

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 2010

DECEMBRE 2011

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
Coordonnateur de la Cellule de Programmation, d'Harmonisation, de Coordination Statistique et de Coopération Internationale	Bineta Mbow GUISSÉ

COMITE DE LECTURE ET DE CORRECTION

Hamidou BA, Abdoulaye TALL, 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
4. EMPLOI	Macoumba DIOUF & Marième FALL
5. SANTE	Nalar K. Serge MANEL & Abdou GUEYE
6. JUSTICE	Jean Pierre Diamane BAHOM
7. ASSISTANCE SOCIALE	Ndèye Aïda FAYE
8. EAU ET ASSAINISSEMENT	Samba NDIAYE
9. AGRICULTURE	Moussa THIAM & Fodé DIEME
10. ENVIRONNEMENT	Mamadou FAYE
11. ELEVAGE	Madiaw DIBO
12. PECHE MARITIME	Astou DAKONO
13. TRANSPORT	Ousmane DIOP
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	Baba NDIAYE
21. 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

Cette édition de la « Situation Economique et Sociale du Sénégal » propose une analyse synoptique du secteur et de l'état de santé de la population en se basant sur les résultats du « Rapport de performances du Cadre de dépenses sectorielles à moyen et long terme (CDSMT) » ainsi que sur les résultats provisoires de la cinquième Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples (EDSV-MICS) du Sénégal réalisée entre octobre 2010 et avril 2011.

En effet, l'Agence nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) a réalisé L'EDSV-MICS qui a pour objectifs, entre autres, de collecter et d'analyser des données sur la fécondité, les méthodes contraceptives utilisées, l'état de santé de la population avec un accent particulier sur celui de la mère et de l'enfant, la prévalence du VIH et le traitement de certaines maladies.

Avant la présentation des résultats provisoires de l'EDSV-MICS, une analyse du personnel et des infrastructures de santé mobilisés pour répondre à la demande de soin de santé de la population est faite ainsi que le suivi des indicateurs clés de santé du Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) ; lesquels indicateurs permettent d'apprécier le niveau de réalisation des engagements pris par le Gouvernement du Sénégal.

V.1. PERSONNEL ET INFRASTRUCTURES DE SANTE

En 2010, selon le « Rapport de performances du CDSMT 2010 », le système de santé sénégalais est composé des structures publiques suivantes :

- quatorze (14) régions médicales ;
- vingt-deux (22) hôpitaux, dont vingt (20) fonctionnels ;
- soixante-quatorze (74) centres de santé ;
- mille deux cent quarante cinq (1245) postes de santé ;
- cent vingt neuf (129) maternités ;
- deux mille quatre-vingt-dix-huit (2098) cases de santé
- et 6 établissements publics de santé non hospitaliers.

Outre ces structures publiques, le système de santé sénégalais comprend 555 cabinets médicaux privés, 37 cliniques privées, 570 cabinets para médicaux privés, 23 structures d'entreprise et 72 postes de santé privés à but non lucratif.

Conformément aux recommandations du PNDS-II en matière de couverture en personnel de santé, le Sénégal a encore des efforts à faire pour leur atteinte comme il apparaît dans le tableau 1 suivant.

Tableau 5.1 : Indicateurs clés du Programme pour 2010

Indicateurs de performance	Norme PNDS	Niveau atteint en 2010	Taux de couverture
Ratio médecin/population	1 / 15 000	1 / 15 320	98%
Ratio infirmier/population	1 / 3 000	1 / 5 982	50%
Ratio SFE/FAR	1 / 2 000	1 / 3 414	59%
Ratio TSS/population	1 / 16 526	1 / 17 626	94%

Note :
SFE : Sage femme d'Etat
FAR : Femme en âge de reproduction (15-49 ans)
TSS : Technicien supérieur de la santé

Source : MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009

V.2. SUIVI DES INDICATEURS CLES DE SANTE

Les indicateurs clés de santé sont ceux pour lesquels le Gouvernement sénégalais s'est engagé auprès des partenaires techniques et financiers pour une revue annuelle. Par ailleurs, le suivi de ces indicateurs définis dans le Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) permet d'apprécier les efforts faits par le Gouvernement pour le respect de ses engagements ainsi que les exigences minimums en matière de santé publique.

