



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES



ANSD
Agence Nationale de
la Statistique et de la Démographie

SITUATION ÉCONOMIQUE

ET SOCIALE DU SÉNÉGAL

ÉDITION 2006

Directeur Général, Directeur de Publication	Babakar FALL
Directeur des Statistiques Economiques et de la Comptabilité Nationale	Mamadou Alhousseynou SARR
Directeur des Statistiques Démographiques et Sociales	Ibrahima SARR
Directeur du Management de l'Information Statistique	Mamadou NIANG
Coordonnateur de la Cellule de Programmation, de Coordination et de Coopération Internationale	El.Hadji Malick DIAME

COMITE DE LECTURE

Mamadou Fallou Mbengue - Khalil El Gazri - Momar Ballé Sylla - Mamadou Ndao
Aliou Gaye - Mamadou Bah - Mme Bineta Mbow Guissé - Bakary Djiba - El hadji Malick Diamé

COMITE DE REDACTION

1. PRESENTATION DU PAYS	Coordination : Mory Diouss
2. DEMOGRAPHIE	Fatou Binetou Camara
3. EDUCATION ET FORMATION	Djibril Ndoye & Ahmed Tidiane Diallo
4. EMPLOI	Marième Fall & Macoumba Diouf
5. SANTE	Thierno Diouf & Meissa Ndour
6. ASSISTANCE SOCIALE	Djibril Ndoye
7. AGRICULTURE	Insa Sadio
8. ENVIRONNEMENT	Mamadou Faye
9. ELEVAGE	Insa Sadio
10. PECHE MARITIME SENEGALAISE	Mme Astou Ndiaye
11. TRANSPORT	Papa Seyni Thiam
12. TOURISME	Adama Seck
13. JUSTICE	Assane Thioune
14. BÂTIMENTS ET TRAVAUX PUBLICS	Adama Seck
15. INDICE DE LA PRODUCTION INDUSTRIELLE	Maxime Nagnonhou
16. INSTITUTIONS FINANCIERES	Amar Seck
17. COMMERCE EXTERIEUR	Daouda Balle
18. COMPTES ECONOMIQUES	Mamadou Ngalgou Kane & Ousseynou Sarr
19. PRIX	Baba Ndiaye
20. FINANCES PUBLIQUES	Abou Aw

AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE

Rue de Diourbel x rue de Saint Louis - B.P. 116 Dakar R.P.

Tél. (221) 33 869 21 39 - 33 825 33 32 - 33 825 00 50 • Fax : (221) 33 824 36 15

E-mail : statsenegal@yahoo.fr • Site internet: www.ansd.sn

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

SOMMAIRE

ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	4 à 7
AVANT PROPOS	8
PRESENTATION DU PAYS	9
1. DEMOGRAPHIE	10 à 25
2. EDUCATION ET FORMATION	26 à 61
3. EMPLOI	62 à 77
4. SANTE	78 à 95
5. ASSISTANCE SOCIALE	96 à 107
6. AGRICULTURE	108 à 117
7. ENVIRONNEMENT	128 à 132
8. ELEVAGE	128 à 133
9. PECHE MARITIME SENEGALAISE	134 à 141
10. TRANSPORT	142 à 151
11. TOURISME	152 à 155
12. JUSTICE	156 à 175
13. BÂTIMENTS ET TRAVAUX PUBLICS	176 à 181
14. INDICE DE LA PRODUCTION INDUSTRIELLE	182 à 191
15. INSTITUTIONS FINANCIERES	192 à 197
16. COMMERCE EXTERIEUR	198 à 205
17. COMPTES ECONOMIQUES	206 à 215
18. PRIX	216 à 219
19. FINANCES PUBLIQUES	220 à 225
TABLEAUX ANNEXES	226 à 278
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	279

IV - SANTE

Introduction

Le secteur de la santé bénéficie d'une attention particulière qui se manifeste par la volonté politique de favoriser un environnement pour maintenir et améliorer l'état de santé des populations. Cette volonté est matérialisée à travers tous les efforts consentis en termes de ressources alloués, de personnels recrutés et d'infrastructures mises en place pour permettre au système de santé (de jouer pleinement son rôle.

Le secteur de la santé au Sénégal a connu, au cours de cette dernière décennie , de fortes mutations aussi bien institutionnelles que politiques. Depuis la loi sur la décentralisation de 1996, les collectivités locales sont dotées de nouvelles compétences en matière d'initiatives dans le domaine. Par ailleurs, dans le sillage de l'initiative PPTE et l'avènement de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP), le secteur de la santé s'est doté de nouvelles orientations stratégiques pour s'intégrer dans ce cadre globale. C'est dans cette même lancée que les Cadres Sectoriels de Dépenses à Moyen Terme (CDSMT), l'institution de la budgétisation par objectifs et la déconcentration de la gestion du BCI ont été adoptés respectivement comme mécanisme d'allocation des ressources et instrument pour améliorer l'efficacité des dépenses publiques.

Ce chapitre « SANTÉ » de l'édition 2006 de la Situation Economique et Sociale fait le bilan des activités du secteur autour de quatre grands axes. Dans une première partie, la politique sanitaire, les principales stratégies du secteur ainsi que les programmes seront brièvement présentés afin de fixer les fondements des interventions mises en œuvre. Ensuite, seront analysées les moyens, en termes de ressources organisationnelles, financières et humaines de même que les infrastructures du système. Par la suite, les résultats en termes de performance des programmes de santé et les états de santé de la population seront examinés.

Pour conclure, il sera procédé à une évaluation de la situation du secteur en termes du secteur en situant certains indicateurs dans les grands enjeux contemporains tels que le DSRP et les OMD.

La politique de santé au Sénégal

La politique nationale de santé du Sénégal découle de la Déclaration de la Politique Nationale de Santé adoptée en juin 1989 dont la finalité était de favoriser le bien-être pour toutes les catégories de la population et des «Nouvelles Orientations de la Politique de la Santé et de l'Action Sociale élaborées depuis 1995. L'implémentation de ces politiques s'est faite à travers le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS). Cette dernière a été opérationnalisée à travers une approche programmes par le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) au cours de la période 1998-2002.

8 - Le système de santé est défini comme le « complexe d'activités qui conduisent à la fourniture de services de santé à la population. Ces services visent à promouvoir la santé, prévenir la maladie, faire le diagnostic et appliquer le traitement, ou à réhabiliter les gens pour une vie sociale acceptable ».

9 - Depuis 1998 avec le PDIS qui constitue l'opérationnalisation de la première phase du PNDS. L'implantation du PDIS s'est accompagnée par la mise en place de nouvelles directions, des infrastructures, l'informatisation du SIG, etc.

Cette approche se distingue par son caractère globalisant qui se traduit par le partage d'objectifs communs de la part de tous les acteurs qui manifestent une volonté de mettre ensemble toutes les ressources pour atteindre ces objectifs à travers les orientations stratégiques retenues.

Les stratégies sectorielles de la santé

La fin de la première phase du PNDS a coïncidé avec l'édification de la stratégie de réduction de la pauvreté à partir de 2001. Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) devient le cadre global de références de toutes les politiques, programmes et projets de lutte contre la pauvreté. Ainsi, toutes les stratégies sectorielles sont réorientées pour intégrer cette dimension. Dans le secteur de la santé, l'élaboration de la seconde phase du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS II) se fera dans le sillage de la deuxième génération de la stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP II).

Ainsi, les nouvelles stratégies sectorielles de la santé s'orientent globalement vers les aspects suivants

- l'amélioration de l'accès aux services de santé particulièrement pour les couches défavorisées ;
- la lutte contre la maladie ;
- le développement des ressources humaines ;
- l'assainissement et la protection sociale ;
- la promotion des mesures de protection individuelle et collective par l'hygiène, l'assainissement et le développement de réflexes de prévention à travers une approche communautaire ;
- l'accroissement des performances des programmes de santé de la reproduction, notamment par la promotion de stratégies innovatrices d'appui à la planification familiale.

