

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 2012



MAI 2015

Directeur Général, Directeur de publication
Aboubacar Sédikh BEYE

Directeur Général Adjoint	Mamadou Falou MBENGUE
Directeur des Statistiques Economiques et de la Comptabilité Nationale	Mbaye FAYE
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 P.I.	Djibril Oumar LY
Agent Comptable Particulier (ACP)	Alpha Amar NIANG
Chef de la Cellule de Programmation, d'Harmonisation, de Coordination Statistique et de Coopération Internationale P.I.	Mam Siga NDIAYE

COMITE DE LECTURE ET DE CORRECTION

Seckène SENE, Amadou FALL DIOUF, Mamadou BAH, Baba NDIAYE,
Mamadou DIENG, El Hadji Malick GUEYE, Alain François DIATTA

COMITE DE REDACTION

0. PRESENTATION DU PAYS	Amadou FALL DIOUF
1. DEMOGRAPHIE	Mahmouh DIOUF
2. MIGRATION INTERNATIONALE	Awa CISSOKO
3. EDUCATION	Adjibou Oppa BARRY
4. EMPLOI	Serge MANEL et Jean Rodrigue MALOU
5. SANTE	Atoumane FALL et Abdoulaye FAYE
6. JUSTICE	Jean Pierre Diamane BAHOM
7. ASSISTANCE SOCIALE	Ndèye Aïda FAYE
8. EAU ET ASSAINISSEMENT	Momath Cisse
9. AGRICULTURE	Fodé DIEME
10. ENVIRONNEMENT	Mamadou FAYE
11. ELEVAGE	Modou Ndour FAYE
12. PECHE MARITIME	Mody DIOP
13. TRANSPORT	Bocar KA
14. TOURISME	Adama SECK
15. BTP	Fahd NDIAYE
16. PRODUCTION INDUSTRIELLE	Mamadou WONE et Maxime Bruno NAGNONHOU
17. INSTITUTIONS FINANCIERES	Malick DIOP
18. COMMERCE EXTERIEUR	El Hadj Oumar SENGHOR et Daouda BALLE
19. COMPTES ECONOMIQUES	Mamadou Ngalgou KANE et Adama SECK
20. PRIX A LA CONSOMMATION	El Hadji Malick Cisse et Baba NDIAYE
21. FINANCES PUBLIQUES	Madiaw DIBO

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

Il est du ressort exclusif du Gouvernement par le biais de son **Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) de garantir l'accès** de la population à des services de qualité par une démocratisation du système de santé.

En 2012, **le secteur de la santé a été fusionné avec celui de l'action sociale**. Dans le cadre de la production des données statistiques, le Gouvernement du Sénégal vient de réaliser en 2012, la première **phase d'une Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) conformément au programme d'actions du Schéma** Directeur de la Statistique. Ce projet, couvrant la période 2012-2016, permet de générer des indicateurs sanitaires réguliers pour répondre à la demande des utilisateurs. Les **résultats sanitaires de l'année 2012, reflètent les mêmes tendances que celles observées l'année** précédente. Le contexte de cette année est marqué par le lancement de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

La rédaction de ce chapitre coïncide avec la rétroaction des informations sanitaires qui perdure depuis 2009. Deux documents serviront de référence à la rédaction de ce chapitre à savoir le **rapport final de l'Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) de 2012** et le rapport de performance du CDSMT de 2012.

Ce présent chapitre s'articule autour de 4 parties. La première partie présente l'évolution des indicateurs sanitaires clés contenus dans le DSRP, la deuxième repose sur une présentation du système de santé sénégalais. Il s'agira dans cette partie, de faire une présentation de la politique sanitaire, de passer en revue le personnel sanitaire ainsi que l'état de la couverture en infrastructures sanitaires. Les activités préventives du secteur constitueront la troisième partie. Enfin, une analyse de l'état de santé de la population sénégalaise en 2012 à travers la morbidité, les activités curatives et la mortalité bouclera ce chapitre.

V.1. INDICATEURS CLES DU SECTEUR DE LA SANTE

Dans le DPES, le taux de Consultation Primaire Globale (CPG) est considéré comme indicateur, avec une cible de 60% pour l'année 2012. Ce taux n'est pas disponible cette année à cause de la rétention d'information.

Par contre, le **taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié**, dont l'objectif était de 60% pour 2011 a été largement atteint avec un résultat de 65%. Ce résultat a permis de revoir à la hausse l'objectif de 2012. Ainsi, celui-ci a été réévalué à 72%. Cependant les espoirs suscités n'ont pas été réalisés, le taux ayant chuté pour retomber environ à son niveau de 2010 soit à 50%.

Par rapport au taux de couverture en Penta 3, même si une contre-performance a été notée en 2012 (94% en 2011 à environ 89% en 2012), les résultats (89%) sont à un point de pourcentage de l'objectif du programme en 2012 (90%).

En ce qui concerne l'insuffisance pondérale, qui est un indicateur composite regroupant les malnutritions chronique et aigüe, **près d'un enfant sur six (16 %)** en souffrent. Ce taux, même s'il est en dessous de celui de l'année dernière est au-dessus de la cible de 2012 (13%).

S'agissant du budget alloué au secteur de la Santé, on note un taux de 10,2 % pour le fonctionnement soit un léger fléchissement de 3,6 par rapport à 2010. Pour ce qui est de l'investissement, le taux demeure faible et se situe seulement à 1,8%. En outre, la cible fixée en 2012 (13%) n'a pas été atteinte (10,4%).