L'examen des résultats du tableau 2 montre que le secteur de la santé au Sénégal, hormis le niveau de prévalence du VIH dans la population globale, n'a pas atteint les objectifs fixés dans le DSRP. En effet, le taux de prévalence est de 0,7% alors que la cible était de 1,5%. Une analyse de la prévalence du VIH est faite au chapitre III avec les résultats de l'EDSV-MICS.

La non disponibilité des résultats concernant le taux de consultation primaire globale et la proportion des accouchements assistés par du personnel formé sera résolu avec la production de l'annuaire de santé de 2010 qui est en cours de finalisation. Cependant, les résultats de l'EDSV-MICS montrent que 65% des accouchements ont bénéficié de l'assistance d'un personnel de santé.

Le budget de la santé reste un goulot d'étranglement aux performances du secteur de la santé. En effet, depuis 2008, le budget de la santé n'a jamais atteint les 10% du budget national tel qu'il a été préconisé dans le DSRP et le PNDS.

Tableau 5.2 : Evolution des indicateurs clés de santé

Indicateurs	Résultats 2008	Résultats 2009	Cible 2010	Résultats 2010
CPG (Consultation primaire globale).	56,7%	57%	65%	ND
Taux de couverture PENTA3 (ou DTC3).	88%	86 %	85%	82,6 % *****
Proportion d'accouchements assistés par du personnel formé	43,6%	47,8%	70%	65%*****
Prévalence VIH dans la population générale	1,5%	1,5%	1,5%	0,7%*****
Prévalence de l'insuffisance pondérale	16%	9%	13%	8%****
Part de la santé dans le budget de l'Etat*** (fonctionnement+Investissement) hors dette	8,04%	8,04%	12%	7,73%

Note :

* 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 pas en compte les crédits alloués aux autres ministères pour la santé.

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

***** : Résultat de l'EDSV-MICS

Sources : Annuaire Statistique/MSP, PNLs, DAGE, CDSMT 2010-2012, PRN

V.3. PRESENTATION DES RESULTATS PROVISOIRES DE L'EDSV-MICS

Cette partie présente quelques résultats préliminaires de la cinquième Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDSV-MICS), exécutée d'octobre 2010 à avril 2011 par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). L'objectif de l'EDSV-MICS est de collecter, d'analyser et de diffuser des données démographiques portant, en particulier, sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, et le VIH.

Cette édition de la Situation Economique et Sociale (SES) du Sénégal présente des indicateurs essentiels permettant d'avoir une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en 2010. Les indicateurs produits au niveau national ont le plus souvent été déclinés selon le milieu de résidence, le sexe, l'âge, et le niveau d'études. De même, les disparités régionales ont été examinées.

V.3.1. INDICATEURS DU PALUDISME

La prophylaxie (prévention) du paludisme repose sur deux types de mesures : un ensemble de précautions visant à limiter les risques d'infections et la prise préventive de certains médicaments. La moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) reste l'un des moyens de prévention les plus efficaces.

En général, les femmes enceintes sont relativement plus nombreuses à avoir dormi sous une moustiquaire. Par exemple, dans les ménages disposant d'au moins une MII, 54% des femmes enceintes (contre 50% d'enfants de moins de 5 ans) ont dormi sous une moustiquaire de ce type.

De façon générale, les populations rurales sont légèrement plus nombreuses à dormir sous une moustiquaire. Cependant, dans les ménages disposant d'au moins une MII, cette tendance est inversée : 62% des femmes enceintes et 52% d'enfants de moins de 5 ans vivant dans les ménages possédant au moins une MII, ont dormi sous une MII en milieu urbain contre 50% et 49% respectivement pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans en milieu rural.

Le tableau 3 montre que 88% des femmes enceintes ont pris des médicaments antipaludiques à titre préventif au cours de la dernière grossesse survenue au cours des deux années ayant précédé l'enquête. En accord avec les directives de la politique de Traitement Préventif Intermittent (TPI), 39% des femmes enceintes ont reçu le traitement préventif intermittent (TPI) pendant une visite prénatale de routine.

Le tableau 3 montre, en outre, que parmi les enfants de moins de cinq ans, plus de deux sur dix (23%) ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain (28%) qu'en milieu rural (19%). Parmi les enfants ayant eu de la fièvre, 6% ont été traités avec des antipaludiques de façon précoce, dont seulement 2% avec des combinaisons antipaludiques (CTA). Moins de 1% (0.9%) des mères de ces enfants avaient reçu un TPI au cours d'une visite prénatale.

