

ANSD

REPUBLIQUE DU SENEGAL

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DU PLAN

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

SITUATION ECONOMIQUE ET SOCIALE DU SENEGAL EN 2016

FEVRIER 2019

Directeur Général, Directeur de publication		Babacar NDIR
Directeur Général Adjoint		Allé Nar DIOP
Directeur des Statistiques Economiques et de la Comptabilité Nationale		Mbaye FAYE
Directeur des Statistiques Démographiques et Sociales		Papa Ibrahima Silmang SENE
Directeur du Management de l'Information Statistique		Mamadou NIANG
Conseiller du DG de l'ANSD et Président du Comité de lecture et de validation		Seckène SENE
Conseiller du DG chargé de l'action régionale		Mamadou DIENG

COMITE DE LECTURE ET DE VALIDATION (CLV)

Seckène SENE, Amadou FALL DIOUF, Mady DANSOKHO, Idrissa DIAGNE, Mamadou BALDE, Oumar SENE, Insa SADIO, Mamadou DIENG, Abdoulaye M. TALL, Mahmoud DIOUF, Mamadou AMOUZOU, Atoumane FALL, Ndeye Binta DIEME COLY, Awa CISSOKHO, Momath CISSE, Bintou DIACK, Nalar K. Serge MANEL, Adjibou Oppa BARRY, Ramlatou DIALLO, Djiby DIOP, Alain François DIATTA, El Hadj Malick GUEYE, Mamadou BAH.

COMITE DE REDACTION

AVANT-PROPOS	Seckène SENE
0. PRESENTATION DU PAYS	Djiby DIOP
1. ETAT ET STRUCTURE DE LA POPULATION	Khoudia WADE& Ami Colé CISSE
2. MIGRATION	Awa CISSOKO et Ndèye Lala TRAVARE
3. EDUCATION ET FORMATION	Alioune TAMBOURA & Fatimatou SY
4. EMPLOI	Tidiane CAMARA & Serge MANEL
5. SANTE	Khoudia WADE& Cheikh Ibrahima DIOP
6. JUSTICE	Maguette SARR & Boubacar DIOUF
7. ASSISTANCE SOCIALE	Fatimatou SY & Alioune TAMBOURA
8. EAU ET ASSAINISSEMENT	Ndeye Binta Diémé
9. AGRICULTURE	Kandé CISSE
10. ENVIRONNEMENT	Ndèye Khoudia Laye SEYE
11. ELEVAGE	Ndèye Khoudia Laye SEYE/Kandé CISSE
12. PÊCHE ET AQUACULTURE	Mouhamadou Bassirou DIOUF
13. TRANSPORT	Jean Paul Diagne
14. BTP	Bintou Diack LY/ Mamadou DAFPE
15. PRODUCTION INDUSTRIELLE	Mamadou THIOUB
16. INSTITUTIONS FINANCIERES	Ndèye LO & Malick DIOP
17. COMMERCE EXTERIEUR	El Hadj Oumar SENHOR
18. COMPTES ECONOMIQUES	Adama SECK & Khoudia Laye SEYE
19. PRIX A LA CONSOMMATION	El Hadji Malick CISSE & Baba NDIAYE
20. COÛT A LA CONSTRUCTION	Mor LÔ
21. FINANCES PUBLIQUES	Hamady DIALLO & Seynabou SARR & Madiaw DIBO
22. MINES ET CARRIERES	Wouddou Dème KEITA

AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE

Rocade Fann Bel-air Cerf-volant - 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

Améliorer la santé des hommes, des femmes et des enfants constitue un défi majeur de l'Etat du Sénégal particulièrement dans ses politiques et programmes. En effet, le Plan Sénégal émergent (PSE) de même que le présent Plan national de Développement sanitaire (PNDS 2009-2018), dont la première phase constituait le soubassement du Programme de Développement intégré de la Santé (1998-2002), illustrent l'intérêt accordé à ce secteur. En plus, l'importance de la santé figure en bonne place dans l'agenda international sur les Objectifs de Développement durable (ODD) avec comme objectif 3 consacré entièrement à la santé et le bien-être.

La politique de santé décrite dans la Constitution sénégalaise stipule en son article 17 que : « l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être ».

Ainsi, pour permettre à toute la population d'accéder à ce droit fondamental garanti par la Constitution, plusieurs programmes ont été élaborés et exécutés avec des objectifs et des cibles bien spécifiés.

Le présent chapitre fait l'économie des informations statistiques disponibles sur la situation du secteur de la santé. La première partie présente le système de santé du Sénégal, la deuxième fait état des ressources du secteur, la troisième présente les activités du secteur, la quatrième traite de l'état de santé de la population et enfin la cinquième partie est consacrée aux performances du secteur.

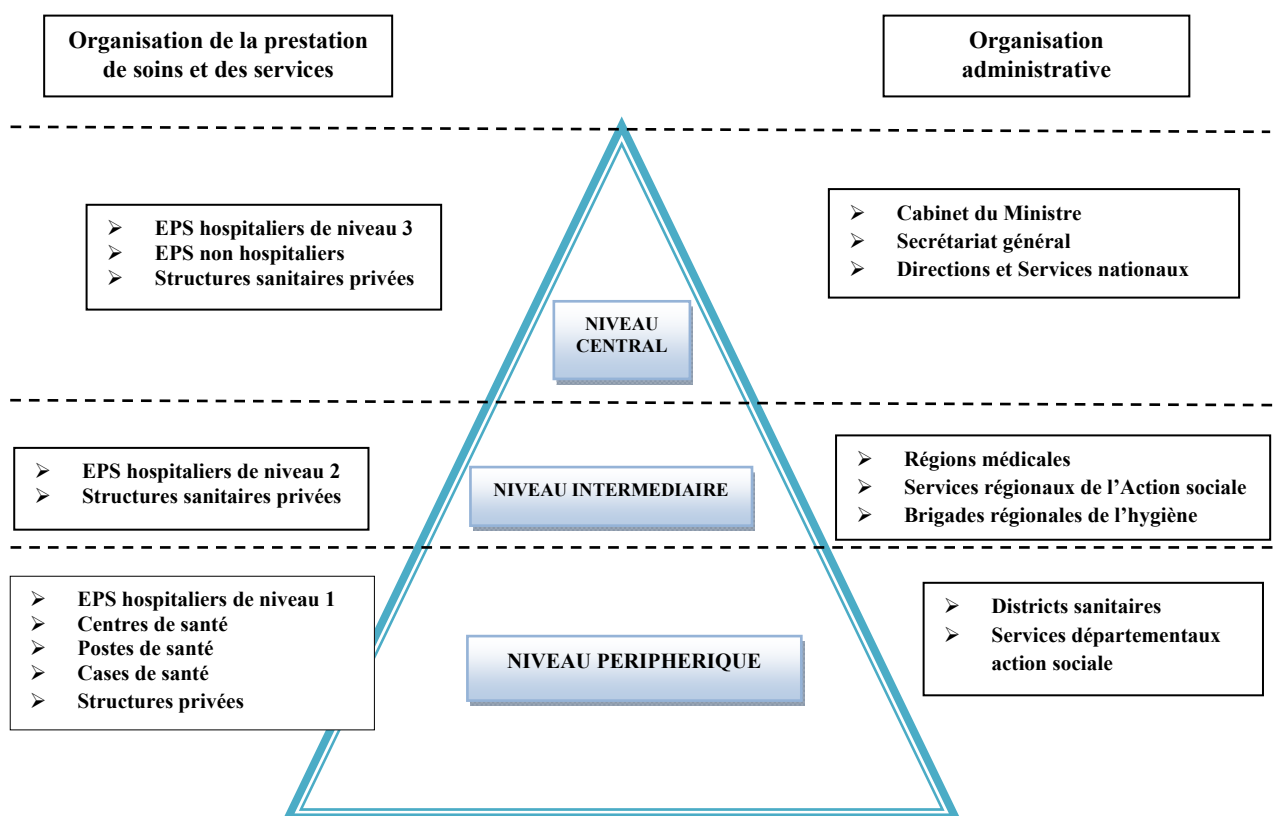
V.1. LE SYSTEME DE SANTE SENEGALAIS

V.1.1. ORGANISATION PYRAMIDALE DU SYSTEME

Le système de santé sénégalais est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central correspond au sommet de la pyramide. On y retrouve les services ministériels, les centres hospitaliers universitaires et les structures sanitaires privées. Le niveau intermédiaire fait référence à la région médicale et aux centres hospitaliers régionaux mais également aux brigades régionales de l'hygiène. La base de la structure pyramidale est constituée par les services départementaux de l'action sociale et les districts sanitaires dans lesquels se retrouvent les postes de santé, les centres de santé et les cases de santé.

Figure V.1: Pyramide sanitaire du Sénégal en 2016



Source : MSAS, Annuaire Statistique 2016

- Système d'information sanitaire (SIS)

Le SIS comporte plusieurs sous-systèmes gérés par plusieurs programmes et institutions. Les interrelations entre ces différents sous-systèmes vont déterminer la performance du SIS.

Au sein de la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS), se trouve la Division du Système d'Information sanitaire et sociale (DSIS) en charge de la gestion du système national d'information sanitaire et sociale. Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) assure la bonne fonctionnalité et l'efficacité dans l'articulation de ces trois niveaux pour une fourniture de services de santé de qualité.