Les programmes de santé

Les stratégies sectorielles de la santé sont mises en œuvre dans le cadre des activités classiques des services de santé. Cependant, des programmes verticaux découlant des composantes des Soins de Santé Primaires sont également exécutés en application de la politique de santé. Parmi ces programmes, on peut citer

Le Programme Elargi de Vaccination

Il a été initié au Sénégal depuis 1979 et a pour objectif de vacciner au moins 80% des enfants avant leur premier anniversaire contre sept maladies cibles jugées évitables. Les activités de vaccination sont organisées et coordonnées dans le cadre des activités de routine mais aussi à travers des journées spécifiques en vue l'atteinte des objectifs fixés.

10 - Selon la stratégie mondiale de santé pour tous d'ici l'an 2000, les soins de santé primaires sont « des soins essentiellement fondés sur des méthodes et techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptés, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination ».

Le Programme National de Santé de la Reproduction

Cet important programme cible la santé maternelle, la survie de l'enfant, les IST/SIDA ainsi que la planification familiale. L'USAID / Sénégal a lancé un programme de santé de la reproduction qui a couvert la période 2001-2006 dans les régions de Dakar, Fatick, Kaolack, Louga, Thiès et Ziguinchor.

Le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA

Il a pour objectifs, entre autres, de maintenir la prévalence du VIH au dessous de 3% dans la population générale, d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le virus du SIDA et de réduire l'impact socio-économique du VIH/SIDA.

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme

Le paludisme peut être considéré comme le problème de santé le plus récurrent au Sénégal. Il constitue la première cause de morbidité et de mortalité (50% des demandes annuelles de services de santé) mais également un véritable problème de développement affectant les revenus, la production et l'apprentissage ; il réduirait la croissance du PIB de 0,35% par an (DSRP II, 2006). Le PNLP met en œuvre la politique nationale de lutte contre le paludisme : prévention, traitement, recherche, formation, surveillance épidémiologique et renforcement du système de santé.

Le Programme de Lutte contre la Tuberculose

La tuberculose reste un problème prioritaire de santé publique particulièrement dans les Pays à revenu faible ou intermédiaire où la prévalence demeure encore élevée. La résurgence de la maladie et son expansion sont actuellement craints à cause des facteurs de risque tels que la pauvreté, les migrations, la promiscuité, l'insalubrité et la pandémie VIH/Sida.

Le Programme de Lutte contre la Bilharziose

Les Bilharzioses ou Schistosomiasés sont des affections parasitaires très répandues dans le monde surtout dans les zones tropicales. Au Sénégal, il existe deux formes de Bilharziose : la forme uro-génitale présente presque dans toutes les régions du pays et la forme intestinale qui sévit actuellement sous forme épidémique dans le delta du fleuve Sénégal en particulier dans la zone de Richard Toll. Le programme vise la réduction de la morbidité due à ces deux affections, à diminuer la transmission dans les zones de transmission saisonnière et à prévenir l'extension des Bilharzioses dans les zones à risque;

D'autres programmes non moins importants sont exécutés pour assurer un bon état de santé aux populations : le Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques, le Programme Eau, Hygiène et Assainissement, le Programme de Lutte contre les Affections Bucco-dentaires, le Programme de Santé Mentale et le Programme des Médicaments Essentiels pour ne citer que ceux-là.

RESSOURCES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Organisation du système de santé ou la pyramide de santé du Sénégal

Le système de santé du Sénégal est un système mixte reposant sur une offre de soins publics et privés. Le secteur public de soins fournit l'essentiel des soins ambulatoires et hospitaliers. Il repose sur une organisation pyramidale à trois niveaux :

- Le niveau opérationnel comprend les Districts Sanitaires englobant des Centres de Santé et constituant la référence pour les Postes de Santé qui polarisent des structures communautaires. Ces dernières sont constituées de Maternités rurales et de Cases de santé. En théorie, les Centres de Santé correspondent aux Hôpitaux de District, mais du fait de l'insuffisance du plateau technique ils ne jouent pas toujours leur rôle de niveau de référence ;
- Le niveau intermédiaire est constitué des Hôpitaux Régionaux intégrés dans les régions médicales et des hôpitaux départementaux ;
- Le niveau national est constitué par les Hôpitaux nationaux. le niveau administratif correspond aux directions et services nationaux ainsi que le cabinet du Ministre qui formulent les orientations et politiques de santé.

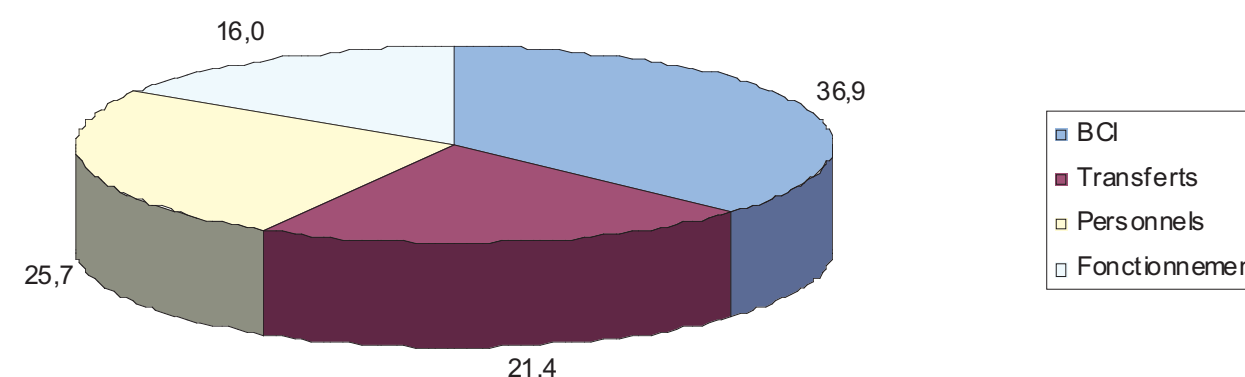
Le schéma de référence se fait à partir des Postes de santé qui assurent les soins de base vers les Centres de santé, qui à leur tour réfèrent aux Hôpitaux. Ce sont cette dernière qui dispensent les soins en médecine interne, obstétrique, en gynécologie, en pédiatrie et en chirurgie. Les Centres Hospitalo-universitaires constituent le derniers recours.

Ressources financières

Le budget de l'Etat

Pour l'année 2006, le budget de l'Etat pour la santé était de l'ordre de quatre vingt deux milliards six cent trente sept millions trois cent neuf milles trente quatre francs CFA (82 637 309 034 FCFA) dont les fonds du BCI représentent les 36,9%. En 2005, le budget de l'Etat hors BCI (Budget Consolidé d'Investissement) se chiffrait à 46,9 milliards de francs CFA, soit un accroissement d'environ 10%. En dehors du BCI, le budget de l'Etat comprend les transferts (21,4%), les frais de personnels (25,7%) et le fonctionnement (16,0%). (Voir figure ci-dessous).