Tableau 5.1 : Evolution des indicateurs clés santé du DSRP

Indicateurs	Résultats 2010	Résultats 2011	Cibles 2012	Résultats 2012 (EDSC ²)
CPG (consultation primaire globale).	57%	57%	60%	ND
Taux de couverture PENTA3 (ou DTC3).	86 %	94%	90%	89% ²
Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié	47,8%	65%	72%	50% ²
Prévalence VIH dans la population générale *	1,5%	0,5%	<1%	0,7%
Prévalence de l'insuffisance pondérale **	9%	8%	13%	16% ²
Part de la santé dans le budget de l'Etat *** (fonct. Invest.) hors dette	Fonct	13,6%	ND	13%
	Invest	3,4%	1,8%	---

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

Notes :

Les cibles de l'année 2012 sont celles retenues dans le CDSMT 2012-14, DPES et SNDES :

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

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

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

²Ces indicateurs sont donnés par les résultats de l'EDSC-2012.

V.2. LE SYSTEME DE SANTE SENEGALAIS

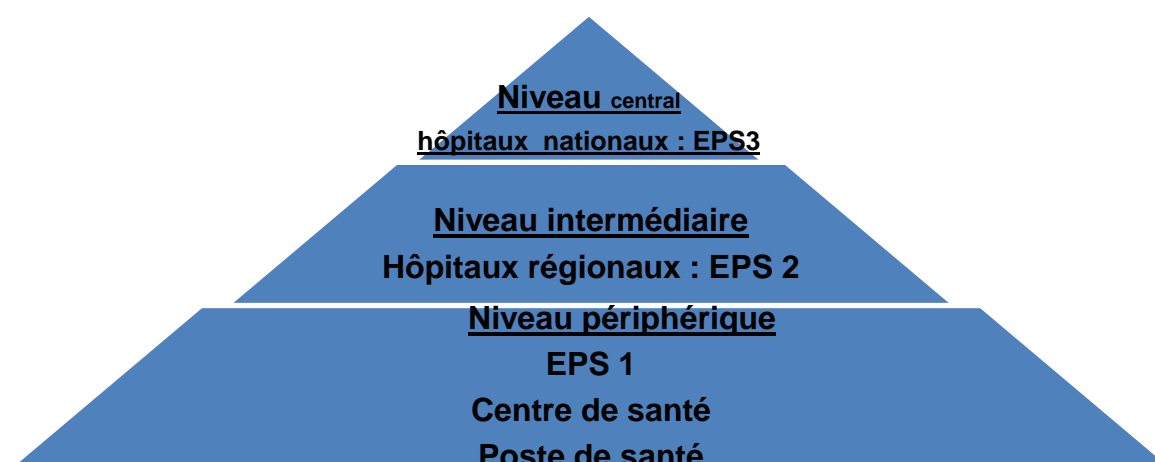
L'analyse du système de santé se fera sur cette partie par le biais d'une présentation de la politique de santé et par un bilan de la couverture en infrastructure sanitaire et en personnel de santé.

V.2.1. LA POLITIQUE SANITAIRE

Comme les années antérieures, la politique sanitaire sénégalaise demeure cette année encore dans la dynamique de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et de la réalisation des objectifs prioritaires du Deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS-II, 2009-2018). S'agissant du financement de la santé, la part du budget de l'Etat allouée au secteur est en hausse régulière ces dernières années. En effet, la priorité accordée au secteur de la santé s'est traduite par une augmentation constante du budget du Ministère de la Santé au cours de ces dernières années. Ce budget représente aujourd'hui 10,4% du budget de fonctionnement de l'Etat.

Pour exécuter la mission qui lui est assignée, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) allie l'organisation pyramidale classique du système de soins connue dans les pays africains, à une gamme assez large de services sociaux d'une part et à des réformes de structures en vue d'améliorer la qualité des services d'autre part. Ainsi, dans le cadre de la réforme hospitalière, 3 niveaux de référence ont été créés : EPS¹¹ 3 (hôpitaux nationaux), EPS 2 (plateau technique des hôpitaux régionaux actuels), EPS 1 (centres de santé de référence de certains districts).

Graphique 5.1: Organisation du système de santé



Source : Rapport de performance du CDSMT santé 2012

¹¹ EPS = Etablissement Publique de Santé

V.2.2. LE PERSONNEL ET LES INFRASTRUCTURES DE SANTE

V.2.2.1. Le personnel de santé

En 2012, le personnel de santé du pays est estimé à environ 14 463 agents, tous statuts et toutes catégories confondus. Ce nombre cache cependant de fortes disparités régionales. A titre illustratif, chez les médecins, la région de Dakar à elle seule regroupe 71% des effectifs contre 11% pour la région de Thiès qui occupe la seconde place loin derrière. Les 12 autres régions se partagent les 29% restant. **Il faut souligner qu'au sein de ces régions, la distribution des médecins est loin d'être homogène.** En effet, les régions Fatick, Kaffrine, Kédougou et Sédhiou se partagent seulement 2,6% du personnel médical.

Les techniciens supérieurs en Santé, les infirmiers et les sages-femmes constituent le personnel paramédical. 43,5% de ce personnel est concentré dans la seule région de Dakar contre seulement 12,6% dans celle de Thiès, soit 56,1% de ce personnel contre 43,9% pour les douze autres régions du Sénégal. Les régions de Fatick, Kaffrine, Kédougou et Sédhiou en comptent seulement 7,4%.