V.1.2. LA POLITIQUE EN MATIERE DE SANTE ET LA SITUATION SANITAIRE

La politique de santé du Sénégal est définie dans le Plan national de Développement sanitaire (PNDS) pour la période allant de 2009 à 2018. La mise en œuvre du PNDS 2009-2018 poursuit les objectifs nationaux et internationaux en matière de santé et d'action sociale notamment. Il s'agit plus spécifiquement de :

- ✓ Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ;
- ✓ Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
- ✓ Renforcer durablement le système de santé ;
- ✓ Améliorer la gouvernance du secteur de la santé ;
- ✓ Améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables.

La vision de la politique de santé est bâtie au tour du principe 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. Dans cette optique, la prévention demeure l'option majeure.

Cette politique de santé s'articule autour de :

- L'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;
- L'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- La promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- La protection des groupes vulnérables ;
- Le renforcement du partenariat public-privé ;

- La promotion des activités multi sectorielles ;
- L'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- La culture de la Gestion axée sur les Résultats (GAR).

V.2. LES RESSOURCES DU SYSTEME

V.2.1. LES RESSOURCES HUMAINES

Au Sénégal, la répartition du personnel de la santé dans les régions révèle que Dakar concentre plus de professionnels de santé, comparé aux autres régions. Dans l'ensemble, 46% des professionnels de la santé se trouvent à Dakar, suivi de Thiès (10%) et Saint-Louis (6%). La région de Kédougou concentre seulement 1%, ce qui fait d'elle la région la moins dotée du pays. Par ailleurs, ces chiffres cachent des disparités en fonction du type de personnel. En effet, 29% des médecins généraux et 28% des sages d'Etat du pays sont à Dakar contre 2,2% et 2,8% à Kédougou. De même, 70% des pédiatres se trouvent à Dakar, au moment où il n'y a pas de médecin pédiatre à Kédougou.

Cette situation de Dakar est le corollaire de sa démographie qui à elle seule regroupe 23% de la population totale du pays, mais aussi de sa position stratégique en tant que pôle lucratif dans les dépenses de santé avec le plateau technique le plus relevé.

Tableau V-1: Répartition des ressources humaines par catégorie socio professionnelle selon la région

Catégories socio-professionnelles	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	Tambacounda	Thiès	Ziguinchor	Sénégal
Médecin généraliste	76	22	7	9	9	6	9	28	13	18	6	16	31	17	267
Gynécologue	55	8	2	2	2	0	2	0	2	4	1	2	9	2	91
Chirurgien généraliste	10	2	1	1	2	1	2	1	1	6	1	2	6	1	37
Chirurgien-dentiste	58	9	6	2	5	1	4	3	3	6	0	5	14	4	120
Autres chirurgiens	62	4	0	0	3	0	2	0	2	2	0	0	1	3	79
Pédiatre	59	3	1	1	1	0	1	1	0	3	0	1	9	4	84
Cardiologue	38	3	1	0	2	0	0	0	1	2	0	0	5	4	56
Urologue	14	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	17
Cancérologue	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rhumatologue	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Anesthésiste-réanimateur	32	3	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	8	2	49
Diabétologue	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2

Catégories socio-professionnelles	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	Tambacounda	Thiès	Ziguinchor	Sénégal
Néphrologue	10	1	0	0	1	0	0	0	1	2	0	1	0	1	17
Psychiatre	15	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	19
Pédopsychiatre	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Autres spécialités	230	8	1	0	5	0	2	2	3	9	0	8	25	18	311
Pharmacien	120	7	3	1	5	1	4	1	3	8	1	6	7	3	170
Sage-femme d'Etat	433	129	69	62	58	43	51	115	69	95	76	58	192	74	1524
Infirmier d'Etat	403	89	60	37	51	25	70	121	80	74	27	83	213	112	1445
Infirmier breveté	300	16	3	1	3	1	6	19	3	24	4	11	14	15	420
Assistant infirmier	224	94	52	50	54	17	30	73	38	119	35	57	96	106	1045
Aide infirmier	702	122	26	1	71	1	1	41	20	58	3	50	96	25	1217
Technicien supérieur Administration-Enseignement	91	8	7	5	13	2	3	15	5	12	3	7	24	5	200
Technicien supérieur Odontologie	26	5	3	0	6	1	1	3	3	4	2	4	10	3	71
Technicien supérieur Anesthésie-Réanimation	47	10	4	4	5	1	4	0	5	6	2	5	17	3	113
Technicien supérieur Ophtalmologie	32	8	6	2	6	2	6	8	2	3	3	5	13	6	102
Technicien supérieur néphrologie	25	4	0	0	4	0	1	0	2	5	0	6	2	4	53
Technicien supérieur imagerie médicale	44	6	4	0	6	0	3	3	2	5	1	3	13	3	93
Autres techniciens supérieurs de santé ¹⁸	233	35	13	8	15	2	7	13	14	26	3	19	51	20	459
Assistant social	92	8	7	7	9	1	3	11	6	10	5	6	20	11	196
Travailleur social	37	7	8	5	4	5	3	5	4	8	2	3	4	5	100
Personnel de l'Hygiène	191	36	28	23	19	11	25	30	21	42	17	30	69	32	574
Personnel administratif	831	109	19	12	40	3	23	61	42	85	11	30	91	47	1404
Autres personnels de santé	2047	297	82	48	166	21	130	140	78	240	46	118	322	178	3913
TOTAL	6543	1053	413	281	566	145	393	695	423	880	249	538	1365	709	14253

Source : MSAS, Annuaire Statistique 2016

¹⁸ Autres techniciens supérieurs de santé (biologie-génie sanitaire-diététique-froid-gestion de projet-kinésithérapie-maintenance hospitalière- orthopédie- prothèse dentaire - radiothérapie)

V.2.2. LES RESSOURCES MATERIELLES

A l'instar des ressources humaines, la majeure partie des infrastructures du système est basée à Dakar. En effet, à l'exception des Cases de Santé et des Etablissements Public de Santé (EPS) de niveau 2, Dakar est la région la mieux dotée en infrastructures sanitaires. Le Sénégal compte 11 EPS de niveau 3 dont les 10 se trouvent dans la région de Dakar et l'autre dans la région de Diourbel (commune de Touba). Les régions de Kolda et Sédhiou sont les moins dotées en infrastructures sanitaires avec 3 centres santé sur 99 (3,0%); 50 Postes de santé sur 1458 (3,4%) pour la région de Sédhiou et 4 centres santé sur 100 (4,0%); 59 Postes de santé sur 1458 (4,0) pour la région de Kolda. Cette dernière enregistre le plus grand nombre de cases de santé, soit 266 sur 2130 (12,5%). Les cases de santé ont augmenté de façon importante, passant de 708 en 2015 à 2130 en 2016, soit 1422 nouvelles créations. Les régions de Kaolack, de Saint-Louis et de Thiès en ont bénéficié le plus avec respectivement 225, 132 et 261 nouvelles cases de santé par rapport à l'année 2015.

Tableau V-2 : Répartition des structures sanitaires par région

Région/Données	EPS 3	EPS 2	EPS 1	Centre de santé	Poste de santé	Case de santé
Dakar	10	0	3	27	190	36
Diourbel	1	1	1	4	99	132
Fatick	0	1	0	8	106	¹⁹
Kaffrine	0	0	1	4	71	155
Kaolack	0	1	0	4	108	258
Kédougou	0	0	0	3	34	101
Kolda	0	1	0	4	59	266
Louga	0	1	1	10	116	163
Matam	0	2	0	4	94	65
Saint Louis	0	2	1	7	124	202
Sédhiou	0	0	1	3	50	106
Tambacounda	0	1	0	7	121	164
Thiès	0	1	2	10	168	358
Ziguinchor	0	2	0	5	118	124
Sénégal	11	13	10	100	1 458	2 130

Source : MSAS. Annuaire Statistique 2016

V.2.3. RESSOURCES FINANCIERES

En 2016, le système sanitaire a bénéficié d'un budget de cent cinquante milliards quatre-vingt-neuf millions huit cent quatorze mille six cent soixante (150 089 814 660) FCFA, dont 41% sont des investissements exécutés par l'Etat dans le financement intérieur et dans le financement extérieur, 23% sont consacrés aux

¹⁹ Dans le draft de l'annuaire statistique 2016, cette case du tableau est vide. Pas de données.

dépenses du personnel, 25% aux transferts courants. Les transferts en capital et les dépenses de fonctionnement sont les moins lotis avec 5% chacun comme l'indique dans le tableau IV-4.

L'autofinancement des structures sanitaires au niveau régional comme au niveau national est relativement élevé pour toutes les régions, surtout pour Kédougou et Sédhiou qui figurent en tête où les taux de recouvrement (recettes /dépenses) sont respectivement de 1,29 % et 1,43% (tableau IV-3). Au niveau national, ce taux représente 1,10%. Fatick est la seule région qui n'arrive pas à s'autofinancer à raison de 0,93%.

