régional montre cependant que la situation est encore très loin d'être générale. Seules les régions de Dakar et Ziguinchor ont satisfait les normes si on compare leurs ratios de couverture à ceux préconisés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

**Graphique 4.4 : Répartition des ratios de couverture selon le type de personnel et la région, en comparaison avec les normes de l'OMS en 2007**



Sources : ANSD et Annuaire santé 2007, SNIS, MSP

### IV.3. LES ACTIVITES

Il ne s'agira pas dans cette section de présenter l'ensemble des activités menées par le Ministère de la Santé et de la Prévention durant l'année 2007. On a choisi de présenter, en référence avec les programmes de santé, des actions qui traduisent leur mise en œuvre et celles retenues comme indicateurs clés dans le DSRP.

#### IV.3.1. LES ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION

La sensibilisation joue un grand rôle dans la prévention et permet ainsi de diminuer considérablement les risques de maladies.

Les visites à domicile constituent pratiquement la moitié des activités de sensibilisation. Elles représentent 48,8% de ces activités. Les visites de proximité et les campagnes de proximité sont privilégiées dans la sensibilisation.

Le nombre de causeries effectuées pour les écoles paraissent faibles. Elles représentent, en effet, 0,5% des activités de sensibilisation. La spécificité et la tranche d'âge qui composent les écoles militent à développer ces causeries.

**Tableau 4. 3 : Répartition des activités de sensibilisation au niveau des districts selon les régions en 2007**

Activités de sensibilisation	DAKAR	DIOUR BEL	FATIC K	KAO LACK	KOL DA	LOUGA	MATA M	ST LOUIS	TAMB A	THIES	ZIG UIN	NATIO NAL
Nbre de causeries effectuées pour les ASC	1756	644	476	1323	0	575	0	0	1091	9486	9	15360
Nbre de causeries effectuées pour les GPF	3115	240	283	643	0	775	0	0	696	6472	25	12249
Nbre de causeries effectuées pour les CSA	0	71	77	239	0	0	0	0	452	668	0	1507
Nbre de causeries effectuées pour les Ecoles	0	45	45	222	0	159	0	0	251	28	7	757
Nbre de causeries effectuées pour les ONG	0	24	2	246	0	314	0	0	371	626	13	1716
Nbre de causeries effectuées pour les CS	0	34	130	1839	0	8822	3	0	590	47	22	11487
Autres causeries effectuées	1386	866	1641	247	0	557	0	5411	1811	4926	22	16867
Nbre de mobilisations sociales effectuées	31	3	141	10566	0	3626	876	3410	60	69	3	18785
Nombre de visites à domicile	287	5254	3205	9231	0	12948	0	2431	2439	39314	6	75115

Source : Annuaire santé 2007, SNIS, MSP

### **IV.3.2. LES ACTIVITÉS DE CONSULTATION PRÉVENTIVE ET CURATIVE**

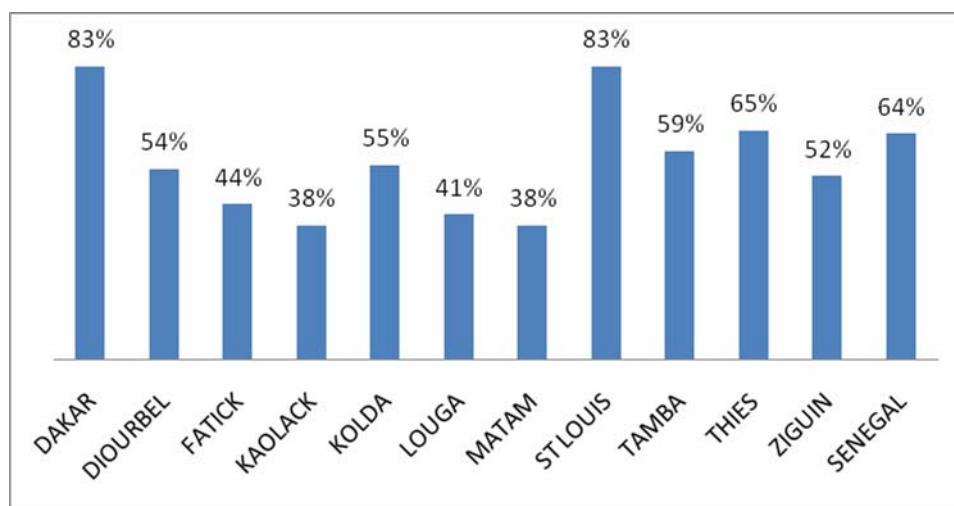
Les activités de consultation préventives et curatives renseignent sur l'accessibilité et la fréquentation des établissements de santé. La Consultation Primaire Globale (CPG) prend en compte la Consultation Primaire Curative (CPC) et la Consultation Préventive (CPG=CPC+CP).