Selon le rapport de performance du CDSMT santé de 2012, cet important **déséquilibre entre Dakar et les autres régions s'explique par le poids des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et des Etablissements Publics de Santé (EPS) de Dakar qui sont pour l'essentiel de niveau 3.** En effet, dans ces structures de santé, le **plateau technique est plus relevé que dans les autres formations sanitaires. S'y ajoute, d'après toujours le rapport du CDSMT, les multiples opportunités liées à sa position de capitale nationale (structures scolaires disponibles, accès à l'information plus développé, possibilités accrues en matière de formation continue...).**

Le tableau 5.2 ci-après donne une idée des efforts qui restent à faire par le Sénégal pour satisfaire aux normes fixées par l'OMS. **En effet, en 2012, selon le rapport de performance du CDSMT santé, le pays compte 1 médecin pour 12 373 habitants (contre une norme de 1 pour 11 000 habitants) ; 1 infirmier pour 4 320 habitants (contre une norme de 1 pour 3 000 habitants) ; 1 sage-femme pour 2426 FAR (contre une norme de 1 pour 300 FAR).**

Pour satisfaire la demande en personnel jusqu'à 2018, il faudra, selon le rapport du CDSMT santé de 2012, 612 médecins et 13 878 paramédicaux.

Tableau 5.2 : Indicateurs du personnel sanitaire

Indicateurs clés	Cibles année 2012	Résultats atteints en 2012	Norme OMS
Ratio Médecin/Population	1/11000	1/12373	1/11000
Ratio Infirmier d'Etat/population	1/3000	1/4320	1/3000
Ratio SFE/FAR	1/300	1/2426	1/300
Nombre CRSF fonctionnel	7	6	----

Source : Rapport de performance du CDSMT santé 2012

V.2.2.2. La couverture en infrastructures sanitaires

En 2012, il est dénombré au Sénégal, 35 hôpitaux dont 11 de niveau 1, 15 de niveau 2 (dont 2 non fonctionnels) et 7 de niveau 3, 89 centres de santé dont 20 sont en réalité des postes de santé faisant office de centre de santé et 1 257 postes de santé dont 1 035 fonctionnels, 2 centres de santé psychiatriques¹² (qui ne sont pas considérés ici comme des hôpitaux mais des centres de santé spécialisés), 1703 cases de santé fonctionnelles (rapport CDSMT santé 2012).

En termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes¹³ préconisées par l'OMS en termes de couverture en Postes de Santé. Cependant, il n'est pas loin de l'objectif fixé pour l'année 2012 (niveau atteint : 1 Poste de Santé sur 10398 habitants pour une cible de 1 Poste de Santé sur 10851 habitants). Il en est de même pour le nombre d'hôpitaux fonctionnels (résultat 2012 : 22 pour une cible de 24). S'agissant du nombre d'Établissements Publiques de Santé (EPS) de niveau 1 fonctionnels, la cible est atteinte. Par contre, les données concernant le nombre de Centres de Santé (CS) fonctionnelles ne sont pas disponibles (tableau 5.3).

Tableau 5.3 : Indicateurs clés des infrastructures sanitaires

Indicateurs	Cibles 2012	Résultats 2012
Couverture en postes de santé	1 PS sur 10851 habitants	1PS sur 10398 habitants
Pourcentage de PS fonctionnels	100%	ND
Nombre d'hôpitaux fonctionnels	24	22
Nombre d'EPS niveau 1 fonctionnels	10	10
Nombre de CS fonctionnels	71	ND

Source : Rapport de performance du CDSMT santé 2012

¹² Dalal Xel de Thiès et Dalal Xel de Fatick.

¹³ Normes OMS : 1 poste de santé pour 10 000 habitants ; 1 centre de santé pour 50 000 habitants et 1 hôpital pour 150 000 habitants.

V.3. LES ACTIVITES DE PREVENTION DU SECTEUR

Les autres activités préventives de la santé dont il est question dans cette partie sont : l'IEC/CCC, la surveillance médicale de la grossesse, le programme Elargi de Vaccination, la surveillance des épidémies, la prévention du VIH/SIDA et enfin la prévention du paludisme.

V.3.1. INFORMATION EDUCATION COMMUNICATION/COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (IEC/CCC)

L'Information Education Communication/Communication pour le Changement de Comportement (IEC/CCC) est une sous composante transversale à tous les programmes de santé du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. En effet, la réalisation d'activités d'IEC/CCC constitue une des stratégies majeures des programmes de santé mis en œuvre.

Pour l'année 2012, les activités réalisées sont entre autres : élaboration et mise en œuvre du plan de communication pour les campagnes de vaccination, la finalisation du guide de Communication pour le changement de comportement (CCC) ...

Il ressort de l'examen du tableau ci-après, que la majorité des cibles n'a pas été atteinte pour l'année 2012. Cette situation s'explique selon le rapport de performance du CDSMT santé par l'indisponibilité des ressources attendues de certains partenaires et par les ponctions opérées sur le budget Etat (environ 45%).

Tableau 5.4 : indicateurs de suivi des performances du service

Indicateurs de performances	Cibles 2012	Résultats 2012	Ecart
Nombre de BREIPS supervisés	14	07	(-7)
Nombre de grands rassemblements religieux ayant bénéficié de plan de communication avec production et diffusion de supports et d'émissions radio/télé	08	06	(-2)
Nombre d'événements spéciaux ayant bénéficié de plan de communication avec production et diffusion de supports et d'émissions radio/télé	11	7	(-4)
Nombre de campagnes nationales couvertes	03	03	(0)
Nombre de supports de communication imprimés et promotionnels produits et distribués	30 000 Affiches	20 000 Affiches	(-10.000)
	-50 000 Dépliants	-45 000 Dépliants	(-5.000)
Nombre d'exemplaires du Magazine « Mon courrier Santé » produits et diffusés	30 000 Exemplaires du Magazine Mon courrier Santé	15 000 Exemplaires du Magazine Mon courrier Santé	(-15.000)
Nombre de spots et bandes annonces télé produits et diffusés	52	32	(-20)
Nombre de spots et bandes annonces radio produits et diffusés	150	88	(-62)
Nombre d'agents formés en Approche Combi (communication pour un impact comportemental)	77	92	(+ 15)
% d'activités du MSAS ayant bénéficié de couverture médiatique par le bureau audiovisuel du service	100%	100%	0

Source : Rapport de performance du CDSMT santé 2012

V.3.2. LES AUTRES ACTIVITES PREVENTIVES

Il s'agit de la surveillance médicale de la grossesse, du programme Elargi de Vaccination, de la surveillance des épidémies, de la prévention du VIH/SIDA à travers le PTME et le dépistage et enfin de la prévention du paludisme par le biais de la Pulvérisation Intra-Domiciliaire (PID) et la protection les groupes vulnérables avec le recours aux moustiquaires.