Tableau V-3 : Soldes antérieurs, recettes et dépenses par région

Données/ Régions	Solde antérieur	Total Recettes	Total Dépenses	Taux de recouvrement
Sédhiou	20 534 407	327 743 012	229 562 062	1,43
Kédougou	17 734 990	122 272 419	94 554 634	1,29
Thiès	169 105 964	1 687 088 664	1 329 521 291	1,27
Saint Louis	126 653 625	1 140 304 423	977 598 859	1,17
Tambacounda	48 536 905	446 390 718	395 754 956	1,13
Matam	84 786 585	459 898 798	421 351 970	1,09
Ziguinchor	62 457 145	562 282 046	521 620 783	1,08
Kaffrine	58 255 644	611 621 393	564 469 009	1,08
Diourbel	122 007 996	759 418 687	716 413 505	1,06
Louga	162 038 753	541 195 540	509 810 192	1,06
Dakar	186 362 957	2 582 653 323	2 457 781 859	1,05
Kolda	32 876 859	226 404 172	220 022 099	1,03
Kaolack	115 037 723	760 870 230	753 848 243	1,01
Fatick	108 924 962	400 009 675	428 718 898	0,93
Sénégal	1 315 314 515	10 628 153 100	9 621 028 360	1,10

Source : MSAS. Annuaire Statistique 2016

Pour l'autofinancement des structures sanitaires, au niveau national, le taux de recouvrement (recettes/dépenses) représente 1,10, soit une baisse de 4 points par rapport à 2015 où il se situait à 1,14. Les régions de Sédhiou et de Kédougou enregistrent les taux les plus élevés : 1,43 et 1,29. Les régions de Kaolack, de Kolda et de Dakar, affichent les taux de recouvrement les plus faibles.

Tableau V-4 : Synthèse du budget du MSAS en 2016

Rubrique	Montant alloué (FCFA)	Montant alloué relatif	
Dépenses de personnel	35 218 972 660	23%	
Dépenses de fonctionnement	8 000 597 000	5%	
Transferts courants	37 823 245 000	25%	
Investissements exécutés par l'Etat	Financement intérieur	17 756 000 000	12%
	Financement extérieur	44 516 000 000	29%
Transferts en capital	6 775 000 000	5%	
Total budget MSAS	150 089 814 660	100%	

Source : MSAS. Annuaire Statistique 2016

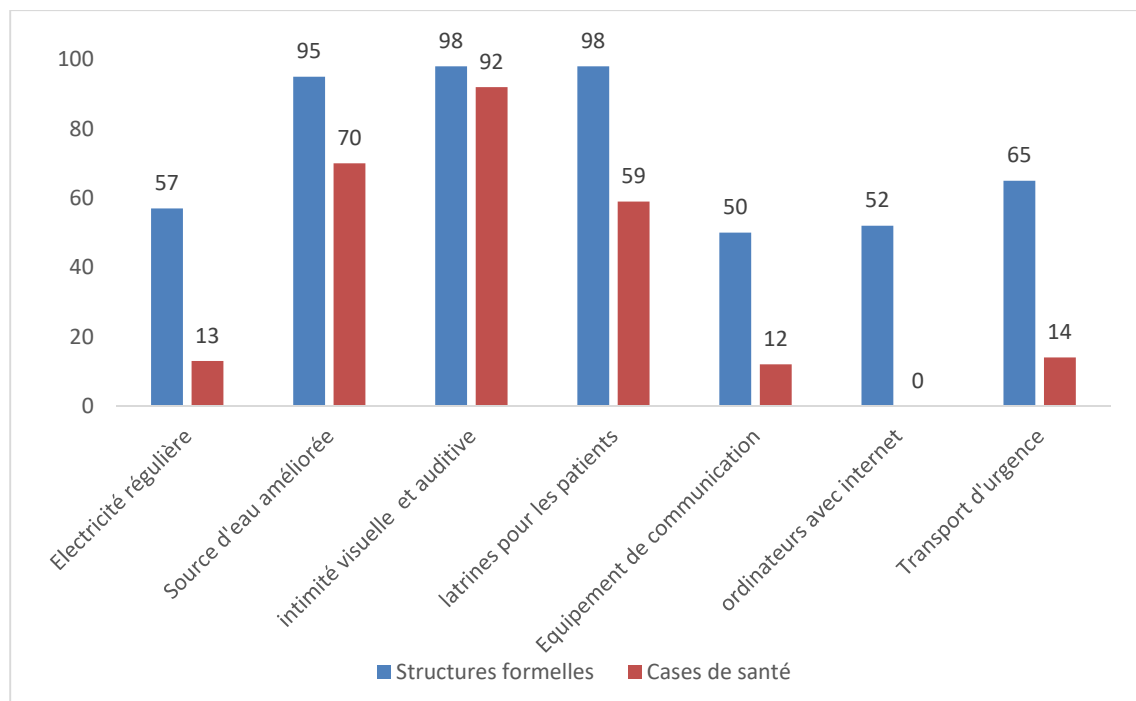
V.2.4. LA DISPONIBILITE DES EQUIPEMENTS

Dans l'évaluation de la disponibilité des infrastructures et des équipements de base, l'OMS donne un certain nombre de recommandations sur les éléments à prendre en compte. Il s'agit principalement :

- des infrastructures de base garantissant le confort des patients ;
- des équipements de base qui permettent la prestation de services de santé de qualité ;
- des précautions standards pour le contrôle des infections dans les zones de prestation des services ;
- la capacité d'adhésion aux normes qui garantissent une stérilisation de qualité ;
- des capacités de diagnostic ;
- la disponibilité de médicaments essentiels.

On note des disparités dans la disponibilité des infrastructures de base au niveau des structures pour répondre aux besoins des patients (Graphique IV-1). La quasi-totalité des structures ont une source d'eau améliorée (95 %) et assurent une protection visuelle et audite aux patients (98 %). De même, 98 % des dites structures disposent des toilettes pour les patients. Par contre, concernant les équipements de communication, 50 % disposent d'ordinateurs et 52 % de l'internet. Pour le transport d'urgence, il n'est disponible que dans un peu plus de deux structures sur trois (65 %). Par ailleurs, un peu plus d'une structure sur deux dispose régulièrement d'électricité (57 %).

Graphique V-1: Pourcentage des infrastructures de base



Source : ANSD. Enquête sur la prestation des services de soins de santé 2016

V.3. LES ACTIVITES DU SECTEUR

Les activités du secteur de la santé peuvent être divisées en deux grandes catégories : les activités préventives et les activités curatives.

V.3.1. LES ACTIVITES PREVENTIVES

Dans les missions du Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS), la prévention est une disposition majeure dans la politique de développement sanitaire du Sénégal. Pour arriver à ce résultat, le MSAS met en œuvre des programmes de prévention axés sur la lutte contre certaines maladies comme le paludisme ou la communication pour le changement de comportement dans certains secteurs tels que la planification familiale.

V.3.1.1. La prévention du paludisme

La prévention du paludisme est fondée essentiellement sur deux types de mesures palliatives : un ensemble de précautions visant à limiter les risques d'infection du plasmodium et la prise préventive de certains médicaments. Pour arriver à ce résultat, la Moustiquaire imprégnée d'Insecticide (MII) et l'aspersion ou la pulvérisation intra-domiciliaire (PID) d'insecticide comptent parmi les moyens de prévention les plus efficaces.

L'approche stratégique choisie par le Programme national de Lutte contre le Paludisme (PNLP) est celle de l'accès universel aux Moustiquaires imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) pour garantir le meilleur taux de couverture et d'utilisation, en particulier par les populations les plus vulnérables. La PID constitue aussi une des composantes essentielles de la stratégie de lutte contre le paludisme au Sénégal.

✓ **La pulvérisation intra-domiciliaire (PID)**

La PID est une technique de lutte anti-vectorielle qui consiste à pulvériser de l'insecticide liquide sur les murs intérieurs des habitations.

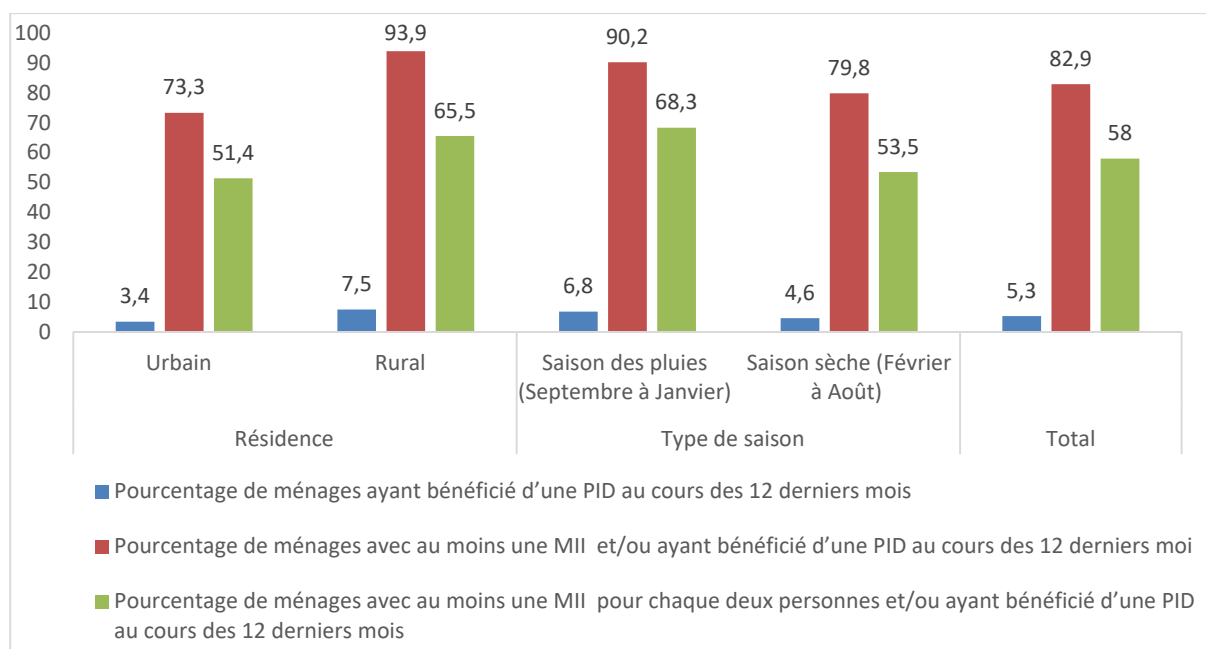
Au Sénégal, la pulvérisation intra-domiciliaire est un des axes d'intervention stratégique de lutte contre le paludisme du PNL. Cependant, au niveau national, les données de l'EDS-Continue montrent que seulement 5 % des ménages enquêtés ont déclaré que les murs intérieurs de leur logement avaient été pulvérisés d'insecticide dans les 12 mois précédant l'enquête (Graphique IV-2). Par rapport à 2012-2013, on note une tendance à la baisse du pourcentage de ménages ayant bénéficié de ce moyen de prévention, passant de 12 % en 2014 à 9 % en 2015 et à 5 % en 2016.