Graphique 4.1 : Répartition du budget de l'Etat alloué à la santé



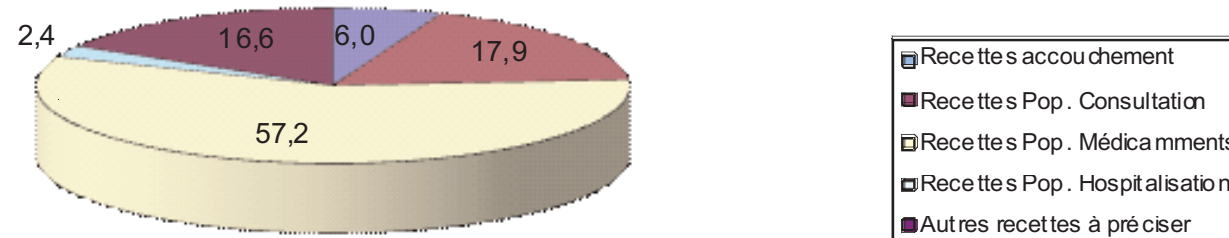
Source : MSPM/SNIS, Annuaire statistique 2006

Rapporté à la population, le budget de 2006 hors BCI, alloue 4 582 francs CFA par habitant contre 4 223 francs en 2005 soit une augmentation de 8,5%.

La participation des populations

Les recettes provenant de la participation des populations dans les districts sanitaires se sont élevés à 7 244 271 878 francs CFA en 2006 si on exclut le solde de l'année 2005 qui s'élève à 1 389 175 200 francs CFA. La majeure partie de ces recettes provient de l'achat de médicaments (près de 60%) une plus faible part étant issue des hospitalisations des malades (2,4%).

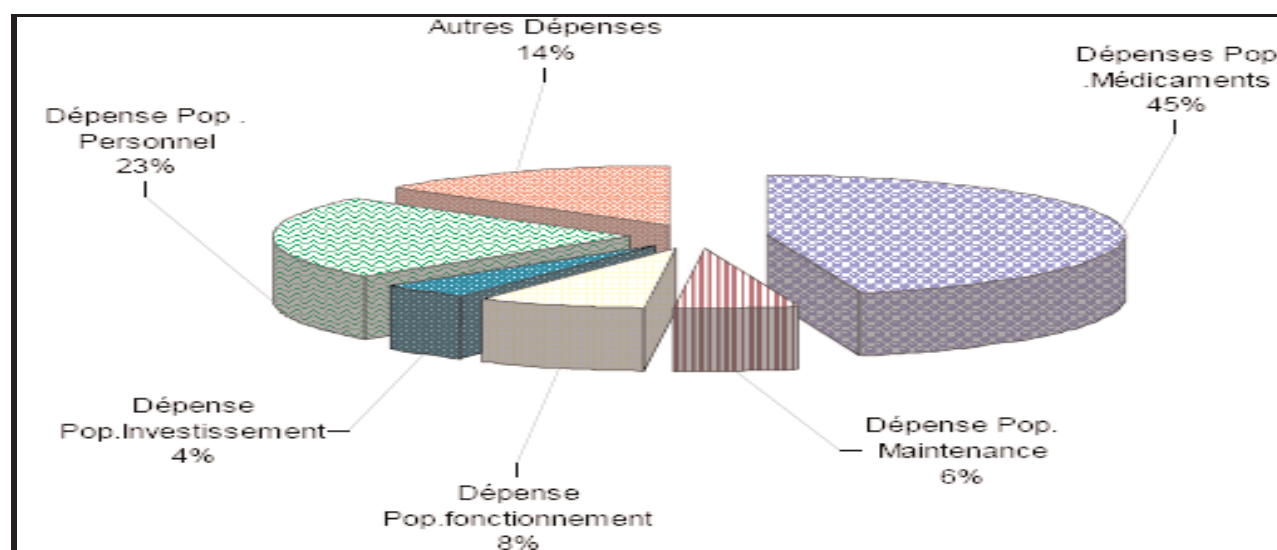
Graphique 4.2 : Répartition des recettes provenant de la participation des populations au niveau des districts de santé



Source MSPM/SNIS, Annuaire statistique 2006

Les recettes tirées de la participation des populations sont gérées par les Comités de santé au profit des structures de santé sous leur autorité. En 2006, ces ressources ont été utilisées, en grande partie, pour l'approvisionnement en médicaments et les dépenses de personnels à hauteur de 45% et 23% respectivement (Voir figure XX). Les autres postes de dépenses sont le fonctionnement (8%), la maintenance (6%) les investissements (4%) et les autres dépenses diverses (14%).

Graphique 4.3 : Dépenses des recettes issues de la participation des populations au niveau des districts de santé en 2006



Source Annuaire Santé 2006, SNIS, MSPM

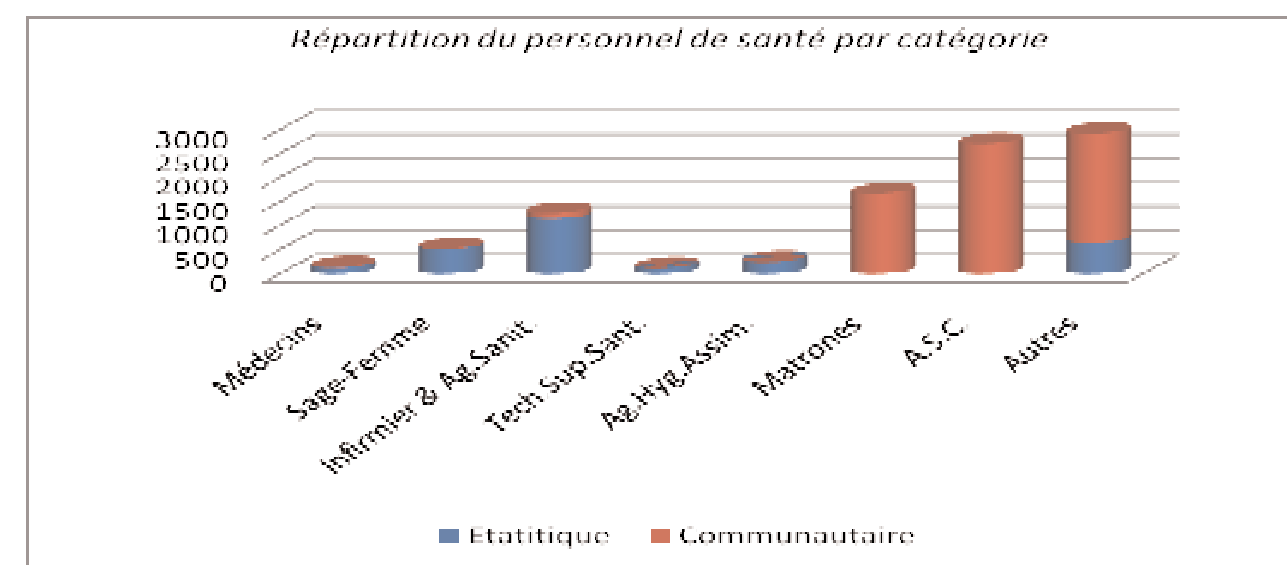
En dehors du budget de l'Etat et de la participation des populations, le secteur de la santé bénéficie d'autres sources de financement comme les dotations des Collectivités locales et l'apport des partenaires. Mais les données relatives à ces deux dernières sources ne sont pas disponibles.

Le personnel de santé

Répartition par catégorie

Dans les services de santé, on compte le personnel étatique et le personnel communautaire recruté par les comités de santé. Le Graphique suivant montre une prédominance du personnel étatique parmi le personnel médical (médecins, sages-femmes et infirmiers), les techniciens supérieurs de santé ainsi que les agents d'hygiène et assimilés. A l'inverse, les matrones et les ASC sont exclusivement des personnels communautaires.