➤ la surveillance médicale de la grossesse

Selon les résultats de l'EDSC 2012, parmi les dernières naissances vivantes survenues au cours des cinq dernières années, plus de neuf naissances sur dix (94 %) ont fait l'objet de consultations prénatales auprès de professionnels de la santé (médecins, infirmières, sages-femmes ou sages-femmes auxiliaires). En outre, les différences selon l'âge de la femme ne sont pas élevées : 95 % chez les femmes de moins de 35 ans et 92% chez celles dont l'âge est égal ou supérieure à 35 ans. Les enfants du milieu urbain ont été relativement plus nombreux (99 % contre 92 %) à être de mère ayant bénéficié de visites prénatales au cours de leur grossesse (Cf. tableau 5.5 ci-après).

Tableau 5.5 : Indicateurs de santé maternelle

Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé pour la dernière naissance vivante et pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal, Parmi toutes les naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé et pourcentage de celles qui ont eu lieu dans un établissement de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2012-2013

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé ¹	Pourcentage de femmes dont la naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²	Pourcentage de femmes ayant reçu du supplément de fer au cours de la grossesse	Effectif de femmes	Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé	Pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance							
<20	94,7	73,5	93	507	51,8	70,0	834
20-34	95,0	69,1	94	2 888	50,4	72,1	4 498
35+	92,2	63,0	90	806	50,0	69,3	1 059
Milieu de résidence							
Urbain	98,5	74,4	97	1 554	78,0	92,0	2 216
Rural	92,1	65,0	91	2 647	35,9	60,3	4 175
Ensemble	94,5	68,5	93	4 200	50,5	71,3	6 391

¹ Les médecins, les sages-femmes et les infirmiers/Infirmiers chefs de poste (ICP) sont considérés 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 : EDS-Continue 2012

➤ **Le Programme Elargi de Vaccination (PEV)**

Initié au Sénégal en 1979, le programme Elargi de Vaccination (PEV) a pour mission la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies cibles **qu'on peut éviter par la vaccination. Les résultats analysés ici sont issus de l'EDSC 2012.**

Les résultats contenus dans le tableau 4.6 ci-dessous montrent que, toutes sources de renseignements confondues, 7 enfants de 12-23 mois sur 10 (70,2 %) sont complètement vaccinés et environ, 96,3 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le **BCG (donné en principe à la naissance). La proportion d'enfants ayant reçu la première dose de Pentavalent est également très importante (96 %), mais la couverture vaccinale diminue avec le nombre de doses : de 93 % pour la deuxième dose, elle tombe à 89 % à la troisième dose. Le taux de déperdition¹⁴ pour ce vaccin, assez faible entre les première et deuxième doses (3 %), augmente entre les deuxième et troisième doses (5 %) ; le taux de déperdition global entre les première et troisième doses est de 8 %.**

Les niveaux de couverture vaccinale devraient être très proches entre le vaccin contre la poliomyélite et le Penta car étant administré en même temps. Cependant la couverture vaccinale contre la poliomyélite est légèrement plus faible (polio 0 : 72 %, polio 1 : 96 %, polio 2 : 92 % et polio 3 : 83 %) et connaît une déperdition plus importante entre les première et troisième doses. La couverture contre la rougeole et **la fièvre jaune sont les plus faibles de toutes (79 % quel que soit l'âge de l'enfant et 77 % pour ceux vaccinés à 12-23 mois).**

L'analyse selon le sexe révèle un écart faible entre garçon et fille (70 % pour les enfants de sexe masculin contre 71 % pour ceux de sexe féminin). Le pourcentage **d'enfants de 12-23 mois** ayant reçu tous les vaccins est assez proche entre les milieux urbain et rural (respectivement 71 % et 70 %).

Il ressort du tableau ci-après que, **pour l'ensemble des enfants de 12-23 mois, un carnet de vaccination n'a été présenté à l'enquêtrice que dans 70 % des cas. L'analyse selon la région de résidence semble indiquer que c'est en milieu urbain que la carte est plus souvent présentée (73 % contre 70 %).**

¹⁴ Le taux de déperdition pour le Penta, par exemple, est la proportion d'enfants qui, ayant reçu la première dose du vaccin, ne reçoivent pas la troisième.