Ces résultats montrent aussi que la pulvérisation d'insecticide a été beaucoup plus utilisée en milieu rural qu'en milieu urbain (8 % contre 3 %).

Selon la période de collecte des données, on constate que la PID est relativement plus utilisée durant la première vague (septembre à janvier) que durant la seconde vague (février à août) respectivement 7 % et 5 % (graphique IV-2).

Selon les résultats de l'EDS Continue de 2016, au niveau national, plus de deux ménages sur cinq (83 %) possèdent au moins une MII pour deux personnes et/ou ont eu les murs de leur logement pulvérisés d'insecticide au cours des 12 derniers mois avec une augmentation en flèche de 40 points par rapport à l'année passée.

Graphique V-2: Répartition de ménages ayant reçu la pulvérisation d'insecticide sur les murs intérieurs du logement contre les moustiques (PID) au cours des 12 derniers mois



Source : ANSD. EDS-Continue, 2016

✓ L'Accès à une MII²⁰ dans le ménage

Le pourcentage de la population qui aurait pu dormir sous une MII, si chaque MII du ménage était utilisée par deux personnes au maximum, donne la proportion de la population ayant accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide dans les ménages. Le tableau ci-dessous donne la répartition de la population par nombre de MII possédée par le ménage, selon le nombre de personnes qui ont passé la nuit avant l'interview dans le ménage. Il montre qu'au Sénégal, 14% ont passé la nuit ayant précédé l'interview dans un ménage ne possédant aucune moustiquaire imprégnée d'insecticides, 7% ont passé la nuit avant l'interview dans un ménage possédant 2 MII, 10% dans un ménage possédant 5 MII et 37% dans un ménage en possédant 7 ou plus. Dans l'ensemble, les deux tiers des personnes (76%) auraient pu dormir sous une MII si chaque MII était utilisée par deux personnes au maximum.

²⁰ Taux d'accès à une MII : la proportion de personnes ayant dormi sous MII ; on suppose qu'une MII est utilisée par 2 personnes.

Tableau V-5 : Répartition (%) de la population de fait des ménages par nombre de MII possédée par le ménage, selon le nombre de personnes qui ont passé la nuit avant l'interview dans le ménage

Nombre de MII	Nombre de personnes qui ont passé la nuit avant l'interview dans le ménage								Ensemble
	1	2	3	4	5	6	7	8+	
0	43,3	27,5	21,6	20,6	16,9	17,1	13,4	12,0	13,6
1	39,2	24,9	18,2	11,8	4,5	3,0	0,9	1,6	3,2
2	12,5	35,2	34,7	30,1	22,2	13,2	12,1	2,8	7,2
3	4,1	5,7	13,3	14,0	18,5	25,6	16,7	6,0	8,9
4	0,4	4,1	7,2	14,5	14,9	22,0	21,5	8,3	10,4
5	0,3	2,3	1,7	4,3	10,5	8,9	14,2	10,3	9,9
6	0,2	0,0	0,8	2,7	7,0	4,5	11,6	11,3	9,9
7+	0,0	0,3	2,4	2,1	5,5	5,6	9,5	47,7	36,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	351	495	909	1 206	1 885	2 303	2 328	27 657	37 132
Pourcentage ayant accès à une MII1	56,7	72,5	72,3	73,6	75,9	76,5	78,3	75,9	75,7
1 Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une MII si chaque MII du ménage était utilisée par deux personnes au maximum.									

Source : ANSD. EDS-Continue, Sénégal 2016

1.3.1.1. La vaccination des enfants

L'EDS Continue de 2016 a collecté les données sur la vaccination à partir de deux sources : le carnet de vaccination de l'enfant et les déclarations de la mère quand le carnet n'était pas disponible ou n'existait pas. Les résultats montrent que la quasi-totalité des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG (94 %). La proportion d'enfants ayant reçu la première dose de Pentavalent est de 95 %, mais on note une baisse avec le nombre de doses, en particulier entre la deuxième et la troisième dose, la proportion passant de 93 % à 90 % pour la troisième dose.

Le vaccin contre la poliomyélite étant administré en même temps que celui du Penta, on s'attend donc à trouver des niveaux de couverture vaccinale très proches. En ce qui concerne les deux premières doses, les proportions sont très proches, mais le taux de déperdition entre la deuxième et la troisième dose est plus important pour la polio que pour le Penta : 81 % d'enfants ont reçu la troisième dose de polio contre 90 % pour le penta. En outre, environ quatre enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la rougeole (81 %), la majorité avant l'âge de 12 mois (71 %). Enfin, concernant la fièvre jaune, on constate que 82 % des enfants ont reçu le vaccin.

Tableau V-6 : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins

	Masculin	Féminin	Ensemble
BCG	94,4	93,7	94,1
Penta 1	95,3	94,4	94,9
Penta 2	93,7	93,1	93,4
Penta 3	88,8	90,2	89,5
Polio 0	67,5	69,9	68,7
Polio 1	94,8	94,5	94,6
Polio 2	93	92,8	92,9
Polio 3	79,5	82	80,7
Rougeole	82,4	78,7	80,6
Tous les vaccins	71,6	67,9	69,8
Aucun vaccin	3,4	3,2	3,3
Fièvre Jaune	83,9	80,1	82

Source : ANSD. EDS Continue 2016

V.3.1.2. Lutte contre la Tuberculose

La tuberculose reste la maladie infectieuse la plus meurtrière au monde, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Adoptée en 2015 par l'Organisation des Nations Unies, une des cibles des ODD consiste à mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose. La Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose, approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2014, appelle à réduire de 90% le nombre de décès par tuberculose et de 80% le taux d'incidence de la maladie d'ici à 2030, par rapport à 2015.

✓ Mesures phares antituberculeux de l'Etat

Pour éradiquer la tuberculose, l'Etat a relevé le plateau technique sanitaire, avec la disponibilité de nouveaux outils comme le Genexpert, un appareil qui permet de détecter rapidement les cas de multi-résistance et de toutes les formes de tuberculose. L'Etat a aussi mis en place une unité de radiologie mobile sillonnant le pays pour mener de vastes campagnes de masse.

Au Sénégal, seuls 10 %²¹ des structures offrant des services de diagnostic de la Tuberculose (TB) ont une capacité à réaliser un diagnostic par microscopie de la TB. Ce diagnostic par microscopie est plus fréquent dans les centres de santé et les hôpitaux (respectivement 68 % et 51 %) que dans les postes de santé (3 %).

Parmi ces structures, 88 % peuvent diagnostiquer le VIH. Par ailleurs, on peut noter que cette capacité à diagnostiquer est plus répandue dans les structures du secteur public (92 %) que dans celles du secteur privé (66 %). Elle varie de 54 % dans la région de Diourbel à 100 % dans les régions de Kaolack et Kolda.

²¹ ANSD, rapport de ENQUÊTE CONTINUE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ (ECPSS) 2016, p 41

V.3.1.3. La prévention du VIH/SIDA et le dépistage

✓ Le dépistage

Le rapport du Conseil national de Lutte contre le Sida (CNLS) en 2016, indique que le nombre de personnes ayant eu recours au dépistage du VIH au niveau national est de 611 175 sur un objectif de 1 207 505. Parmi toutes les personnes dépistées, 591 647 ont retiré leurs résultats.

On a pu noter en 2016 un meilleur ciblage du dépistage. En effet, sur 611 175 contre 755 038 en 2015, le programme a dépisté plus de personnes séropositives. Au total, 9005 personnes ont été dépistées séropositives en 2016 (en 2015 cette valeur était de 6940), soit un taux de séropositivité de 1,5%.

L'analyse des populations dépistées et ayant retiré leurs résultats montre que plus de la moitié est représentée par les femmes enceintes, soit 57,8 % ; 33,3 % viennent de la population générale et les populations clé les plus exposées ; les jeunes représentent 33,3 % de la population générale qui connaît leur statut sérologique en 2016. Le dépistage lors des dons de sang et chez les tuberculeux ont contribué pour 8,0 % et 1,% respectivement.

✓ Résultats de la prise en charge (PEC) des PVVIH

En 2016, la prise en charge des PVVIH adultes et enfants reste effective dans la quasi-totalité des hôpitaux et centres de santé publics avec une couverture de 86,4 % des hôpitaux et 90,0 % des centres de santé pour les adultes contre respectivement 80 % et 85 % pour les enfants.