Graphique 4.4 : répartition du personnel de santé par catégorie

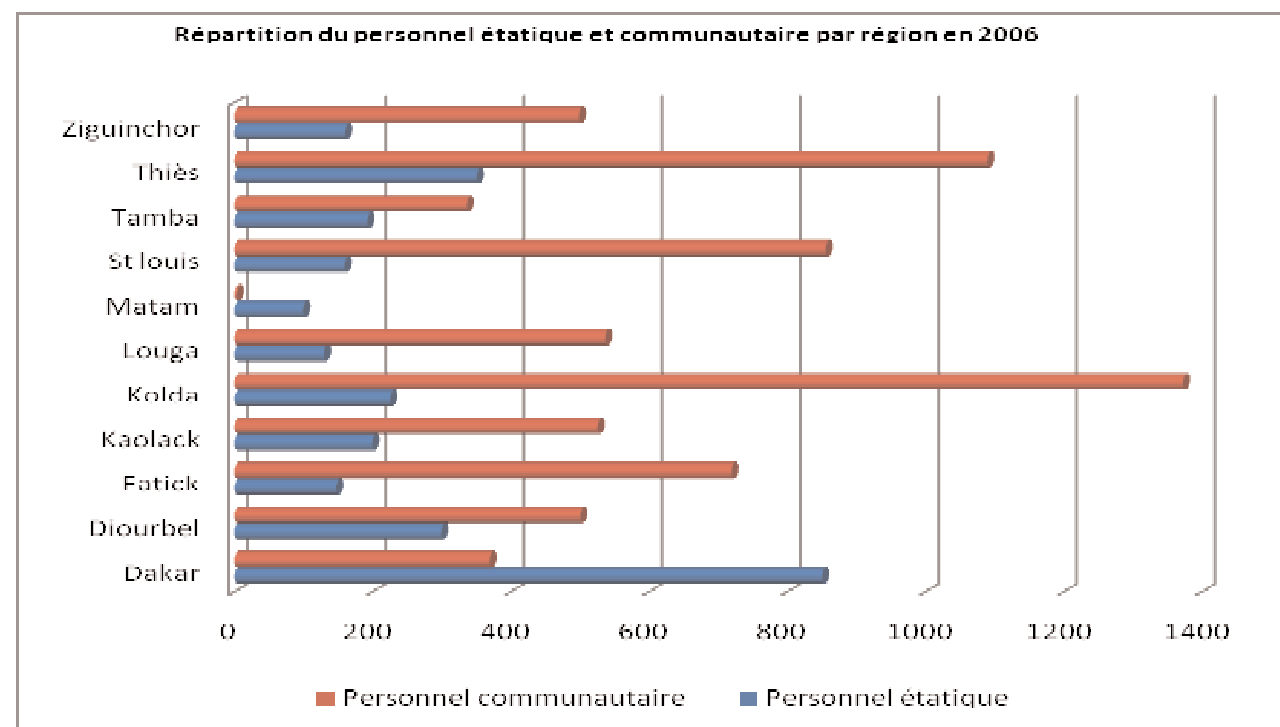


Source Données Annuaire Santé 2006, SNIS, MSPM

Répartition par région

Il apparaît, au regard du graphique suivant, que le personnel de santé est composé en majorité de personnels communautaire surtout dans les régions de Kolda, Thiès, St Louis et Fatick qui comptent beaucoup de structures de santé rurales. Par contre à Dakar c'est le personnel étatique qui est prédominant. Par ailleurs, d'une manière générale, le personnel est très mal réparti entre les régions qu'il soit étatique ou communautaire.

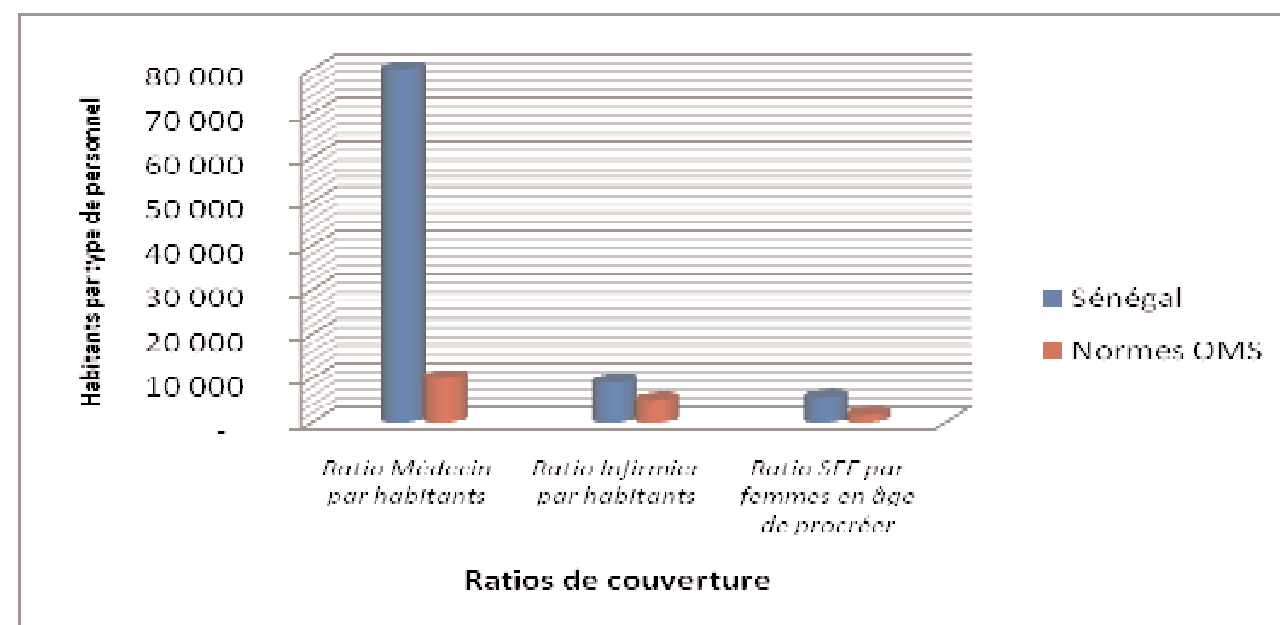
Graphique 4.5 : Répartition du personnel étatique et communautaire selon les régions en 2006



Couverture en personnels de santé principaux en 2006

La couverture de la population en termes de personnels sanitaires demeure faible. En comparaison des recommandations de l'OMS, le Sénégal enregistre des performances très faibles surtout en ce qui concerne les médecins et les sages-femmes ; pour les infirmiers le ratio est relativement proche de la norme.

Graphique 4.6 : Répartition du personnel sanitaire en comparaison avec les normes de l'OMS en 2006