Tableau 5.6 : Vaccinations selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête par source d'information à (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère), et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2012-13

Caractéristique sociodémographique	BCG	Penta			Polio			Rougeole	Fièvre jaune	Tous les vaccins ²	Aucun vaccin	Pourcentage ayant présenté un carnet de vaccination	Effectif d'enfants	
		1	2	3	0 ¹	1	2							3
Sexe														
Masculin	96,0	96,1	94,0	88,9	72,6	95,2	93,4	83,1	77,7	76,3	69,5	2,9	70	593
Féminin	96,6	95,6	92,4	88,1	70,4	96,1	91,0	82,8	77,9	77,7	70,8	2,6	72	638
Milieu de résidence														
Urbain	98,8	97,9	95,7	92,2	83,9	96,8	93,3	82,3	81,0	79,3	70,5	1,2	73	404
Rural	95,1	94,8	91,9	86,7	65,4	95,1	91,5	83,3	76,3	76,0	70,1	3,5	70	826
Ensemble	96,3	95,8	93,1	88,5	71,5	95,7	92,1	83,0	77,8	77,1	70,2	2,8	71	1 230

¹ Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance

² BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance)

Source : EDS-Continue 2012

➤ La Surveillance des épidémies

Dans le cadre de la surveillance des épidémies, la Direction de la prévention dispose d'un ensemble d'indicateurs de suivi. Ainsi, en 2012, les cibles pour les districts ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole ou de fièvre jaune n'ont pas été atteints. La raison, selon le rapport de CDSMT 2012, résulte de la contre performance de certains districts, considérés comme silencieux (tableau 5.7). Cette contre performance notée dans ces districts l'a été également pour d'autres maladies sous surveillance, selon le même document. Par contre, certains cibles fixées à 100% ont été effectivement réalisées, il s'agit : du taux d'investigation des cas suspects de rougeole et de la fièvre jaune par un prélèvement de sang, du taux de complétude dans la transmission des listes hebdomadaires de cas de méningite par les districts, du taux d'investigation des cas de TNN notifiés, de la Proportion de districts ayant atteint l'objectif de moins d'un cas de TNM pour 1000 naissances vivantes.

Pour le reste des indicateurs du tableau 4.7, le niveau atteint en 2012 est au-delà des cibles. Il s'agit du taux d'affections éruptives fébriles non rougeoleuses (écart +0,2), le nombre de PFA non polio pour 100000 enfants de moins 15 ans (écart 0,4), le pourcentage de prélèvement de selles adéquates (+10%).

Tableau 5.7 : Indicateurs de surveillance et riposte aux épidémies

INDICATEURS	CIBLES 2012	REALISEES 2012	ECARTS
Nombre de Districts ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole	76	58	(-18)
Taux d'investigation des cas suspects de rougeole par un prélèvement de sang	100 %	100%	0
Taux d'affections éruptives fébriles non rougeoleuses	2 pour 100 000 Habitants	2,2 / 100.000 Habitants	(+0,2)
Taux d'investigation des cas suspects de fièvre jaune par un prélèvement de sang	100%	100%	0
Nombre de districts ayant notifié au moins un cas suspect de fièvre jaune	76	43	(- 33)
Nombre de PFA non polio pour 100000 enfants de moins 15 ans	<2,0	2,4	0,4
Pourcentage de prélèvement de selles adéquates	85%	95%	+10%
Taux de complétude dans la transmission des listes hebdomadaires de cas de méningite par les districts	100%	100%	0%
Taux d'investigation des cas de TNN notifiés	100%	100%	0%
Proportion de districts ayant atteint l'objectif de moins d'un cas de TNM pour 1000 naissances vivantes	100%	100%	0%

Source : Direction de la Prévention

➤ La prévention du VIH/SIDA :

Le Sénégal est souvent cité en exemple comme pays ayant pu contenir l'épidémie. Depuis 2002, le pays a mis en place un programme multisectoriel de lutte contre le SIDA (PMLS). Dans cette partie, il sera question essentiellement de la prévention de la transmission mère enfant (PTME).

En 2012, le nombre de femmes enceintes ayant bénéficié du test de dépistage VIH est de 127 066. En Avril de la même année, l'OMS a sorti de nouvelles recommandations il s'agit de l'option B+ qui préconise la mise sous trithérapie à vie des femmes enceintes séropositives dès que le diagnostic de grossesse est posée. Le Sénégal a validé cette option B+ au mois d'Aout 2012. Selon le rapport du CDSMT, ce passage à l'échelle de la PTME a permis à ce jour la disponibilité du paquet complet PTME dans 100% des centres de santé et une décentralisation du dépistage dans 86% des postes de santé. En outre, selon le même rapport, la proportion de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administrée des ARV pour prévenir la transmission de l'infection à VIH à l'enfant au cours de la grossesse, pendant le travail, à l'accouchement ou pendant la période de l'allaitement est de 27% source (rapport GARP 2012).

L' intégration du dépistage dans les structures de santé, la décentralisation des services de conseil dépistage au niveau des postes de santé et les stratégies avancées et mobiles ont permis de dépister 299 620 personnes en 2012 (CSDMT).

➤ **La prévention du paludisme**

Le Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme (PNLP), dans le cadre de la **mise en œuvre de** son plan stratégique 2011- 2015, a élaboré son plan de travail 2012 dans un cadre inclusif et participatif. Cette partie traitera **d'un type de mesure** de prévention du paludisme : la pulvérisation intra-**domiciliaire (PID)** et **l'utilisation** des moustiquaires par les groupes vulnérables.

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

Un des axes d'intervention stratégique du Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme est la pulvérisation intra-domiciliaire.

Dans l'ensemble, les résultats de l'EDSC 2012 montrent que 12 % des ménages enquêtés ont déclaré que les murs internes de leurs habitations ont été pulvérisés dans les 12 mois précédant l'enquête. Ce pourcentage était de 9 % à l'EDS-MICS de 2010-2011, soit une progression de 3 points de pourcentage.

• **L'utilisation des moustiquaires par les groupes vulnérables**

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale accorde une attention spéciale à deux groupes vulnérables à savoir : les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Il ressort des résultats de l'EDSC 2012 que près d'un enfant sur deux (48 %) a dormi sous une moustiquaire quelconque la nuit ayant précédé l'enquête. Comparativement aux résultats issus de l'EDS-MICS 2010-2011(41 %), cet indicateur a connu une augmentation de 17 points de pourcentage.