Le Sénégal est passé de 13 sites de PEC de PVVIH Adultes en 2004 à 123 sites principaux et 118 sites secondaires en 2016 (postes de santé) et de 3 à 106 sites de PEC chez les enfants.

En 2016, 21 708 PVVIH sont régulièrement suivies dont 21 157 sous traitement ARV. Les PVVIH nouvellement enregistrées dans la PEC en 2016 sont de 5 740. Celles qui ont démarré un traitement ARV durant la même année s'élèvent à 5 541.

Tableau V-7 : Evolution des indicateurs de PEC, années 2015 et 2016

	File Acte globale en 2016 (patients régulièrement suivis)	File Acte sous ARV en 2016	PVIH mis sous ARV en 2016	Taux de décès sous ARV en 2016 (%)	Taux de perdus de vue sous ARV en 2016 (%)	Rétention sous ARV en 2016 (%)	Rétention à 12 mois chez PVIH mises sous ARV en 2015 (%)	Rétention à 24 mois chez PVIH mises sous ARV en 2014 (%)	Rétention à 36 mois chez PVIH mises sous ARV en 2013 (%)
Sénégal	21 708	21 157	5 541	3	9,9	87,1	75,7	65,4	58,8

Source : CNLS 2016

✓ **La Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH**

Le plan stratégique national de lutte contre le VIH 2014-2017 vise à réduire le taux de transmission mère-enfant de moitié.

La Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) est un programme prioritaire pour le pays qui offre aux femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH un dépistage du VIH et le TARV à vie (Option B+), bien que cette dernière soit actuellement en majorité financée par les ressources extérieures.

L'accès aux services PTME a fait l'objet d'une expansion importante avec, depuis 2002, un bond considérable qui a fait passer de 4 à 198 le nombre d'établissements de santé (tous les hôpitaux et centres de santé ainsi que certains postes de santé) qui dispensent actuellement des services de PTME avec le dépistage du VIH en CPN et le traitement des personnes enceintes séropositives.

En 2016, le nombre de femmes enceintes dépistées est de 355 624 contre 366 863 en 2015. Cette baisse est liée à des ruptures de réactifs de dépistage au niveau de la PNA. Au total, 1 353 femmes enceintes ont été mises sous ARV pour réduire la transmission mère enfant. Le tableau ci-dessous montre les résultats clés de la PTME au Sénégal. Compléter l'analyse avec la dernière colonne du tableau sur la performance.

Tableau V-8 : Evolution des indicateurs du PTME, de 2014 à 2016

INDICATEURS	Résultats atteints 2014	Résultats atteints 2015	Résultats atteints 2016	Performance 2016 (%)
Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont porteurs du VIH	4,3 (2010)	3,1 (2014)	NA	NA
Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage au VIH et qui ont reçu leurs résultats	381 613	361 429	355 624	86, 4
Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des ARV pour réduire la transmission de la mère à l'enfant	1 122	1 352	1 353	89, 7
Nombre d'enfants nés de femmes séropositives recevant un test virologique dans les 2 mois qui suivent leur naissance	411	355	696	46, 0
Nombre d'enfants nés de femmes séropositives bénéficiant d'une prophylaxie par les ARV pour la réduction de la TME	703	589	688	45, 6

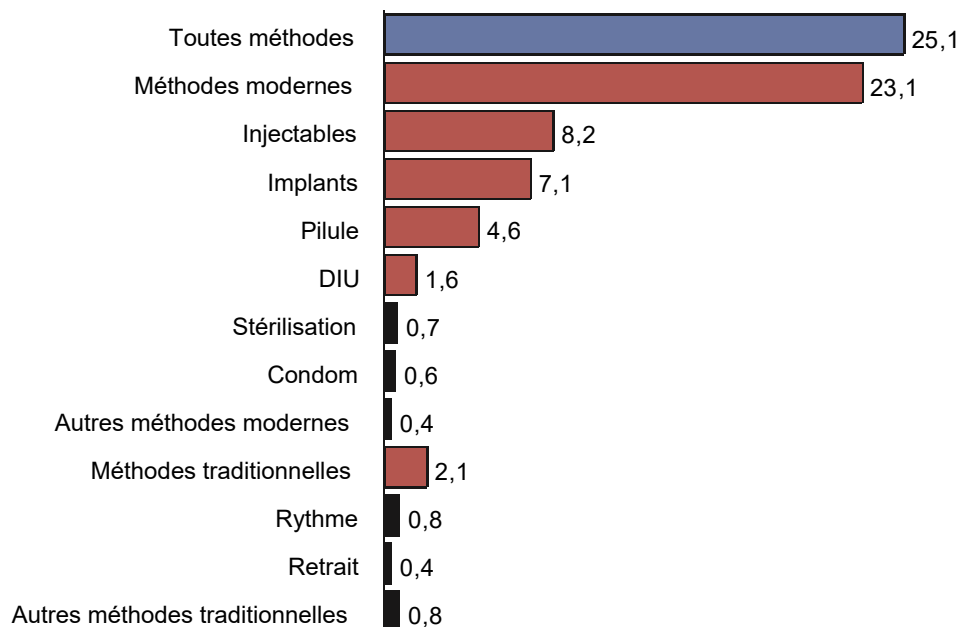
Sources : DLSI, 2016

V.3.1.4. La planification familiale

Prévenir les risques sanitaires liés à la grossesse chez les femmes, et améliorer la santé de la mère, contribuer à prévenir le VIH/sida, donner aux populations la capacité d'agir et renforcer l'éducation de l'enfant constituent une préoccupation majeure du Sénégal et de la communauté internationale. La planification familiale contribue à une maîtrise de la croissance démographique à travers un contrôle de la fécondité. Pour le suivi et l'évaluation des programmes de planification familiale, le niveau d'utilisation de la contraception est souvent considéré comme un indicateur de référence.

Au Sénégal, les résultats de l'EDS-2016 montrent que 25 % des femmes en union utilisent, au moment de l'enquête, une méthode contraceptive dont 23 % une méthode moderne et 2 % une méthode traditionnelle.

Le graphique ci-dessous, montre que les femmes en union utilisent essentiellement les injectables (8 %) suivis des implants (7 %) et de la pilule (5 %). Toutes les autres méthodes sont utilisées par moins de 2 % des enquêtées. Les méthodes traditionnelles sont très peu utilisées (2 %).

Graphique V.3 : Prévalence contraceptive parmi les femmes en union selon la méthode

Source : ANSD. EDS-Continue 2016

V.3.2. LES ACTIVITES CURATIVES

Si la prévention occupe une place importante dans la politique de santé d'un pays, il n'en demeure pas moins crucial de disposer d'un système performant pour la prise en charge des cas de maladie ou d'accidents diagnostiqués. Les données recueillies à travers l'enquête sur la prestation des services de santé au Sénégal sont utilisées pour cette partie.

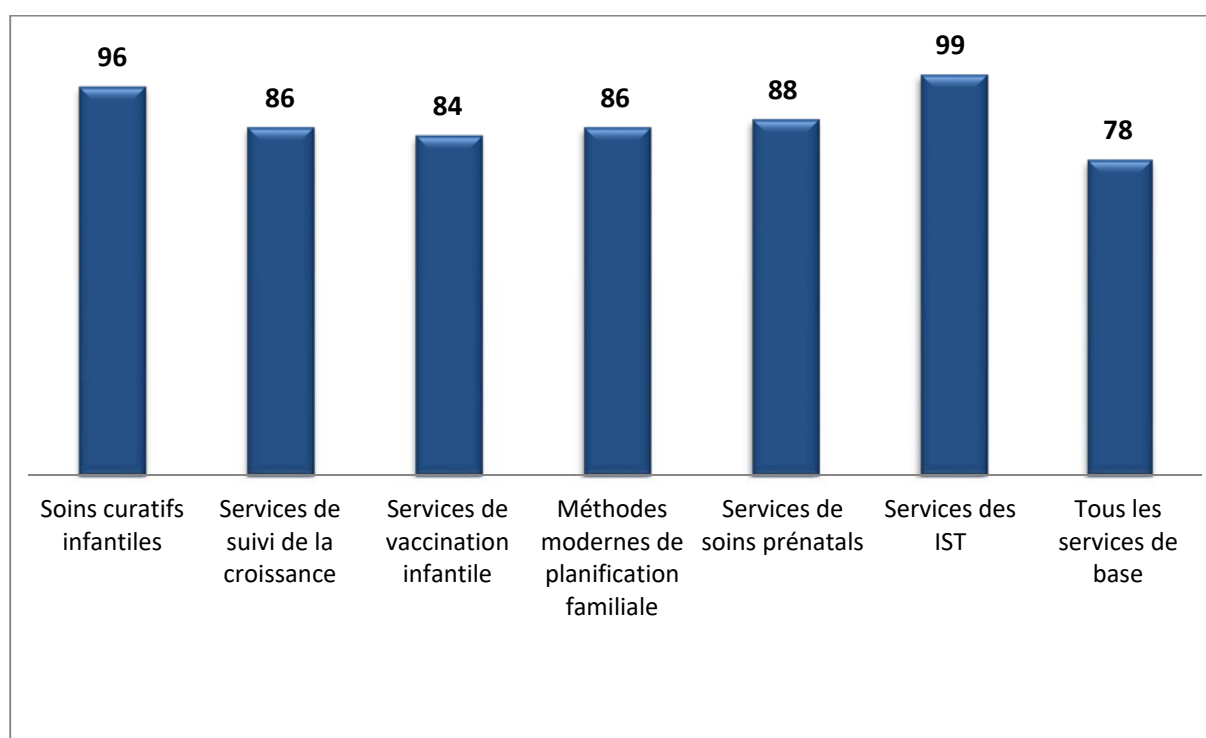
- L'offre de services de base

Les services de base comprennent un paquet de services de santé résumé à travers les points ci-dessous :

- les soins curatifs ambulatoires pour enfant malade,
- les services de vaccination infantile dans la structure,
- le suivi de la croissance infantile,
- les méthodes modernes de planification familiale,
- les services de consultations prénatales,
- les services pour les infections sexuellement transmissibles (IST).