Au niveau national, 64% de la population cible ont été consultés comme le montre le graphique suivant. Les meilleurs taux de couverture sont ceux de Dakar et St Louis avec 83%. Cette situation ne s'explique pas pour autant par le nombre d'établissements de santé car la région Thiès en dispose plus que St Louis (Cf. Annuaire santé 2007). Elle s'explique par les consultations préventives qui sont plus développées à St Louis. Le taux de couverture en CPC à Thiès est de 41% contre 37% à St Louis.

Les consultations préventives gagneraient à être développées dans la région de Thiès et dans tout le pays car il est établi qu'on fréquente les établissements sanitaires plus pour des soins curatifs.



**Graphique 4.5 : Taux de couverture en CPG selon les régions en 2007**



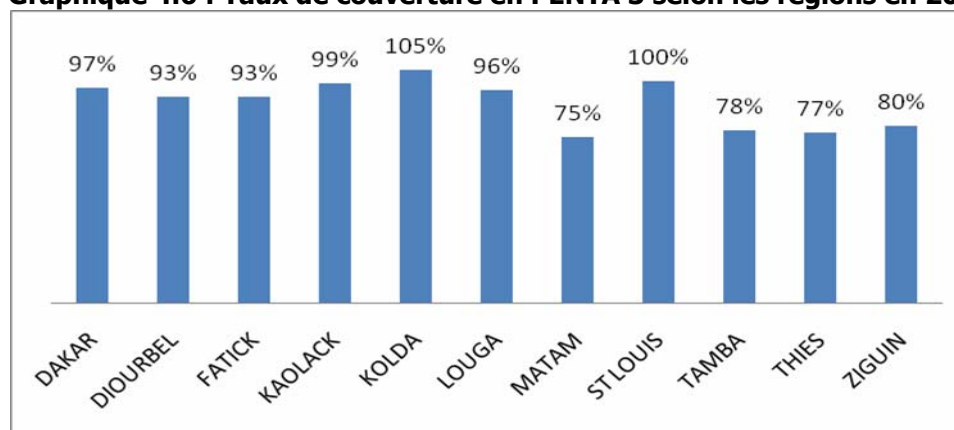
Source : Annuaire santé 2007, SNIS, MSP

### IV.3.3. LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION EN PENTAVALENT 3

Le Taux de couverture en PENTA3 (ou DTC3) fait partie des indicateurs clés du DSRP. A ce titre, les performances en matière de couverture en DTC3 sont suivies annuellement lors de la revue du DSRP. Le DTC3 est un vaccin qui lutte contre la **D**iphtérie, le **T**étanos et la **C**oqueluche.

La cible inscrite dans le DSRP pour cette année 2007 est un taux de couverture de 80%. Les résultats en 2007 ont été satisfaisants puisqu'on est à un taux de couverture de 94,6% au niveau national. Cependant trois (3) régions (Matam, Tambacounda, Thiès) doivent faire des efforts pour atteindre cet objectif.