Tableau 5.3 : Répartition des traitements et modes préventifs du paludisme selon le milieu de résidence au Sénégal

Indicateur du paludisme	Urbain	Rural	Ensemble
	%	%	%
Moustiquaires			
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	37,1	44,8	41,9
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	40,1	45,3	43,3
Traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse			
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a pris des antipaludéens à titre préventif au cours de la grossesse	93,4	84,6	87,9
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a reçu un Traitement Préventif Intermittent (TPI) au cours d'une visite prénatale ²	45,5	34,5	38,6
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris le même jour/jour suivant l'apparition de la fièvre:			
Un antipaludéen quelconque	7,6	4,5	6,0
SP/Fansidar	0,8	0,5	0,6
ACT	1,1	1,1	1,1
Amodiaquine	1,4	1,5	1,4
Quinine	0,3	0,8	0,5
Combinaison avec artémisinine	3,4	0,3	1,9
Autre antipaludéen	2,0	0,5	1,2
Note :			
¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est soit une moustiquaire pré-imprégnée permanente qui ne demande aucun traitement, soit une moustiquaire pré-imprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.			
² Le Traitement Préventif Intermittent consiste à administrer, de manière préventive, deux doses de SP/Fansidar au cours des visites prénatales.			

Source : Rapport préliminaire de l'EDSV-MICS 2010-2011, ANSD

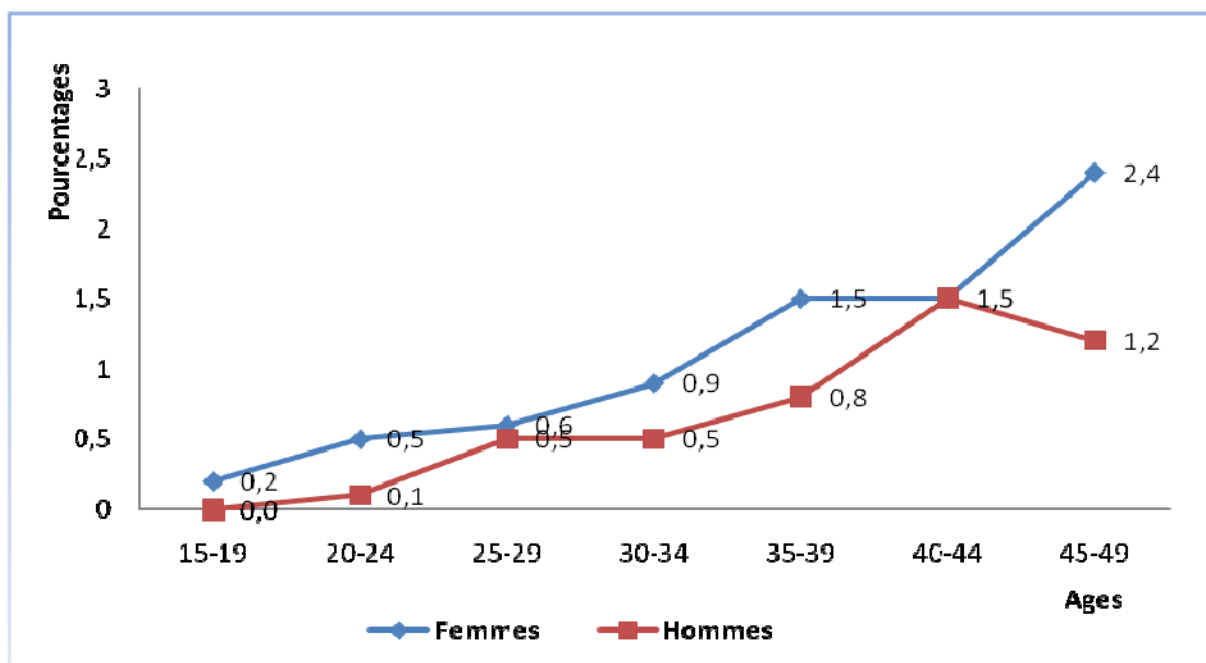
V.3.2. PREVALENCE DU VIH/SIDA

Les résultats de l'EDSV-MICS 2010/2011 montrent que la prévalence du VIH/sida chez les adultes âgés de 15-49 ans est de 0,7 %. Le taux de séroprévalence chez les

femmes de 15-49 ans est estimé à 0,8 % et il est supérieur à celui observé chez les hommes du même groupe d'âges qui est de 0,5 %. Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,6 ; autrement dit il y a 160 femmes infectées pour 100 hommes. Ce ratio est inférieur à celui de l'EDS de 2005 qui était de 2,25. En fait, la prévalence a baissé (0,9 % en 2005) chez les femmes et a augmenté chez les hommes (0,4 % en 2005).