Les résultats de l'Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) du Sénégal, réalisée en 2016, ont révélé une disponibilité des services de base de 78 %, quelles que soient les caractéristiques. Les services de soins curatifs pour les enfants et les IST sont, en moyenne, disponibles dans presque toutes les structures (respectivement 96 % et 99 %), les soins prénatals sont prodigués dans 88 % des structures, alors que la planification familiale est offerte dans 86 % des structures (graphique ci-dessous). Par ailleurs, plus des trois quarts des structures offrent des services de vaccination et de suivi de la croissance (respectivement 84 % et 86 %).

Graphique V.4 : Répartition de la prestation des services de soins de santé



Source : ANSD. Enquête sur la prestation des services de soins de santé 2016

V.4. LES MALADIES DE L'ENFANT ET LA MORTALITE

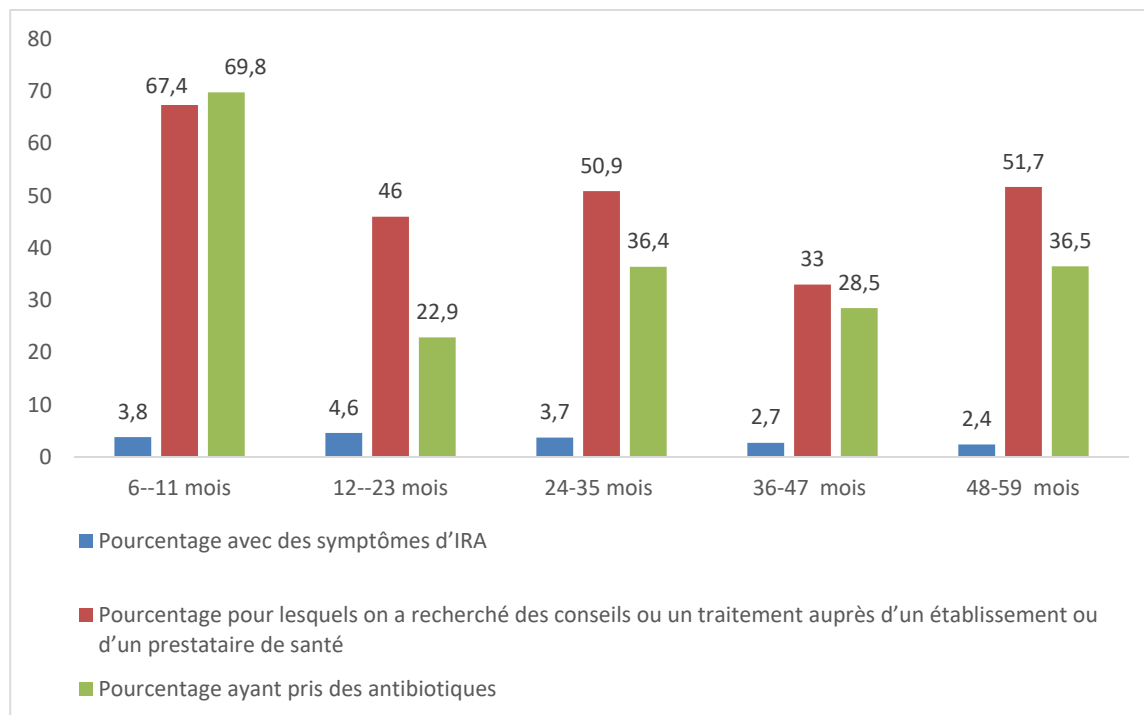
V.4.1. PREVALENCE ET TRAITEMENT DE L'IRA

Les infections respiratoires aiguës (IRA) et particulièrement la pneumonie constituent l'une des premières causes de mortalité des enfants dans les pays en développement.

En 2016, les résultats de l'EDS Continue révèlent que parmi les enfants de moins de cinq ans, 3 % présentaient des symptômes d'IRA au cours des deux semaines ayant précédé l'interview. Les variations sont peu importantes, cependant, il faut souligner que la prévalence est la plus élevée (5 %) chez les enfants de 12-23 mois.

Parmi les enfants ayant présenté des symptômes d'IRA, on a recherché des conseils ou un traitement pour près d'un enfant sur deux (48 %). En outre, environ un tiers a été traité avec des antibiotiques (Graphique IV.5). L'effectif global d'enfants présentant des symptômes d'IRA étant très faible, ne permet pas de disposer d'un nombre de cas suffisants à un niveau de découpage plus fin pour étudier les variations entre les sous-populations.

Graphique V.5 : Répartition (%) des enfants de moins de cinq ans ayant présenté des symptômes d'IRA au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête

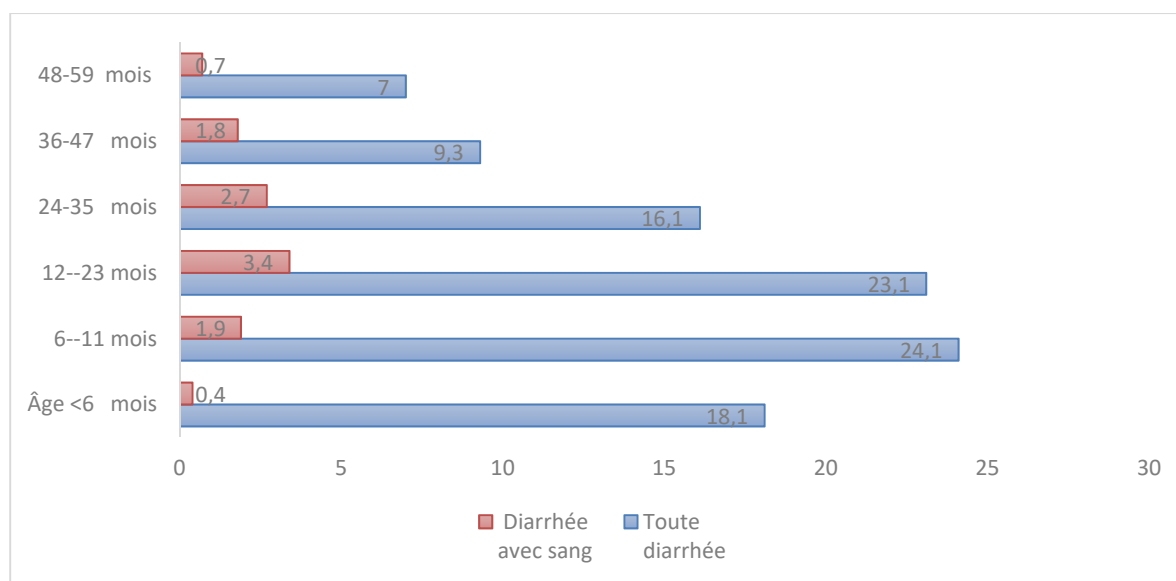


Source : ANSD. EDS-Continue 2016

V.4.2. PREVALENCE ET TRAITEMENT DE LA DIARRHEE

L'EDS Continue de 2016 a collecté des données sur la prévalence et le traitement de la diarrhée. Le graphique ci-dessous renseigne qu'un enfant de moins de cinq ans sur cinq (18,1%) avait souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'interview. La prévalence de la diarrhée est particulièrement forte chez les jeunes enfants de 6-11 mois (24%) et les jeunes de 12-23 mois (23%). Ces âges de fortes prévalences sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés.

Graphique V.6 : Répartition (%) des enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête



Source : ANSD. EDS-Continue 2016

V.4.2.1. La Mortalité

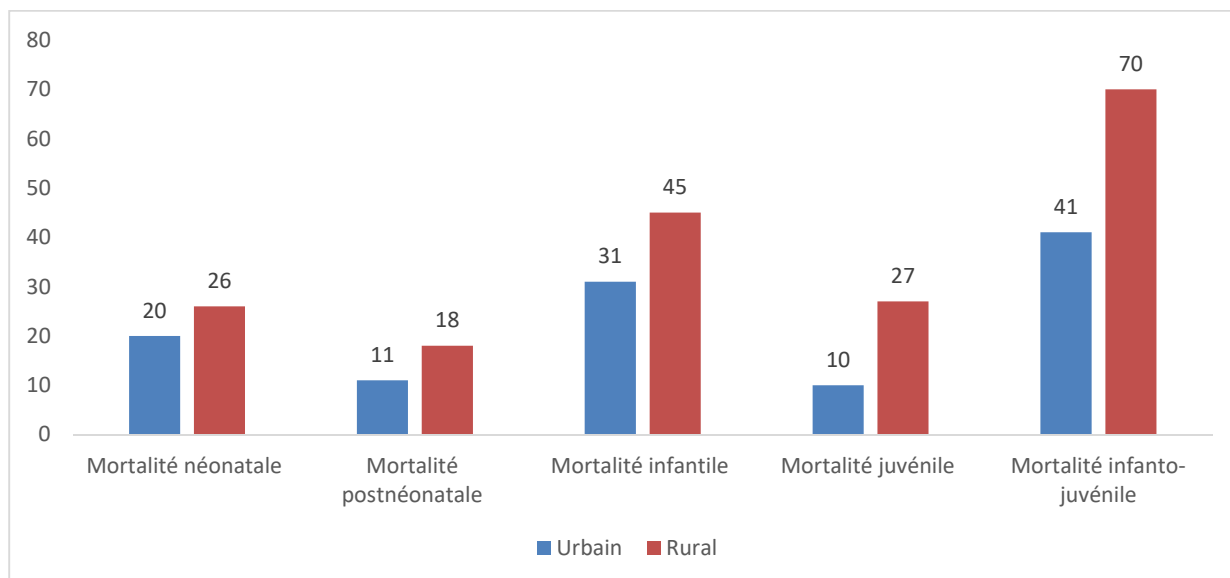
La mortalité des enfants varie très fortement selon le milieu de résidence. Ainsi, quel que soit le type de mortalité considéré, le taux est nettement plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. Ces disparités pourraient être liées aux différences dans la prise en charge de la grossesse, notamment dans le suivi prénatal et les conditions d'accouchement plus favorables en milieu urbain mais aussi dans l'état nutritionnel et de santé des mères.