L'analyse par type, montre qu'environ 45 % des enfants ont dormi sous une moustiquaire de type MII (Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides) et 42 % sous une Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA) (respectivement 35 % et 31 % selon l'EDS-MICS de 2010-2011). En outre, plus de 54 % des enfants ont dormi sous une moustiquaire MII ou dans un logement dont les murs intérieurs ont été pulvérisés au cours des 12 derniers mois. Du point de vue de la possession, parmi les enfants vivant dans des ménages disposant, au moins, d'une moustiquaire MII, 55 % ont dormi sous ce type de moustiquaire la nuit précédant l'enquête.

S'agissant de l'autre groupe vulnérable à savoir les femmes enceintes, plus de quatre d'entre elles sur dix (45 %), ont dormi sous une moustiquaire quelconque (la proportion est de 43 % pour les MII et 40% pour les MILDA). Dans l'EDS-MICS de 2010-2011, ces pourcentages étaient respectivement de 42 %, 36 % et 32 %. Par ailleurs, une femme enceinte sur deux (50 %) a dormi sous une moustiquaire MII ou dans un logement dont les murs intérieurs ont été pulvérisés au cours des 12 derniers mois. Parmi les femmes enceintes vivant dans des ménages disposant, au moins, d'une moustiquaire MII, 51 % ont dormi sous ce type de moustiquaire la nuit précédant l'enquête.

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

Pour rappel, la nouvelle vision du PNDS est : "un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif". Cette partie traite de la morbidité, des activités curatives du secteur ainsi que de la mortalité.

V.5. LA MORBIDITE ET LES ACTIVITES CURATIVES

Le PNDS accorde une place importante à la surveillance épidémiologique, à la santé de la reproduction, aux MST/SIDA et au contrôle des maladies endémiques, notamment le paludisme.

V.5.1. LE VIH/SIDA ET SA PRISE EN CHARGE

Le niveau de prévalence du VIH relativement faible au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans (0,7 % en 2010/11), reste stable. En 2012, 114 sites prescrivent des ARV et 260 prestataires de soins ont bénéficié d'une formation théorique sur la prise en charge du VIH. En ce qui concerne la PEC des Enfants vivant avec le VIH, la couverture en renforcement de capacité est de 169 agents. L'objectif de l'accès universel est d'assurer une couverture de 80% de ceux qui ont besoin du traitement ARV. Il est noté en 2012 un faible taux dépistage VIH chez les TB avec une performance nationale de 72% pour un objectif de 85% soit un gap de 13%. Par rapport à la prophylaxie au cotrimoxazole, l'objectif de 85% est atteint pour le Sénégal malgré les contre performances notées dans certaines régions.

Tableau 4.8 : Indicateurs de lutte contre le VIH/SIDA

Indicateurs clé	Cible 2012	Résultat 2012	Ecart
Nombre de personnes 15-49 ans dépistées	318 283	299 620	-18663
Nombre de femmes enceintes dépistées	128 450	127 066	-1384
Nombre de P VVIH sous ARV (cumulatif)	14 500	13 340	-1 120
Diagnostic Précoce sur les enfants	739	620	-110
Nombre d'enfants sous ARV	2541	870	-1671

Source : Unité Suivi Evaluation DLSI

V.5.2. LES MALADIES DE L'ENFANT

Cette partie traitera des **maladies de l'enfant et particulièrement des infections respiratoires aiguës (IRA)**, de la fièvre ainsi que de la diarrhée.

- Prévalence et traitement de l'IRA

Dans les pays en développement comme le Sénégal, l'une des premières causes de mortalité des enfants reste les infections respiratoires aiguës (IRA) et **particulièrement la pneumonie**. Les résultats de l'EDSC 2012 consignés dans le tableau ci-après montre que parmi les enfants de moins de cinq ans ayant souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête (3,3%), 53% ont bénéficié d'un traitement auprès d'un établissement de santé.

Les enfants de la tranche d'âges 36 à 47 mois souffrant d'une IRA ont le plus fréquemment recherché un traitement auprès d'une structure sanitaire (65%). Une légère disparité est cependant notée entre la proportion de garçons et celle des filles pour qui il a été recherché un traitement auprès d'un prestataire de santé (respectivement 54% contre 52%). Selon le milieu de résidence, la recherche d'un traitement auprès d'un établissement de santé apparaît plus fréquente en milieu urbain qu'en milieu rural (respectivement 63% contre 44%).

- Prévalence et traitement précoce de la fièvre

Il ressort des résultats de l'EDSC 2012 que les enfants dont les mères se sont rapprochées d'un prestataire de santé pour un traitement pendant cette période représentent 43%. Parmi ces enfants, ceux âgés de moins de 6 mois **d'une part** et de 36 à 47 mois **d'autre part** ont été plus concernés (45%). Les garçons et les filles enregistrent les mêmes proportions (43%). On note une faible disparité selon de milieu de résidence : 44% en milieu urbain contre 42% en milieu rural.

En cas de fièvre, la quête d'un traitement auprès d'un établissement de santé intervient plus souvent chez les enfants de 24-35 mois (46%) et aussi ceux de moins

de 6 mois (45%). Les garçons (44%) bénéficieraient plus de cette attention que les filles (43%), mais l'écart reste relativement faible selon le rapport de l'EDSC 2012. Selon toujours ce dernier, l'écart n'est pas non plus très marqué selon que la mère de l'enfant habite en milieu urbain (45%) qu'en milieu rural (43%).