La séroprévalence augmente légèrement avec l'âge. Elle est plus importante entre 40 et 49 ans (1,5 % pour les personnes de 40-44 ans et 1,9 % de celles 45-49 ans). C'est parmi les enquêtés de 15-19 ans que l'on observe le niveau le plus faible. Comme observé dans d'autres études, les variations de la prévalence selon l'âge diffèrent selon le sexe. Le graphique 1 illustre ces différentiels. Dès l'âge de 15-19 ans, 0,2 % des femmes sont séropositives ; ce taux augmente très rapidement pour atteindre un maximum de 1,5 % à 25-29 ans. Ce taux de prévalence est resté constant jusqu'à la période 35-39 ans avant de remonter à 2,4 % parmi celles de 45-49 ans. Chez les hommes, les taux de prévalence les plus élevés sont observés parmi ceux de 40-44 ans (1,5 %) et de 30-34 ans (1,2 %).

Graphique 5.1: Prévalence du VIH par sexe et par âge



Source : Rapport préliminaire de l'EDSV-MICS 2010-2011, ANSD

L'analyse de la prévalence du VIH entre les régions met en évidence de nettes disparités. Les femmes des régions de Kédougou (2,5 %) et de Kolda (2,4 %) ont des taux de séroprévalence nettement plus élevés que les autres. Chez les hommes, ces

deux mêmes régions présentent les taux de séroprévalence les plus élevés (Kédougou (1,7 %) et Kolda (2,4 %) ; les régions de Diourbel et Louga ayant les taux les plus faibles (moins de 0,2%).

V.3.3. SOINS PRENATALS ET ACCOUCHEMENT

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.

Dans l'ensemble (Tableau 4), 93% des femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente. La couverture des soins prénatals est quasi complète pour Dakar (98%) et Thiès (99%). La consultation prénatale par un agent de santé est influencée par le niveau d'instruction de la mère.

La couverture vaccinale des femmes enceintes contre le tétanos est relativement élevée : près de 7 femmes sur 10 ont reçu au moins une injection antitétanique au cours de la grossesse de leur dernier enfant. Par ailleurs, les nouveau-nés des mères résidant en milieu urbain (66%) sont relativement mieux protégés que ceux du milieu rural (61%). La couverture en injection de l'anatoxine antitétanique (VAT) varie également selon les régions. Elle atteint ou dépasse même 70% dans les régions de Kaolack (76%), Thiès (72%), et Sédhiou (77%). Tambacounda avec 44,5% apparaît comme la région la moins couverte. La proportion des nouveau-nés protégés augmente légèrement avec le niveau d'instruction. En effet, elle est passée de 62% quand la mère n'a aucune instruction à 68% quand elle a atteint le niveau moyen ou plus.

L'EDSV-MICS 2010-2011 révèle que 73% des accouchements des enfants nés au cours des 5 dernières années ont eu lieu dans une formation sanitaire. Les écarts entre les villes et les campagnes sont très importants : en milieu urbain, 93% des accouchements ont eu lieu en formation sanitaire contre seulement 60% en milieu rural. Les différences inter régionales sont également très importantes. La région de Dakar se démarque avec 96% ; elle est suivie par Ziguinchor (90%) et Thiès (89%). Kédougou (32%) et Kolda (43%) sont les régions les moins favorisées. Enfin, le niveau d'instruction est très positivement associé à la fréquence de l'accouchement en établissement sanitaire : de 66% chez les femmes non scolarisées, le pourcentage passe à 87% chez les femmes de niveau primaire et 94% chez celles ayant un niveau moyen ou plus.