Les résultats de l'EDS-Continue Sénégal 2016 mettent en évidence des variations importantes du niveau de la mortalité des enfants.

Le quotient de mortalité infantile (le risque de décéder entre la naissance et le premier anniversaire) passe de 45‰ en milieu rural à 31‰ en milieu urbain, soit une différence de 14 points de pourcentage. Globalement, le quotient de mortalité infanto-juvénile est estimé à 41 ‰ en milieu urbain contre 70 ‰ en milieu rural. Cela signifie que sur 1000 enfants nés vivants, 70 décèdent en milieu rural contre 41 en milieu urbain, avant leur cinquième anniversaire (Graphique IV.7).

La mortalité néonatale (le risque de décéder avant d'atteindre l'âge d'un mois exact) reste plus élevée qu'en milieu urbain avec un taux qui passe de 20‰ en milieu urbain à 26‰ en milieu rural et une mortalité post-néonatale (le risque de décéder entre le premier mois et le douzième mois exact) plus forte en milieu rural qu'en milieu urbain (18‰ contre 11‰ respectivement).

Graphique V.7 : Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période des dix années ayant précédé l'enquête



Source : ANSD. EDS-Continue 2016

V.5. LES PERFORMANCES DU SECTEUR

✓ Analyse des résultats enregistrés de la Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

Les performances du secteur de la santé au cours de l'année 2016 sont présentées dans le rapport de performance annuel du Document de Programmation pluriannuelle des Dépenses (DPPD) du MSAS. Le tableau ci-dessous résume l'évolution des indicateurs de performances observés entre 2015 et 2016.

Comparé à l'année 2015, le taux d'achèvement en CPN a connu une légère amélioration, passant de 47% à 49,45% en 2016. Cependant, il reste faible au niveau national dont l'objectif est de 70%. En effet, pour des considérations socioculturelles, la première CPN est souvent tardive. En 2016, le nombre de premiers contacts (509 133) est largement supérieur aux CPN du premier trimestre de la grossesse (279 353), ce qui justifie l'ampleur du problème. Toutefois, beaucoup d'efforts sont en train d'être faits pour surmonter ces obstacles. Il s'agit, entre autres, de la redynamisation du programme Bajenu Gox (formation et recyclage des BG pour encourager les femmes à fréquenter les structures sanitaires pour CPN et accouchement), de l'élaboration d'un plan de communication SRSE, de la stratégie d'incitation financière des femmes enceintes développées dans certains districts sanitaires grâce à l'appui des partenaires.

Les résultats de 2016 avec le DHIS2 indiquent que 65,4% des accouchements réalisés ont été assistés par du personnel qualifié, pour une cible de 83% fixée en 2016. Cet indicateur a connu une évolution de 12,4 points de pourcentage entre 2015 et 2016. L'évolution de cet indicateur, ces dernières années, indique que beaucoup d'efforts sont en train d'être consentis. Les résultats atteints sont surtout imputables au renforcement du personnel (Sages-femmes itinérantes), à la formation des prestataires, l'organisation de supervisions dans les 14 régions, la dotation des structures en matériel pour la santé de la mère et du nouveau-né, la formation et le recyclage des Bajenu Gox, à la reprise des revues nationales et régionales SRSE entre autres. Cependant, il persiste une proportion élevée d'accouchements à domicile, en particulier dans les zones d'accès difficile.

Pour ce qui est de l'amélioration de la santé de l'enfant, des résultats satisfaisants ont été enregistrés en 2016. En effet, la proportion d'enfants malnutris guéris est passée à 76%, dépassant la cible (75%). Cette performance est due à la formation des agents sur la Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe (PECMA), à la supervision formate et à l'appui des ONG au niveau local. Toutefois, il faut reconnaître que l'indicateur est en baisse de 2,5 points de pourcentage, comparé à l'année 2015. Cette situation pourrait être expliquée par la problématique des abandons constatés dans beaucoup de districts du Sénégal, mais également par l'incomplétude des données saisies dans le DHIS2.

La proportion de cas de diarrhée traités par SRO/ZINC est estimée à 80%, largement inférieure à la cible de 90% fixée en 2016. Cette situation pourrait être expliquée par les ruptures de SRO au niveau national. Toutefois, d'importantes actions ont été menées, notamment la formation de 318 prestataires en PCIME classique ou informatisée dans 11 régions, le renforcement de compétences des acteurs dans la prise en charge des urgences pédiatriques, l'organisation de journées survie de l'enfant dans 06 régions et la supplémentation en vitamine A (SVA) en routine dans 8 régions, touchant ainsi 1 783 945 d'enfants de moins de cinq ans. Grâce à ces journées, 74% des enfants âgés de 0 à 5 ans ont pu bénéficier du paquet intégré (SVA, déparasitage, dépistage malnutrition et diarrhée, rattrapage vaccination, promotion pratiques familiales essentielles, inscription à l'état civil).

Pour ce qui est de l'objectif « Accroître le taux d'utilisation des services de santé sexuelle et de la reproduction par les adolescent(e)s/jeunes », de bons résultats ont

été enregistrés en 2016. En effet, la proportion de centres de santé et postes de santé ayant équipé un espace «ado jeune» est passé de 15 % en 2015 à 16% en 2016, pour les centres de santé. Cependant, l'objectif de 25% fixé en 2016 n'a pas pu être atteint. Cette situation pourrait être expliquée, d'une part, par le fait que l'aménagement d'un espace «ado jeune» relève de la responsabilité du niveau opérationnel (district/structure sanitaire). D'autre part, l'importance de la SRAJ n'est pas encore connue de tous. Ainsi, le programme est en train de faire des progrès dans l'élaboration de documents cadres (plan stratégique SRAJ 2016-2018, curricula de formation des acteurs), la formation des acteurs (ECR/ECD, prestataires et pairs éducateurs), l'équipement des espaces aménagés (32 espaces «ado jeune» dans 16 centres de santé et 16 postes de santé), la supervision, les revues (SRSE) et l'appui aux associations.

Tableau V-9 : Evolution des indicateurs de performance

Indicateurs de résultat	Réalizations 2015	Cible en 2016	Réalizations 2016	Ecart	
				2015	Cible 2016
Taux de prévalence contraceptive	21,2% (EDS)	29%	XX DHIS2 (données incomplètes)	-	-
Taux d'achèvement (couverture adéquate) en CPN	47% (EDS)	70%	49,4% DHIS2	+2,45%	-20,6%
Taux accouchements assistés par du personnel qualifié	53% (EDS)	83%	65,4% DHIS2	+12,4%	-17,6%
Proportion d'enfants malnutris guéris	78,5%	75%	76%	-3,5	+1
Proportion de cas de diarrhée guéris par SRO/ZINC	92,7% (DHIS2)	90%	80%	-12,7%	-10%
Proportion de centres de santé et postes de santé ayant équipé un espace ado jeune	15%	25%	16%	+1%	-9%

Source : MSAS. Rapport de performance annuel du DPPD 2016

L'écart de -8%, noté sur les nouvelles constructions concerne la mise en service intégrale de l'Hôpital Dalal Jamm dont l'acquisition de certains équipements est bloquée, suite à des contraintes d'ordre administratif et le retard constaté dans la

construction des centres de santé de Cascas en cours de résiliation et Gandiaye dont une nouvelle procédure de sélection d'une autre entreprise est en cours.

Dans le domaine du développement des ressources humaines, même si la cible attendue en 2016 n'a pas été atteinte, la tendance à la résorption progressive des gaps se poursuit, grâce aux efforts de l'Etat, mais aussi à l'engagement des Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

Le recrutement de 1000 agents intervenu au deuxième trimestre 2015 a permis de renforcer les structures implantées en zones périphériques.

A cela, s'ajoute l'appui de certains partenaires comme la JICA, qui a permis, dans le cadre du renforcement du système de santé, de doter les postes de santé situés dans toutes les régions hormis Dakar et Thiès, en binômes Infirmier/Sage-femme grâce au recrutement de 1162 infirmiers et sages-femmes.

Malgré ces efforts importants, le déficit en ressources humaines persiste toujours. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les recrutements effectués sont en deçà des besoins exprimés qui tiennent compte du nombre important de départs temporaires et/ou définitifs enregistrés chaque année.