- **Prévalence et traitement de la diarrhée**

La prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans s'élève à 14%. Il ressort en outre des résultats de l'EDSC que parmi les enfants ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, seulement 39% ont été conduits vers un établissement de santé au cours de leur maladie. Ce recours aux soins à la suite d'une diarrhée concerne plus les enfants de 12-23 mois (40%), de 24-35 mois et de 37-47 mois (39%). L'analyse selon le milieu de résidence montre que les enfants de mères du milieu urbain (44%) apparaissent plus favorisés que ceux du milieu rural (36%).

S'agissant de la prise en charge curative, parmi les enfants diarrhéiques, 17% ont reçu une solution à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) et les liquides SRO pré-conditionnés et 22% ont été traité par Réhydratation Orale et des solutions maison recommandées. En outre, la solution SRO seule est plus fréquente chez les enfants de 12-23 mois (20%) et de 24-35 mois (19%). Les garçons et les filles reçoivent cette solution dans pratiquement les mêmes proportions (respectivement 18% et 17%). L'écart semble est plus important entre enfants du milieu urbain (24%) et ceux du milieu rural (20%).

Lorsque la solution SRO est complétée par les solutions maison recommandées, les enfants de 48-59 mois (35%) semblent plus concernés que leurs homologues des autres tranches d'âges. Contrairement à la seule solution SRO, les filles (23%) sont plus traitées que les garçons (20%) par les sachets SRO combinées aux solutions maison recommandées. Les enfants du milieu urbain (24%) semblent par contre plus favorisés que ceux du milieu rural (20%) avec cette méthode.

Tableau 5.8 : Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) ou qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé; parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé, pourcentage qui ont reçu une solution préparée à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO), ou é qui on a donné des liquides de SRO pré-conditionnés et pourcentage qui ont été traité avec n'importe quel type de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2012-13

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Enfants avec la fièvre		Enfants avec la diarrhée			
	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Effectif avec IRA	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Effectif avec la fièvre	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Pourcentage à qui on a donné une solution à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ³	Pourcentage ayant été traité avec une TRO ⁴	Effectif avec la diarrhée
Groupe d'âges en mois								
<6	32,4	17	45,2	104	38,9	11,3	11,9	89
6-11	49,4	23	38,7	142	37,2	16,0	17,6	139
12-23	46,1	61	45,6	274	40,2	19,7	25,2	267
24-35	56,3	32	45,8	228	39,0	18,9	21,7	208
36-47	65,2	39	39,4	150	38,6	14,8	16,7	99
48-59	61,8	30	43,7	111	35,8	15,5	35,2	60
Sexe								
Masculin	54,5	100	42,9	487	39,9	17,5	20,4	438
Féminin	51,6	102	44,1	523	37,7	16,9	22,6	424
Milieu de résidence								
Urbain	63,4	95	44,5	385	44,2	19,6	24,4	309
Rural	43,9	107	42,9	625	35,8	15,9	19,9	553
Ensemble	53,0	202	43,5	1 010	38,8	17,2	21,5	862

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 : EDS-Continue 2012

V.5.3. LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE

Par le biais des supervisions, le PNT a procédé à la collecte active des données de l'année 2012. Ainsi, 2810 nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues correspondant à un taux d'incidence de 64 nouveaux cas de tuberculose sur 100 000 habitants (notification de l'ensemble des structures sanitaires). Par contre, pour l'année 2011, l'ensemble des cas de tuberculose, nouveaux comme anciens, notifiés s'élevait à 11604 cas, soit une prévalence de 90,2 cas sur 100 000 habitants.

L'examen du tableau ci-après montre un écart négatif enregistré sur le taux de détection (-2%). Cet écart est surtout lié entre autre à la stratégie actuelle de dépistage passif des cas de tuberculose. Quant à la différence négative de -2% relative au taux de perdus de vue, elle reflète, selon le rapport du CDSMT 2012, une performance négative du PNT probablement attribuable à un déficit de communication avec les patients et à l'insuffisance du suivi communautaire pour relancer les malades irréguliers au traitement et les amener à épuiser la durée prescrite.

S'agissant de la cible annuelle fixée à un niveau de 85% en 2012, elle a été atteinte pour le taux de succès du traitement. Mais du point de vue du CDSMT 2012, les efforts doivent se poursuivre pour réduire la proportion de traitements terminés et augmenter le taux de guérison.

Tableau 5.9 : Indicateurs de lutte contre la Tuberculose

Indicateurs- clé	Cibles 2012	Résultats 2012	Ecart
Taux de détection	60%	58%	-2%
Taux de succès	85%	85%	0%
Taux de perdus de vue	5%	7%	-2%

Source : PNT

V.5.4. LA MORTALITE

Comme en atteste la tendance de la plupart des indicateurs suivis des programmes de santé, le pays a connu une certaine amélioration de la situation sanitaire au cours de ces deux dernières décennies. Bien qu'encore élevés, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile ont enregistré une certaine baisse. La mortalité infantile a enregistré un taux de 43‰ à l'EDS-Continue de 2012 contre 47‰ en 2010-11 pour les cinq dernières années. En ce qui concerne la mortalité infanto-juvénile, elle est passée de 65‰ en 2012-13 contre 72‰ dans l'EDS-MICS.

Durant la période 2008-2013 (0-4 ans avant l'enquête), 43 enfants nés vivants sur 1 000 sont décédés avant de fêter leur premier anniversaire dont 26‰ entre 0 et 1 mois exact et 17‰ entre 1 et 12 mois exacts. Parmi les enfants ayant atteint un an, 23‰ n'ont pas atteint leur cinquième anniversaire. Durant cette même période, le risque global de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est estimé à 65 ‰, soit moins de sept enfants sur 100.