Tableau 5.4 : Indicateurs de santé maternelle

Caractéristique sociodémographique	Effectif des naissances	% de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé ¹	% de femmes dont la naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²	% de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé	% de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé
Milieu de résidence					
Urbain	4 399	98,5	65,6	90,7	93,1
Rural	7 080	89,7	60,9	49,2	60,2
Région					
Dakar	2 280	99,3	63,5	95,0	96,2
Ziguinchor	367	95,1	71,5	67,3	90,2
Diourbel	1 417	93,3	55,6	68,5	77,7
Saint-Louis	750	92,4	58,3	68,8	71,4
Tambacounda	634	79,0	44,5	32,4	45,1
Kaolack	997	95,0	75,7	49,3	65,7
Thiès	1 376	98,9	72,4	85,3	88,9
Louga	799	94,0	59,2	63,3	70,9
Fatick	654	94,6	49,9	52,9	65,4
Kolda	653	88,0	60,6	33,3	42,6
Matam	493	83,0	58,3	45,8	54,1
Kaffrine	532	83,5	68,0	44,0	49,2
Kédougou	108	82,9	56,0	25,4	32,4
Sédhiou	418	89,0	77,2	34,9	47,0
Niveau d'instruction de la mère³					
Aucun	8 187	91,4	61,6	58,2	66,4
Elémentaire	2 343	97,5	64,5	80,0	86,8
Moyen/secondaire ou plus	949	98,1	67,6	87,8	94,0
Ensemble	11 479	93,3	62,8	65,1	72,8

Note :

¹ Les médecins, les infirmières, les sages-femmes ou les sages-femmes auxiliaires sont considérés ici comme des prestataires formés.

² Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante

Source : Rapport préliminaire de l'EDSV-MICS 2010-2011, ANSD

V.3.4. VACCINATION DES ENFANTS

Dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le Ministère chargé de la santé et conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est considéré comme complètement vacciné s'il a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTCoq (**incorporées dans le Pentavalent**) contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. D'après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations devraient être administrées à l'enfant au cours de sa première année de vie. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âge auquel ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV. Il faut noter qu'en plus du DTCoq, le Pentavalent (PENTA3) comprend l'hépatite B et l'hémophilus influenza B.

La couverture vaccinale s'est améliorée au Sénégal, bien qu'elle reste encore relativement faible : Seuls 63% des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 3% n'ont reçu aucun vaccin.

La couverture vaccinale complète varie énormément d'une région à une autre. Dans deux régions, Fatick (70%) et Ziguinchor (76%), elle atteint ou dépasse 70% des enfants de 12-23 mois. Les régions de Kédougou (40%) et Tambacounda (47%) sont les moins couvertes. Il apparaît aussi que dans la région de Matam, 10% des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin. L'éducation a aussi un effet très positif sur la couverture vaccinale : de 61% chez les femmes non scolarisées, le taux de la couverture complète passe à 64% chez les femmes ayant un niveau primaire et 76% chez celles de niveau moyen ou plus. Les mêmes types de variations sont observés pour les différentes doses de tous les antigènes.

Tableau 5.5 : Répartition de la couverture vaccinale selon le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction.

Caractéristique sociodémographique	Tous les vaccins	Aucun vaccin	Pourcentage ayant présenté un carnet de vaccination	Effectif d'enfants
Milieu de résidence				
Urbain	63,1	2,2	65,1	849
Rural	62,7	3,6	67,3	1350
Région				
Dakar	64,3	2,8	66,7	416
Ziguinchor	75,5	0,0	67,6	77
Diourbel	63,7	5,2	68,7	272
Saint-Louis	55,6	2,3	64,2	149
Tambacounda	47,1	4,2	55,3	113
Kaolack	65,7	1,0	66,8	184
Thiès	66,9	0,0	70,8	273
Louga	63,4	5,8	61,0	153
Fatick	70,2	2,8	78,8	132
Kolda	60,1	4,3	60,7	118
Matam	52,8	10,1	60,6	96
Kaffrine	59,3	2,0	66,2	104
Kédougou	40,4	3,7	57,4	22
Sedhiou	68,3	1,5	68,3	89
Niveau d'instruction				
Aucun	60,8	4,3	64,7	1510
Elémentaire	64,4	0,5	68,4	515
Moyen/secondaire ou plus	76,1	0,0	75,4	174
Ensemble	62,8	3,1	66,4	2199

Source : Rapport préliminaire de l'EDSV-MICS 2010-2011, ANSD

V.3.5. PREVALENCE ET TRAITEMENT DES MALADIES DE L'ENFANCE

Les infections respiratoires aiguës (IRA), le paludisme et la déshydratation induite par des diarrhées sévères constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une attention médicale prompte et appropriée, chaque fois qu'un enfant présente les symptômes de ces maladies, est cruciale et déterminante dans la réduction de la mortalité infantile.