Les infrastructures de santé

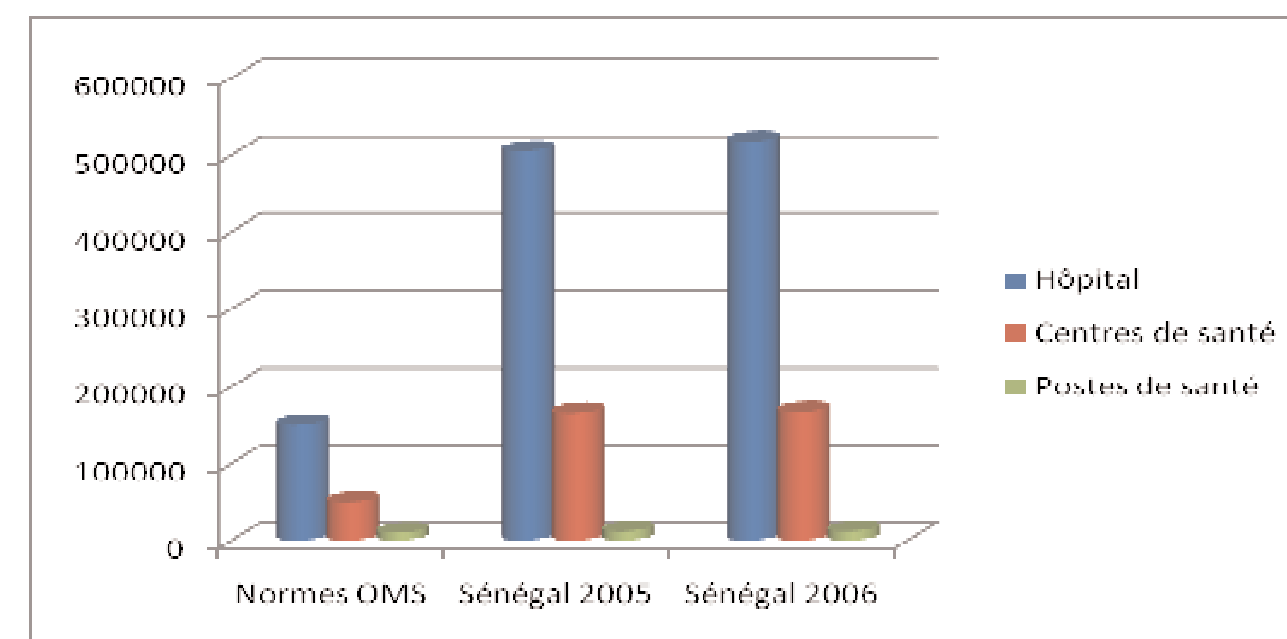
Couverture

L'amélioration de l'accès aux infrastructures de santé (Hôpitaux, Centres et Postes de santé) notamment pour les couches défavorisées et les zones enclavées constitue un enjeu stratégique dans la lutte contre la pauvreté dans le secteur de la santé. La mise en œuvre du PNDS a permis de consentir des efforts importants dans ce sens.

C'est ainsi que la couverture passive en postes de santé s'est améliorée contrairement aux hôpitaux et centres de santé où les ratios sont encore très loin des recommandations internationales (graphique ci-dessous).

Graphique 4.7 : Couverture passive en comparaison des normes Internationales (OMS)

Source Annuaire Santé 2006, SNIS MSPM - ANSD



Par ailleurs, des variations importantes entre les régions sont relevées. Les régions de Dakar et Tamba qui ont la meilleure couverture en hôpitaux présentent des ratios deux fois supérieurs aux normes alors que la région de Fatick ne dispose pas encore d'un hôpital opérationnel.

Tableau 4.1 : Répartition des infrastructures de santé par région selon la catégorie en 2005 et 2006

Régions	Poste de Santé			Centre de Santé			Hôpital		
	2005	2006	Ratio/Pop	2005	2006	Ration/Pop	2005	2006	Ratio/Pop
Dakar	115	105	22 896	17	16	150 258	8	8	300 515
Diourbel	70	79	15 185	4	6	199 930	2	2	599 790
Fatick	80	82	8 265	6	6	112 951	1	1	677 704
Kaolack	94	89	12 883	5	5	229 317	1	1	114 587
Kolda	90	75	13 191	4	4	247 336	1	1	989 343
Louga	75	62	12 008	5	6	124 908	1	1	749 448
Matam	58	59	8 321	3	3	163 652	1	1	490 955
St Louis	53	101	8 816	4	4	222 599	2	2	445 199
Tamba	92	87	7 839	6	6	113 666	2	2	340 997
Thiès	120	126	13 128	9	9	183 793	2	2	827 071
Ziguinchor	80	64	5 572	4	4	117 002	1	1	463 007
Total	927	929	11 992	67	69	167 361	22	22	517 297

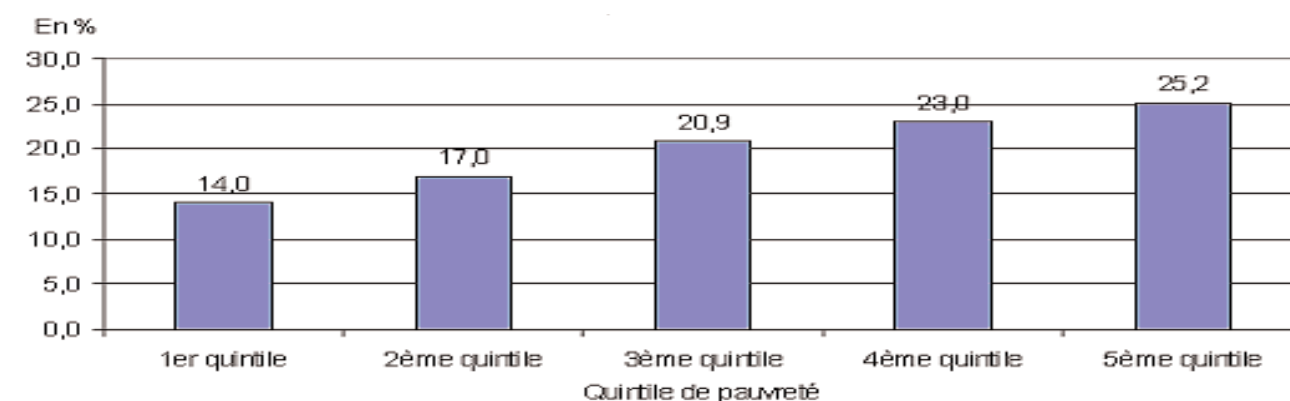
Source : **Annuaire 2005, 2006, SNIS, MSPM**

NB En 2006, pour les hôpitaux il est à noter l'existence de centre de santé spécialisé tels que les centres de santé mentale, l'Institut de Léprologie Appliquée de Dakar et l'Hôpital Militaire de Ouakam. Ces structures ne font pas partie des 22 hôpitaux définis dans le tableau.

Accès des services de santé

Selon les résultats de l'Enquête de Suivi de la Pauvreté (ESPS), en 2005, près d'un ménage sur deux avait accès à un service de santé en moins d'un quart d'heure. Il importe de signaler cependant qu'au regard du graphique suivant, cette situation profite davantage aux ménages aisés. En effet, dans la catégorie des ménages les plus riches (4ème et 5ème quintile), près du quart des ménages sont dans cette situation alors que parmi les ménages pauvres (1er et 2nd quintile), moins d'un ménage sur sept est à moins d'un quart d'heure d'une structure de santé.

Graphique 4.8: Répartition des ménages ayant accès en moins d'un quart d'heure au service de santé selon les quintiles



Source : **ESPS 2005, ANSD**

Les résultats de santé

Les activités préventives

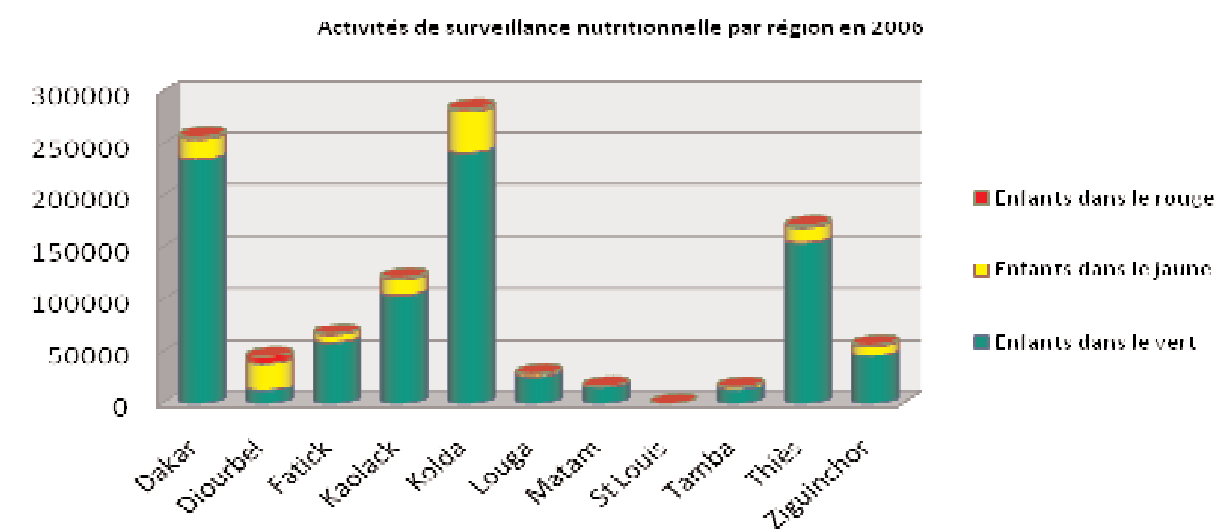
Surveillance nutritionnelle et pondérale