Tableau 5.10 : Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, EDS-Continue, Sénégal 2012-2013

Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité postnéonatale ¹ (PNN)	Mortalité infantile (_{1q0})	Mortalité juvénile (_{4q1})	Mortalité infanto-juvénile (_{5q0})
0-4	26	17	43	23	65
5-9	36	20	56	30	84
10-14	31	32	64	62	121

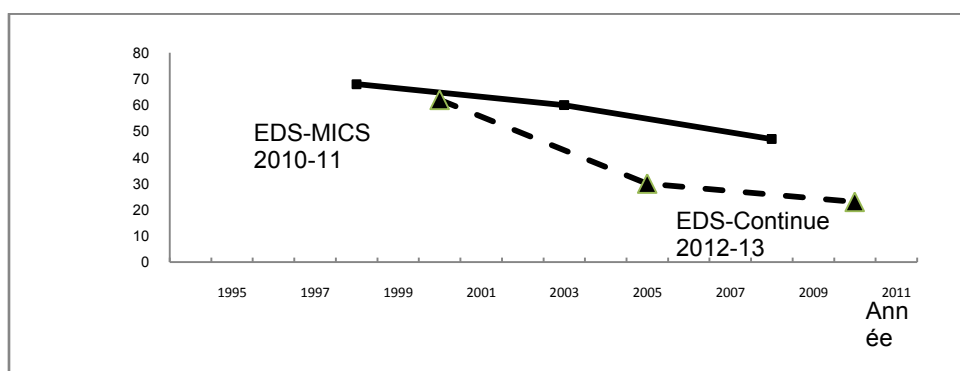
¹ Calculé par différence entre le taux de mortalité infantile et néonatale.

Source : EDS-Continue 2012

Observée depuis maintenant plusieurs années, la tendance à la baisse de la mortalité des enfants semble se poursuivre. Au cours des 15 dernières années, le niveau de la mortalité des enfants (quel que soit le type de mortalité) a sensiblement fléchi. En effet, le taux de mortalité infantile est passé de 64‰ dans la période 10-14 ans avant l'enquête (EDSC-2012) à 43‰ dans celle 0-4 ans (cinq dernières années), soit une baisse globale de 33 points de pourcentage. Cependant, cette baisse n'est pas uniforme sur toute la période : elle est près de deux fois plus forte entre 2008 et 2013 (23%) qu'entre 2004 et 2008 (13%).

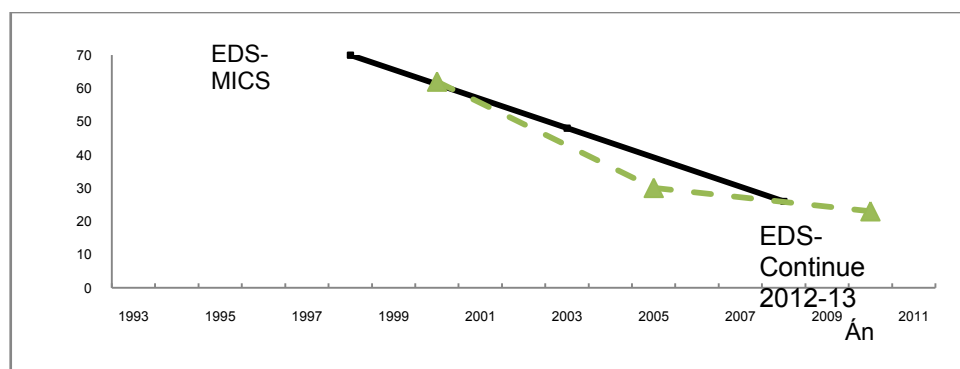
S'agissant de la mortalité juvénile, les résultats de l'EDSC 2012 révèlent que la tendance à la baisse se poursuit : le taux s'est dégringolé de 12 points de pourcentage (passant 26‰ à 23‰) sur la première période. Il faut souligner que cette baisse apparaît moins accentuée sur la dernière période (23% entre 2008-2013 contre 52% entre 2004-2008) contrairement à la mortalité infantile. En guise d'illustration, les graphiques 4.1 et 4.2 présentent les tendances de la mortalité infantile et juvénile selon l'EDS-MICS de 2010-2011 et l'EDS-Continue de 2012-2013.

Graphique 5.2: Tendances de la mortalité infantile selon l'EDS-MICS 2010-2011 et l'EDS-Continue 2012-2013



Source : EDS-Continue 2012

Graphique 5.3: Tendances de la mortalité juvénile selon l'EDS-MICS 2010-2011 et l'EDS-Continue 2012-2013



Source : EDS-Continue 2012

Conclusion

Ces deux dernières décennies sont marquées par une amélioration de la situation sanitaire comme en atteste la tendance de la plupart des indicateurs suivis par les programmes de santé. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile bien **qu'encore élevés, ont connu une baisse significative**. Cependant, concernant les **résultats enregistrés au cours de l'année 2012, seule la prévalence du VIH/SIDA est satisfaisant**, au regard des indicateurs clés du secteur. Quant aux autres, à savoir : le taux de couverture Penta 3, la proportion des accouchements assistés par du **personnel qualifié, la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0 à 5 ans, ils n'ont pas atteint leur cible**.

S'agissant de la situation des infrastructures sanitaires publiques et du personnel sanitaire, les normes fixées par l'OMS ne sont toujours pas respectées même si une relative amélioration a été notée au cours de ces dernières années.

L'endémie du paludisme, qui est une des premières causes de morbidité, est en train de fléchir, résultat à mettre notamment à l'actif du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

La tendance à la baisse de la mortalité des enfants, observée depuis plusieurs années déjà, semble se **poursuivre. Un examen de l'évolution de la mortalité des enfants au cours des 15 dernières années montre que, quel que soit le type de mortalité, le niveau a sensiblement fléchi dans la période.**