**Graphique 4.6 : Taux de couverture en PENTA 3 selon les régions en 2007**

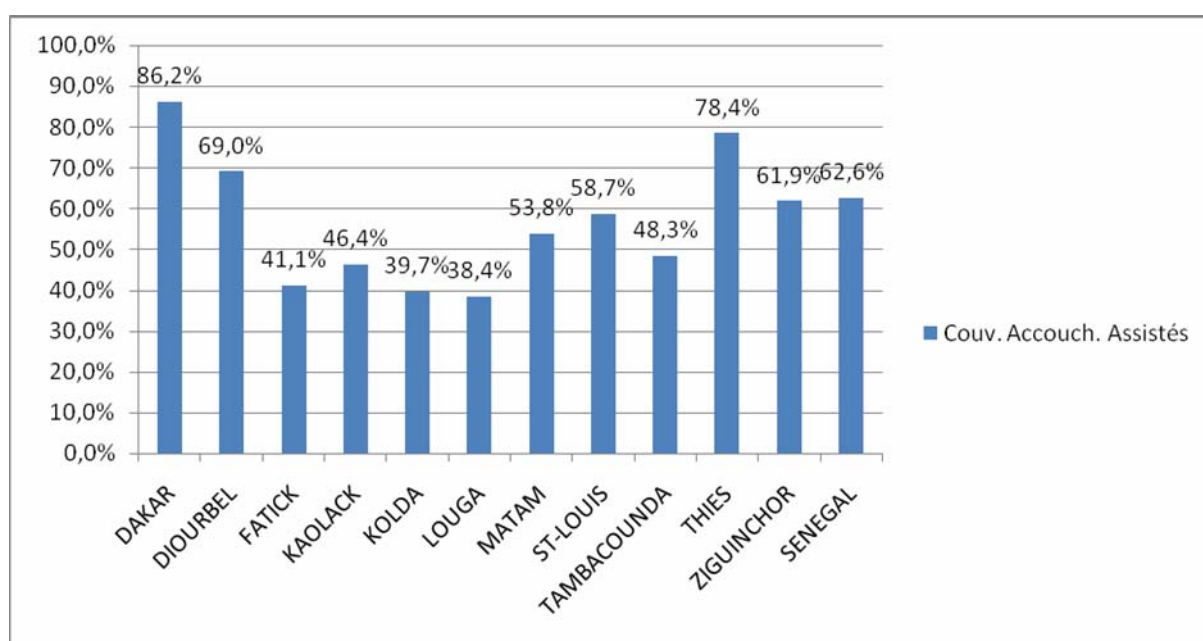


Source : Annuaire santé 2007, SNIS, MSP

### IV.3.4. LA COUVERTURE EN ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS

La proportion d'accouchements assistés en 2007 est de 62,6% au Sénégal alors que l'objectif fixé dans le DSRP est de 65%. Cette contre performance est sans doute due à la faiblesse des taux de couverture de la quasi-totalité des régions (Cf. graphique 4.7). Seules les régions de Dakar, Diourbel et Thiès avec respectivement des proportions de 86,2% ; 69% et 78,4% ont atteint les normes préconisées dans le DSRP, comme l'atteste le graphique suivant. Des efforts importants doivent être faits pour améliorer ces proportions qui restent généralement faible au niveau national.

**Graphique 4.7 : Taux de couverture en accouchements assistés selon les régions en 2007**



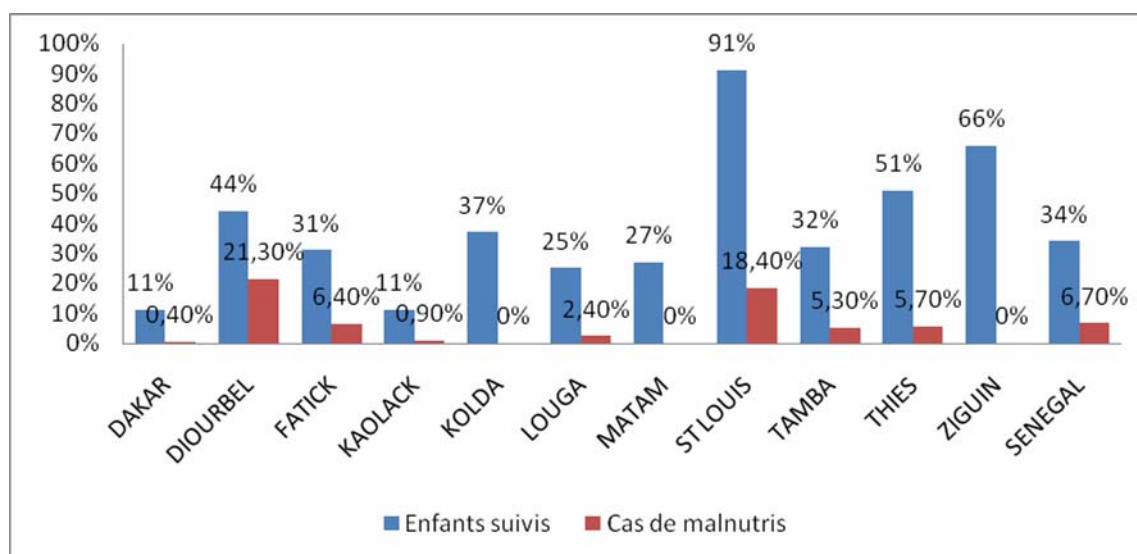
Sources : Annuaire santé et Rapport de performances CDSMT-santé 2007, SNIS, MSP