Dans l'ensemble, 5% des enfants ont présenté des symptômes d'IRA et 23% des symptômes de fièvre. Parmi les enfants qui ont eu une IRA et/ou de la fièvre au cours des deux semaines avant l'enquête, un traitement médical a été recherché auprès d'un service de santé pour 50% d'entre eux (Tableau 6). Les enfants de moins de 6 mois (plus de 32%) ont bénéficié de moins d'attention que les autres (45 à 63%). Le milieu de résidence et le niveau d'instruction apparaissent comme des variables influençant la vaccination.

Tableau 5.6 : Répartition des symptômes et des traitements des maladies de l'enfant selon le groupe d'âge, le sexe, le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère.

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Enfants avec la fièvre		Enfants avec la diarrhée			
	% pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Effectif avec IRA	% pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Effectif avec la fièvre	% pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	% à qui on a donné une solution à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ³	% ayant été traité avec une TRO ⁴	Effectif avec la diarrhée
Groupe d'âges en mois								
<6	32,6	67	39,6	252	24,2	10,0	12,8	242
6-11	54,4	78	39,5	378	32,4	20,9	24,5	365
12-23	45,0	122	40,5	620	38,1	25,0	27,8	664
24-35	49,5	128	46,9	502	36,5	23,8	29,4	471
36-47	63,0	121	49,0	424	40,3	26,7	33,1	311
48-59	48,3	72	42,1	287	26,7	21,4	24,9	192
Sexe								
Masculin	51,5	332	43,8	1332	35,6	22,8	27,1	1180
Féminin	47,8	256	42,5	1131	33,7	22,0	25,9	1066
Milieu de résidence								
Urbain	60,5	310	49,6	1211	34,8	24,4	28,8	978
Rural	38,1	278	37,0	1252	34,6	20,9	24,7	1268
Niveau d'instruction de la mère³								
Aucun	43,1	360	39,6	1628	31,7	19,5	23,8	1567
Elémentaire	56,5	170	48,0	590	37,4	26,8	29,8	511
Moyen/secondaire ou plus	72,4	59	55,5	245	54,0	35,9	41,6	168
Ensemble	49,9	589	43,2	2463	34,7	22,4	26,5	2246

Note :

¹ Les symptômes d'IRA (toux accompagnée d'une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou à des difficultés respiratoires associés à des problèmes de congestion dans la poitrine) sont considérés comme des indicateurs de la pneumonie

² Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels

³ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et les liquides SRO pré-conditionnés

⁴ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO), les liquides SRO pré-conditionnés et les solutions maison recommandées.

Source : Rapport préliminaire de l'EDSV-MICS 2010-2011, ANSD

Par ailleurs, 21% des enfants ont souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines avant l'enquête. Un traitement médical a été recherché auprès d'un service de santé pour seulement 35% de ces enfants. De plus, 22% ont reçu une solution de Sel de Réhydratation Orale (SRO) alors que 27% ont reçu une Thérapie de

Réhydratation Orale (TRO). Autrement dit, même si en cas d'épisode diarrhéique, les enfants ne sont pas souvent conduits à une structure de santé, ils bénéficient à domicile d'un traitement approprié de TRO dans seulement moins de 30% des cas.

À l'inverse des SRO dont la fréquence a augmenté par rapport à 2005 (15% à 22%), on note ici une diminution importante dans le recours à la TRO par rapport à 2005 qui est passé de 53% à 27%. L'utilisation de la SRO et de la TRO est faible dans toutes les régions, la région de Ziguinchor ayant le pourcentage d'utilisation la plus élevée (36%) et la région de Diourbel, le pourcentage le plus bas (10%).

V.3.6. ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLEMENT

Le lait maternel est le premier élément d'alimentation et constitue la principale source de nutriments pour l'enfant. Les enfants allaités exclusivement ne reçoivent que le lait maternel. L'allaitement exclusif est recommandé par l'OMS et le Ministère chargé de la Santé pour les six premiers mois de vie parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires.