La malnutrition constitue un véritable problème de santé publique. Dans les pays de l'Afrique Subsaharienne, elle touche particulièrement les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Les activités de surveillance nutritionnelle et pondérale permettent la récupération des enfants dans cette situation. Dans les structures sanitaires, ces activités ont consisté en la supplémentation des enfants de 0 à 36 mois et à la prise en charge des cas de diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans.

Au regard du graphique suivant, ce sont les régions de Dakar, Kolda et Thiès qui ont accomplis les meilleures performances en termes de nombre d'enfants suivis.

La malnutrition se caractérise par un « état pathologique résultant de la carence ou de l'excès, relatif ou absolu, d'un ou plusieurs nutriments essentiels, que cet état se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques ou physiologiques » (EDS IV, 2005)

Graphique 4.9 : Activités de surveillance nutritionnelle par région en 2006



Source : **Annuaire Santé 2006, SNIS MSPM - ANSD**

NB les données de la région de St Louis ne sont pas disponibles

Activités de vaccination

La couverture vaccinale des enfants de moins de cinq ans contre certaines maladies dites de l'enfance est une activité prépondérante des services de santé notamment dans le cadre du programme élargi de vaccination. C'est ainsi qu'en dehors des activités de routine, des campagnes spéciales sont menées pour toucher le maximum de cibles souvent dans la perspective d'élimination de certaines maladies particulièrement responsables de la morbidité et de la mortalité infantile. Pour faire face à ces fléaux, l'OMS préconise la vaccination complète des enfants contre certaines maladies. Selon les résultats des services de santé, ce sont 78% des enfants au niveau national qui ont complètement été vaccinés durant l'année 2006. Et concernant particulièrement la rougeole, maladie responsable de la majeure partie de la mortalité infantile, seules les régions de Diourbel, Kolda, Kaolack et Saint-Louis ont atteint 75 % de couverture.

12 -Selon les recommandations de l'OMS, un enfant est considéré comme complètement vacciné s'il a reçu les différents antigènes comme le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la rougeole, trois doses de vaccin contre la poliomyélite et trois doses de DTCoq (diphtérie, tétanos et coqueluche) ou de Penta en injection avant l'âge d'un an.

Consultation prénatale

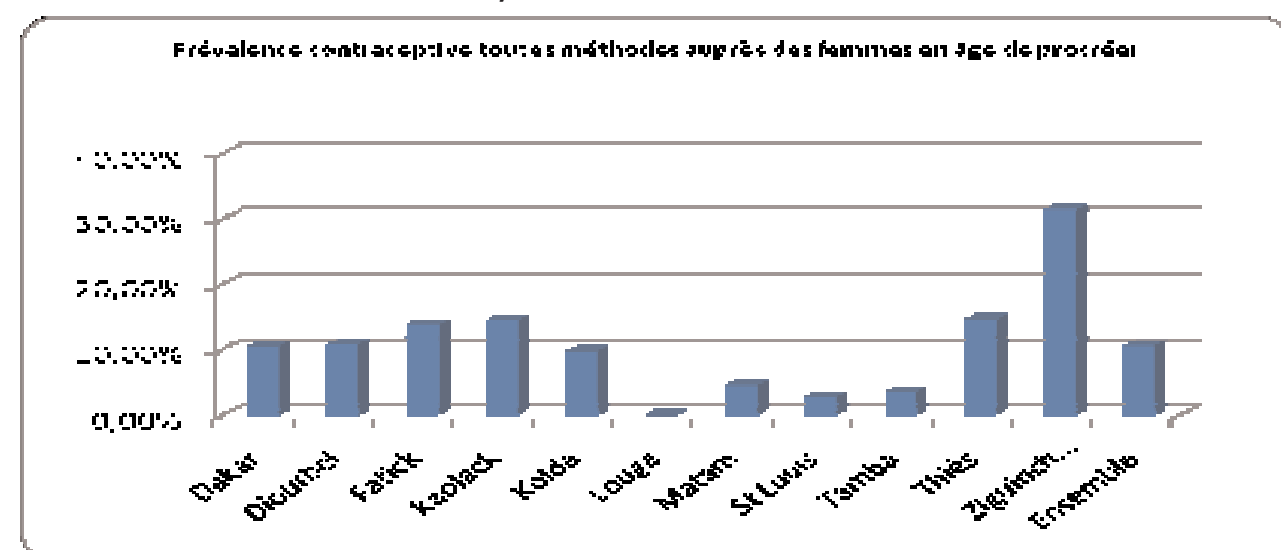
Plus de la moitié (54,7%) des femmes enceintes ayant fréquenté les structures de santé pour la première consultation prénatale n'ont pas effectué leur 3ème visite. Seul le tiers (30,3%) des femmes enceintes ayant effectué leur première visite prénatale ont fait leur 4ème visite. Par ailleurs, une faible proportion soit 17,7% des femmes ont effectué une consultation postnatale. Cependant, le traitement préventif intermittent a été administré à 71,4% des femmes qui se sont présentées pour la consultation prénatale.

Planification familiale

La contraception et d'une manière générale la planification familiale participent de la promotion de la santé de la reproduction. L'accès et l'utilisation de moyens contraceptifs constituent des enjeux majeurs pour la maîtrise de la fécondité jugée encore élevée dans les pays d'Afrique subsahariens. Durant l'année 2006, environ 10% des femmes en âge de reproduction fréquentant les services de santé ont utilisé une méthode quelconque de planification familiale, avec des niveaux très variables selon la région de résidence.

Graphique 4.10 : Prévalence contraceptive toutes méthodes auprès des femmes en âge de procréer

Source Annuaire Santé 2006, SNIS MSPM - ANSD



Les activités curatives

Consultation primaire curative

La fréquentation des services de santé est un bon indicateur de la performance du système de santé. Elle est autant dépendante de la proximité que de facteurs économiques et socioculturels. En 2005, selon les données de l'ESPS, environ 13,4% de la population globale du pays avaient consulté un service ou un personnel de santé quelconque au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête avec des variations relativement importantes allant de 18,8% et 17,9% respectivement dans les régions de St Louis et de Dakar à 5,6% dans la région de Louga.

En 2006, les statistiques sanitaires révèlent que près de deux millions et demi d'individus ont consulté un service de santé avec en moyenne légèrement plus d'un contact par patient.