### IV.3.5. LES ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE

L'indicateur retenu dans le DSRP est la prévalence de l'insuffisance pondérale avec un taux de 14%. En 2007, cet objectif a été atteint avec un taux qui s'établit à 5,8%. Cette performance est imputable à l'efficacité des activités de surveillance nutritionnelle.

C'est à St Louis que l'activité de surveillance nutritionnelle a été plus intense avec 91% des enfants suivis. Cette situation s'explique par le nombre important de malnutris (18,4%) parmi les suivis. En effet, c'est dans cette région que l'on constate la proportion de cas de malnutris la plus importante parmi les enfants après celui de Diourbel (21,3%) comme le montre le graphique 4.8 suivant.

**Graphique 4.8 : Pourcentage d'enfants malnutris parmi les enfants vus selon la région en 2007**



Source : Annuaire santé et Rapport de performances CDSMT-santé 2007, SNIS, MSP

#### IV.4. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

L'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS) de 2005 a pour sa part cherché à mesurer la morbidité auprès des populations par une question relative aux problèmes de santé rencontrés au cours des quatre (4) dernières semaines ayant précédé l'enquête. Même si les résultats de cette enquête demeurent encore valables, la période de référence (4 semaines) ne permet pas d'étendre les résultats et de déterminer l'état de santé véritable des Sénégalais durant l'année.

Pour cette édition 2007 de la « Situation Economique et Sociale du Sénégal », nous allons nous contenter de présenter les maladies les plus fréquentes et celles qui tuent le plus de Sénégalais.

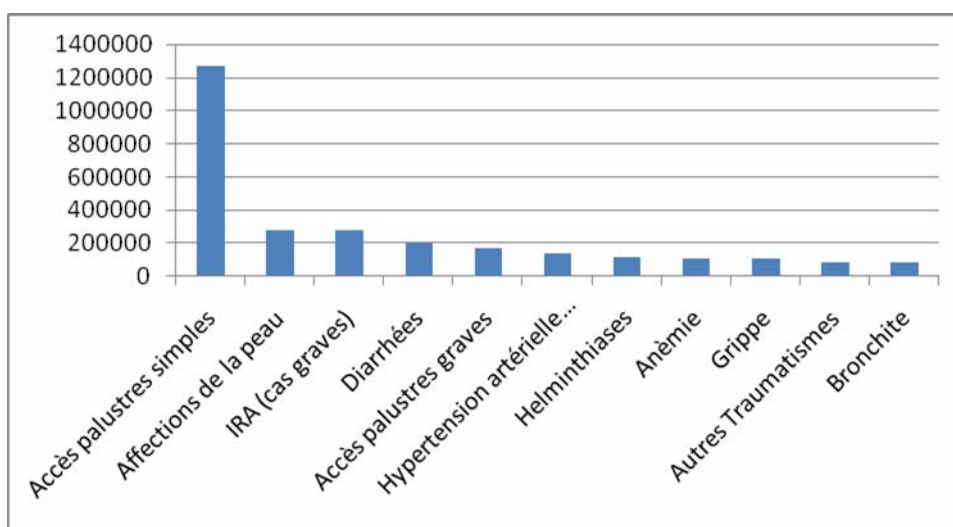
##### IV.4.1. LA MORBIDITE

La maladie qui touche de loin le plus grand nombre de Sénégalais est le paludisme comme l'atteste le graphique suivant. En effet, on a recensé 1 439 658 cas, soit un pourcentage de 50,83% des dix (10) principales affections au Sénégal. Ensuite, viennent dans l'ordre les affections de peau (281 109 cas), les cas graves d'Infections Respiratoires Aigues (275 672) et les cas de diarrhées (199 362).

On constate ainsi, la place qu'a le paludisme dans la détermination de l'état de santé de la population. De ce fait, une attention doit lui être accordée dans les

politiques et programmes de l'Etat, même si cette maladie dispose d'un programme spécifique.