Le déficit en ressources humaines est plus marqué du côté des techniciens supérieurs en biologie, en anesthésie-réanimation, en néphrologie et en imagerie médicale. Cette situation peut être expliquée en partie par le déficit de formation et de recrutement de ces catégories constaté depuis plusieurs années.

Aujourd'hui, l'informatisation de la gestion de ressources humaines est une réalité, avec la nomination de tous les points focaux RH au niveau des districts, des régions médicales, des EPS et l'utilisation du logiciel iHRIS, même si des difficultés persistent quant à son implémentation à Dakar.

Pour assurer une formation efficiente du personnel de santé, la Direction des ressources humaines a élaboré les plans régionaux de formation continue, dont la compilation permettra de doter le système de santé d'un plan national de formation en 2017.

Dans le domaine de la recherche opérationnelle, quelques difficultés ont entravé l'atteinte des résultats en 2016. Ces problèmes ont pour noms : rareté des ressources allouées à la recherche opérationnelle, ignorance des procédures d'accès

aux fonds de recherche disponibles, centralisation des fonds, inadéquation entre les priorités des organismes de financement et les besoins de recherche des structures de santé.

L'analyse de ces différents facteurs a permis d'enclencher un certain nombre d'actions pour réduire leur impact sur le développement de la recherche. Les différentes actions mises en œuvre ont permis d'obtenir ces résultats plus ou moins satisfaisants en 2016:

- 68 protocoles de recherche ont été révisés (sur 40 prévus) ;
- Cinq ateliers de partage de résultats de recherche (sur 3 prévus) ont été tenus dans les 5 régions du centre ;
- Le renforcement des capacités à travers l'élaboration du module Management et leadership (M&L) en perspective du renforcement des capacités des responsables du système de santé en M&L, financée par Abt ;
- L'élaboration du protocole de mise en œuvre de l'observatoire pour la recherche en santé, la constitution de la base de données des protocoles de recherche de 2004 à nos jours, à faire suivre par le «tracking» des résultats.

Il ressort de l'analyse des résultats de 2016 (tableau IV.10) que les données sur la vaccination ont été collectées à partir de deux sources : le carnet de vaccination de l'enfant et les déclarations de la mère quand le carnet n'était pas disponible ou n'existait pas. La situation de la disponibilité des médicaments et produits essentiels s'est amélioré dans le pays entre 2015 et 2016.

En 2016, le pourcentage de produits traceurs disponibles a augmenté de 8 points de pourcentage par rapport à 2015, passant de 77% à 85%. De même, la durée moyenne de rupture a diminué de 14 jours entre 2015 et 2016, passant de 45 à 31 jours.

Par contre, les deux indicateurs cités ci-dessus, comparés à leurs cibles, connaissent des écarts négatifs respectifs de 2% et de 21 jours.

Aussi, en 2016, les médicaments et produits des Programmes (Santé de la mère, du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent, Sida, PNT, PNLP, Diabète (Insuline et

médicaments oraux), Produits contraceptifs, Césarienne, Dialyse) ont connu, de manière générale, de bons niveaux de disponibilité. Ces résultats satisfaisants enregistrés contribuent à l'atteinte des objectifs des Programmes de santé. De même, en 2015, la PNA a débuté l'approvisionnement des médicaments anticancéreux dans les structures sanitaires publiques (Hôpital Aristide Le Dantec, Hôpital Fann, Hôpital général de Grand Yoff, Hôpital Principal). En 2016, la PNA a augmenté la gamme des médicaments anticancéreux et a poursuivi la décentralisation de ces produits vers d'autres structures sanitaires. L'introduction des anticancéreux dans le circuit public par la PNA contribue énormément à une meilleure accessibilité surtout financière de ces produits aux malades atteints du Cancer.

Cependant, il faut noter quelques difficultés notamment des ruptures par rapport aux Programmes : Sida et PNT. La plupart des ruptures de médicaments et produits, notamment de certaines molécules phares constatées au niveau de la PNA, résulte en partie des défaillances ou des retards de livraisons de certains fournisseurs.

Il est à noter que certains produits pouvaient être en rupture au niveau de la PNA, alors qu'ils continuaient à être disponibles au niveau des Points de prestations de services (PPS).

En effet, les initiatives de distribution «jegesinaa» (je me suis rapproché), «yeksinna» (je suis arrivé)) ont permis de mettre en place un certain nombre de mois de stocks de sécurité au niveau de ces PPS.

Dans le cadre de l'amélioration de la disponibilité et accessibilité des médicaments, Trois cent cinquante (350) Arrêtés d'Autorisation de Mise sur le marché de médicaments ont été signés en 2016 et un guide des équivalences thérapeutiques a aussi été élaboré, imprimé et diffusé. Pour lutter efficacement contre l'usage des médicaments de la rue, une vaste campagne nationale de sensibilisation sur les dangers liés à la consommation des médicaments de la rue a été réalisée et un comité multisectoriel et multidisciplinaire de lutte contre les faux médicaments et l'exercice illégal de la pharmacie a été installé.

Dans le but de réduire les risques d'introduction sur le marché des médicaments de mauvaise qualité, 30 experts sénégalais ont été formés sur l'enregistrement des médicaments génériques selon le format CTD (Common Technical Document for

drugs registration). D'autres sessions de formation sur la réglementation des vaccins et des essais cliniques ont été organisées.

Par rapport au contrôle de qualité des médicaments, le LNCM n'a pu satisfaire que 58% des demandes d'analyses reçues en 2016. Ce qui correspond à une évolution de 31% par rapport au taux de satisfaction atteint en 2015 (27%). Cette performance a été atteinte grâce à l'acquisition d'une nouvelle chaîne de Chromatographe Liquide Haute Performance (CLHP) reçue en 2016, à travers un financement de l'USAID.

Les principaux obstacles à l'atteinte des objectifs de performance sont les pannes récurrentes des équipements d'analyse qui ont une moyenne d'âge supérieure à dix ans et l'indisponibilité des substances chimiques de référence (SCR) à cause d'un budget dédié inexistant. Ce qui allonge souvent les délais de rendus des résultats ou au pire la non-exécution des contrôles demandés. Depuis 2006, le LNCM n'a pas pu obtenir de financements pour le renouvellement de son parc d'équipements, et en plus, son budget est passé du simple au tiers en moins de dix ans face à la demande croissante de certaines structures telles que la PNA et de la DPM. De plus, ces faiblesses ont été à l'origine des écarts majeurs relevés lors des audits des experts de l'OMS et de l'USP-PQM, réalisés dans le cadre du projet de certification et d'accréditation du LNCM.

Tableau V-10 : Infrastructures sanitaires, équipements et personnel

Indicateurs liés aux objectifs	Niveau atteint en 2015	Cible attendue en 2016	Niveau atteint en 2016	Ecart
Proportion d'infrastructures nouvellement construites et équipées selon les normes ¹	53%	75%	67%	-8%
Proportion d'infrastructures réhabilitées	25%	50%	47%	-3%
Proportion d'infrastructures équipées	73%	90%	85%	-5%
Proportion d'ambulances acquises	126%	100%	100%	0
Niveau d'application des normes de couverture en ressources humaines	64%	73,55%	70,16%	3,39%
Pourcentage de produits traceurs disponibles	77%	≥ 87%	85%	-2%
Pourcentage de produits traceurs en rupture	23%	≤13%	15%	-2%
Durée moyenne de rupture des médicaments et produits traceurs	45 jrs	≤10 jours	31 jours	-21

Indicateurs liés aux objectifs	Niveau atteint en 2015	Cible attendue en 2016	Niveau atteint en 2016	Ecart
Taux de disponibilité en médicaments et produits essentiels pour la santé de la mère	85%	≥ 87%	85%	-2
Taux de disponibilité en médicaments et produits essentiels pour la santé nourrisson, enfant et adolescent	85%	≥ 87%	85%	-2
Taux de disponibilité en médicaments et produits essentiels pour les Programmes (Sida, PNT) (Taux moyen)	78%	≥ 87%	80%	-7
Taux de disponibilité en médicaments et produits essentiels pour le PNLN	95%	≥ 87%	95%	+8
Taux de disponibilité en Insuline pour les diabétiques	100%	≥ 87%	100%	+13
Taux de disponibilité en médicaments oraux essentiels pour les diabétiques	95%	≥ 87%	100%	+13

Source : MSAS. Rapport de performance annuel du DPPD

Conclusion

« Permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge » est le nouveau credo de l'agenda international en politique sanitaire. Et le Sénégal s'est inscrit dans cette lancée avec des performances enregistrées dans la prévention en matière de lutte contre le SIDA avec un taux de dépistage réel de 51% sur l'objectif fixé de 1 207 505. S'agissant de la prévention contre le paludisme, 76 % des personnes enquêtées ont accès à une moustiquaire imprégnée, et pour la tuberculose, la disponibilité de l'appareil Genexpert illustre les mesures préventives posées à ce niveau. Un nombre important d'infrastructures sanitaires a été mis à disposition pour améliorer le système de santé en 2016 (1422 cases de santé créées). C'est ainsi que des moyens ont été déployés par l'Etat pour éliminer la tuberculose et le paludisme et mettre fin à la prolifération du VIH/SIDA. Le Sénégal s'est engagé à mettre fin à l'épidémie de sida dans le cadre des Objectifs de Développement Durable (ODD) et dans le cadre du Programme de Lutte contre le VIH du Ministère de la Santé et de l'Action sociale.

Des progrès au cours de l'année 2016 ont permis de disposer de certaines infrastructures sanitaires.