Activités de maternité

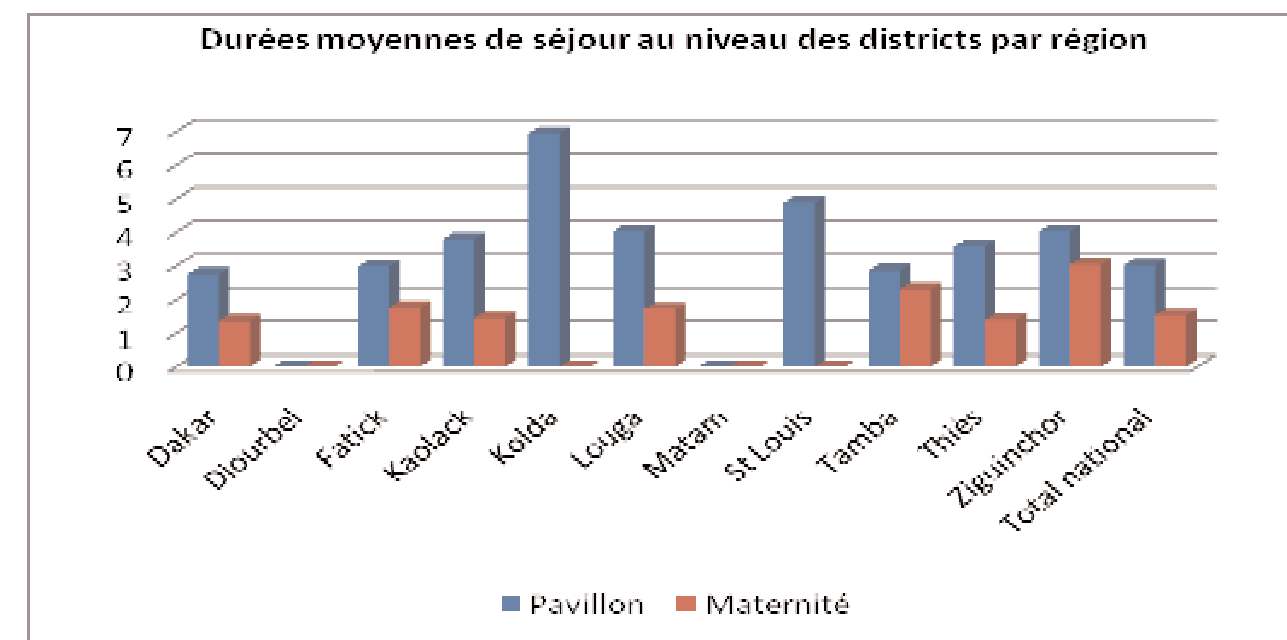
Le nombre total de femmes ayant accouché dans les maternités des districts s'est élevé à 192 889 dont quelques 339 y ont perdu la vie, soit 176 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dans les maternités des districts.

Les enfants de faible poids à la naissance représentent 9,4% des naissances tandis que le ratio mort-nés sur nouveau-nés vivants est de 3%, autrement pour 100 nouveau-nés vivants, il y a eu 3 mort-nés. Parmi ceux-là, 45 % sont des mort-nés frais, mettant ainsi en cause la qualité de la prise en charge des accouchements.

Par ailleurs, le ratio avortement sur accouchement à la maternité atteint 6,5%.

Hospitalisations (au niveau des districts)

Graphique 4.11 : Durée moyenne de séjour au niveau des districts par région



Source Annuaire Santé 2006, SNIS MSPM - ANSD

Activités des hôpitaux

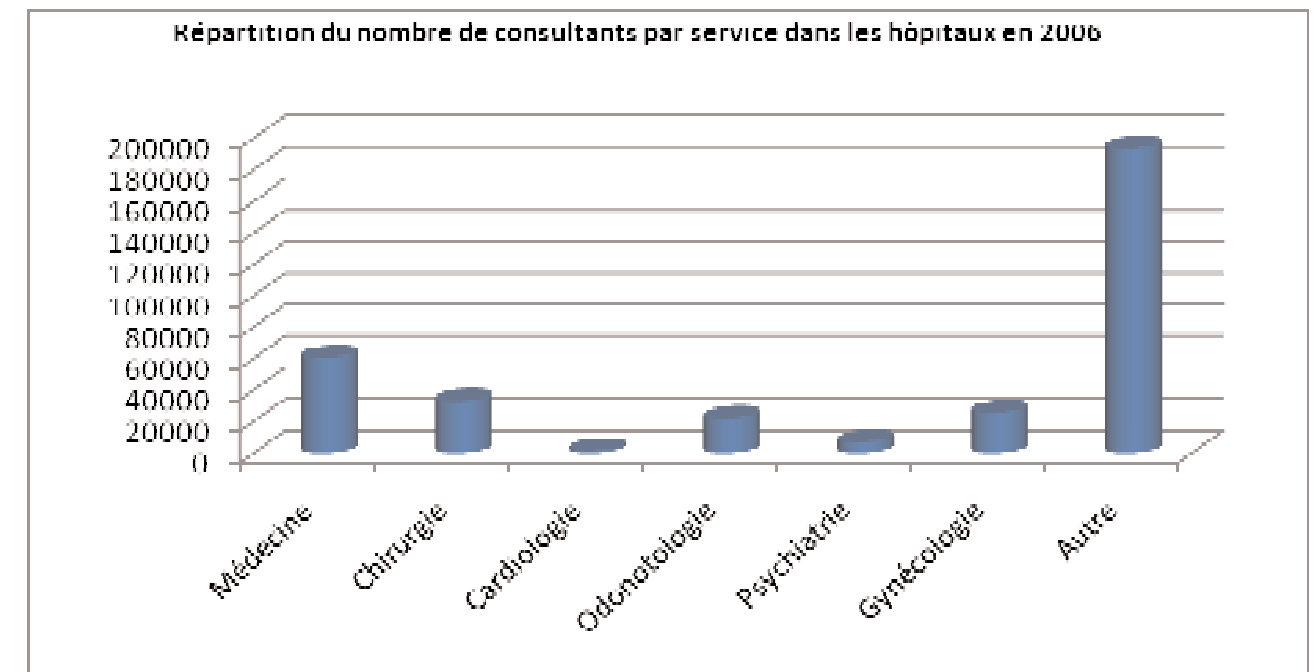
Tableau 4.2 : Répartition des consultants au niveau des Etablissements Publics de Santé (EPS) par région selon le service en 2006

	Médecine	Chirurgie	Cardiologie	Odontologie	Psychiatrie	Gynécologie	Autre	Total
Dakar	21232	5274		4474	6293	548	26305	64126
Diourbel	4649	1867	0	1136	0	1914	11410	20976
Fatick	0	0	0	0	0	0	0	0
Kaolack	2481	4605	280	785	0	3211	14431	25793
Kolda	6809	1993	0	696	0	1526	6646	17670
Louga	7532	2224	0	4548	0	3432	45896	63632
St Louis	4353	10760	0	2998	706	7521	22815	49153
Tamba	0	873	0	0	0	550	2993	4416
Thiès	8521	2952	1344	3501	0	5520	44754	66592
Ziguinchor	2908	1983	0	1137	0	0	8566	14594
Matam	2046	419	0	2734	0	1551	9706	16456
Total	60531	32950	1624	22009	6999	25773	193522	343408

Source Annuaire Santé 2006, SNIS MSPM

- La région de Dakar comprend les EPS suivants Hôpital Principal, Hôpital A. Le Dantec, Hôpital Grand Yoff , Hôpital Albert Royer, CHU de Fann, CH de Pikine, CH de Thiaroye et CH Abass Ndao.
- L'Hôpital de la région de Fatick n'est pas opérationnel.
- La région de Diourbel comprend les EPS H. Lubke de Diourbel et Matlaboul Fawzayni de Touba.
- La région de Thiès comprend l'hôpital régional El H.Amadou Ndiéguène et l'hôpital Saint Jean de Dieu.
- La région de Matam compte seulement l'hôpital de Ndoum

Le graphique 4.12 montre que ce sont les services de «Médecine», de «Chirurgie» et de «Gynécologie» qui ont reçu le plus de demandes de services au cours de l'année 2006.