**Graphique 4.9 : Les dix (10) premières maladies les plus fréquentes au Sénégal en 2007**



Source : Annuaire santé 2007, SNIS, MSP

NB : On a considéré l'accès palustre simple et grave comme une seule maladie.

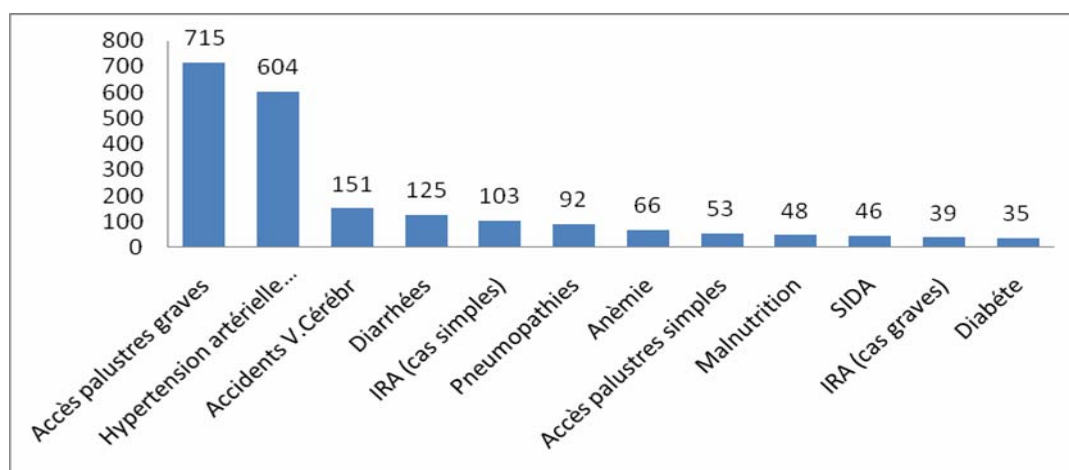
#### IV.4.2. LA MORTALITE

Les principales causes de mortalité recensées auprès des districts sanitaires sont présentées dans le graphique suivant.

Les principales maladies causes de mortalité recensées auprès des districts sanitaires de santé du Sénégal sont dans l'ordre : l'accès palustre grave avec 715 cas et l'hypertension artérielle avec 604 cas. Ces deux maladies à elles seules représentent 63,50% des dix premières causes de mortalité constatées auprès des districts sanitaires au Sénégal. Ensuite, viennent dans l'ordre les accidents vasculaires cérébraux et les cas de décès dus aux diarrhées. (Cf. graphique 4.10).

Il convient cependant de signaler que le sida a plus tué que le diabète durant l'année 2007 avec 46 cas de décès de sidéens contre 35 cas de décès dus au diabète.

**Graphique 4.10 : Les dix (10) premières causes de mortalité constatées dans les districts sanitaires du Sénégal**



Source : Annuaire santé 2007, SNIS, MSP

## Conclusion

Au terme de cette étude portant sur la situation du secteur de la santé en 2007, un certain nombre d'éléments caractéristiques de ce secteur a pu être dégagé.

Le PNDS qui prend fin cette année, en s'appliquant sur une approche programme, a décliné les grandes orientations de la politique sanitaire au cours de ces dix (10) dernières années. La plus part de ces programmes ont eu des résultats probants ; ce qui milite à les reconduire et même à les renforcer dans le prochain PNDS qui est en cours de finalisation. Les erreurs et les difficultés qu'ont connues ces programmes pourront, après un diagnostic objectif, être évitées dans ce futur plan.

Le taux de couverture en CPC est de 44,6%, alors que l'objectif fixé était de 56% dans le DSRP. Le niveau de consultation des soins primaires demeure faible. Il est en de même des soins préventifs. Dans le prochain PNDS, une attention particulière doit être axée sur le taux de couverture des soins primaires curatifs (CPC) et préventifs (CP).

Le Sénégal a réalisé son objectif d'allouer plus de 9% de son budget au secteur de la santé ; la part de la santé dans le budget est en effet de 10,4% en 2007. Mais vu l'ampleur des sollicitations tant en infrastructures et personnel de santé qu'en soins curatifs et préventifs, cet effort doit être maintenu et même augmenté pour permettre aux populations d'accéder aux soins de santé de base.