L'allaitement est presque universel au Sénégal et il y est par ailleurs prolongé. En effet, les résultats de l'enquête montrent que 98% des enfants de moins de six mois sont allaités, et de plus, 99% des enfants de 9 à 11 mois sont encore au sein. Toutefois, la recommandation d'allaitement exclusif n'est pas bien respectée. La proportion d'enfants de moins de six mois exclusivement allaités est faible: seulement deux enfants sur cinq (39%) sont sous allaitement exclusif. L'introduction d'autres liquides ou suppléments est précoce. Par exemple, chez les nouveau-nés de moins de deux mois, 35% reçoivent, en plus du sein, de l'eau (22%), un autre lait (5%) et d'autres liquides ou jus (3%), ou des suppléments solides ou semi-solides (5%). La recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de six mois semble donc être relativement respectée : 71% des enfants de 6 à 9 mois ont reçu un supplément de nourriture. En ce qui concerne l'utilisation du biberon, 6% des enfants de moins de 6 mois continuent à recevoir le biberon.

Tableau 5.7 : Répartition (en%) des enfants derniers-nés de moins de 2 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement

Groupe d'âges en mois	Non allaités	Exclusivement allaités	Allaités et eau seulement	Allaités et jus/liquides non lactés	Allaités et autre lait	Allaités et aliments de complément	Total
0-1	3,2	62,2	21,7	3,2	4,6	5,1	100,0
2-3	1,3	39,8	42,3	0,9	6,6	9,1	100,0
4-5	0,6	19,0	49,8	0,9	4,1	25,5	100,0
6-8	0,7	2,5	25,3	1,7	3,1	66,7	100,0
9-11	1,2	3,5	10,4	1,5	1,8	81,6	100,0
12-17	4,8	0,9	4,8	0,4	0,8	88,3	100,0
18-23	39,7	0,5	2,6	0,0	0,6	56,5	100,0
0-3	2,1	48,8	34,0	1,8	5,8	7,5	100,0
0-5	1,6	39,0	39,2	1,5	5,3	13,4	100,0
6-9	1,0	3,7	20,8	1,2	2,7	70,6	100,0
12-15	2,9	0,9	5,1	0,6	0,8	89,7	100,0
12-23	19,4	0,7	3,9	0,2	0,7	75,0	100,0
20-23	49,2	0,3	3,1	0,0	0,5	46,8	100,0

Note :

Les données sur l'allaitement se rapportent à une période de « 24 heures » (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories « Non allaités », « Allaités exclusivement », « Allaités et eau seulement », « Jus/liquides non lactés », « Autre lait », et « Aliments de complément » (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages égale 100%. Ainsi les enfants qui sont allaités et qui reçoivent des liquides non lactés et qui ne reçoivent pas d'autres laits et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « Liquides non lactés » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

Source : Rapport préliminaire de l'EDSV-MICS 2010-2011, ANSD

Conclusion

L'année 2010 marque la deuxième année d'exécution du deuxième Plan national de développement sanitaire (PNDS-II). Les normes définies dans ce PNDS-II qui s'inspirent essentiellement des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière de couverture en personnel de santé n'ont pas été atteintes même si le taux de couverture du ratio médecin/population est à 98%. Des informations sur la répartition des médecins entre les différentes zones du pays permettraient de mieux apprécier le niveau de couverture en personnel de santé.

Au Sénégal, on compte 1 infirmier pour 5 982 alors que la norme est de 1 infirmier pour 3 000 personnes. Une attention particulière doit être accordée à cette catégorie de personnel de santé dans les prochains recrutements du secteur de la santé si le Sénégal veut atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en 2015.

S'agissant de la lutte contre le paludisme, même si le niveau d'utilisation des moustiquaires reste faible dans l'ensemble (43,3%) le traitement préventif durant la grossesse atteint 87,9%. La non disponibilité des données des structures sanitaires limite notre analyse quant à la morbidité et la mortalité liées à cette maladie qui demeure celle qui sévit et tue le plus au Sénégal.

Le Sénégal a consacré 7,73% de son budget au secteur de la santé alors que le PNDS-II et le DSRP avaient fixé la cible à 12% en vue de l'atteinte des OMD d'ici 2015.