Graphique 4.12 : répartition du nombre de consultants par service dans les hôpitaux**La surveillance des maladies****Les maladies cibles du PEV**

Des cas de rougeole (211), de fièvre jaune (211), de Tétanos (20) ont été suspectés ou notifiés dans les différentes régions du pays mais aucune épidémie n'a été observée. Les cas de rougeole et de fièvre jaune les plus importants ont été rencontrés respectivement à Fatick et à Dakar.

Le choléra

Bien que constituant une menace ces dernières années ou des épidémies fréquentes sont observées, le nombre de cas de choléra recensés en 2006 n'a atteint que quelques 373 cas dont 81% dans la région de Diourbel (Touba) avec un taux de létalité d'environ 2,4%.

La tuberculose

La tuberculose est en recrudescence ces dernières décennies ; surtout du fait que c'est une maladie opportuniste profitant d'un déficit immunitaire (la malnutrition, VIH/Sida, etc.). Cela s'est confirmé en 2006 où les nouveaux cas représentent 75% parmi les tuberculeux.

Le VIH /Sida

Le Sénégal est parvenu à maintenir la propagation du VIH/Sida avec un niveau de prévalence au-dessous de 3%. En effet, selon les résultats de l'EDS IV, en 2005, seulement 0,7% des adultes âgés de 15-49 ans étaient séropositifs (infection VIH-1 ou VIH-2) avec un taux de séoprévalence chez les femmes (0,9%) supérieur à celui observé chez les hommes (0,4 %).

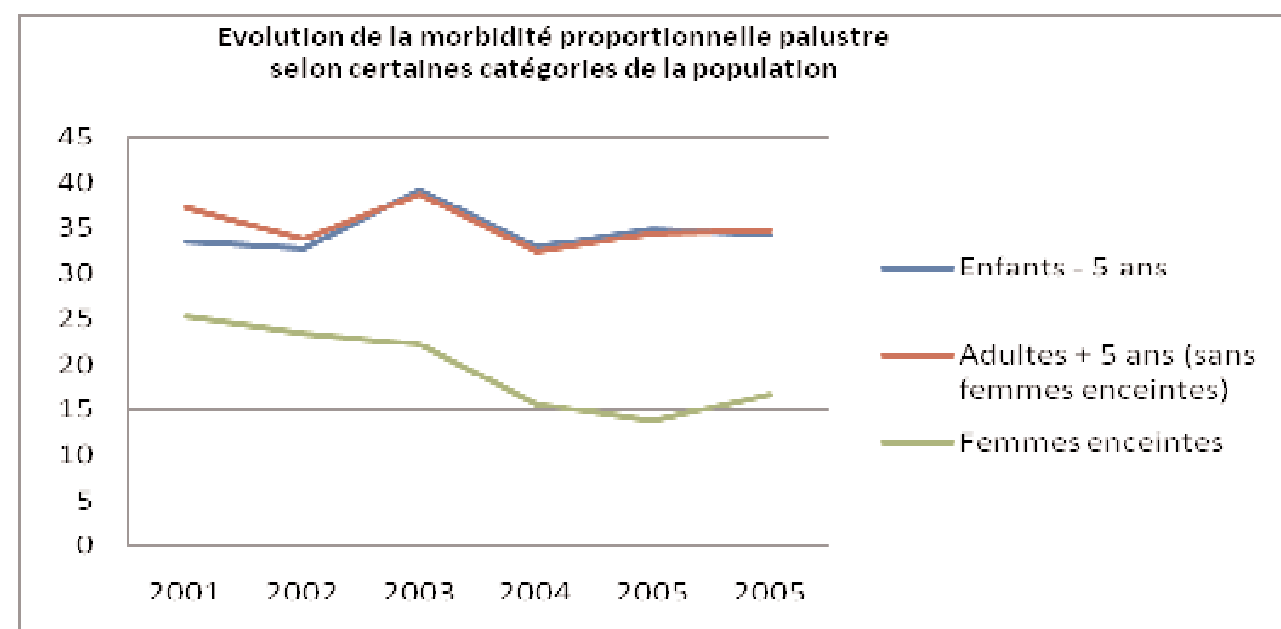
Par ailleurs, il est à saluer une amélioration progressive de la prise en charge de l'épidémie, le nombre PVVIH (Personnes Vivant avec le VIH) sous ARV (Anti Rétro viraux) connaît une augmentation annuelle de près de 140% par an depuis 2003. Cependant, pour la réduction de la transmission mère enfant, la proportion de femmes enceintes séropositives bénéficiant des ARV reste faible (36 %).

Le paludisme

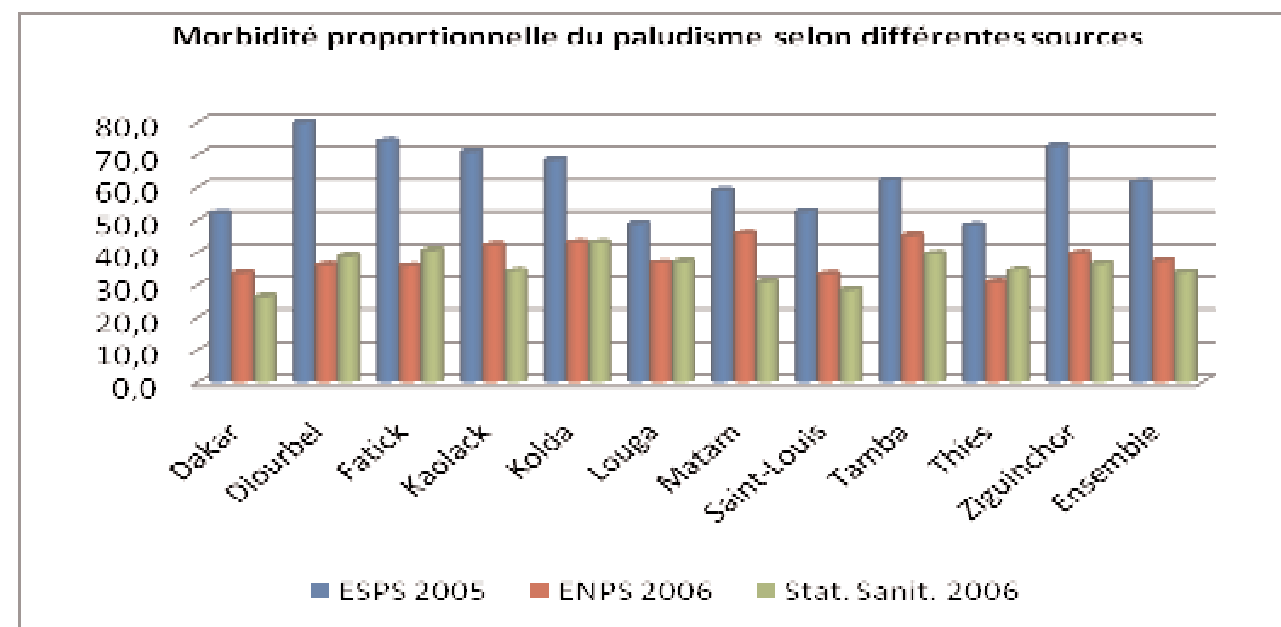
La morbidité proportionnelle palustre reste relativement importante aussi bien dans la population générale qu'auprès de certaines cibles particulièrement vulnérables telles que les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Cependant, selon que l'on s'intéresse à la morbidité ressentie ou perçue au niveau des populations obtenue à travers les enquêtes (ESPS, ENPS) ou diagnostiquée dans les structures de santé, le niveau de la prévalence du paludisme varie fortement comme l'indique le graphique suivant.

Graphique 4.13 : Evolution de la prévalence du paludisme au niveau de certaines cibles



Graphique 4.14 : Prévalence du paludisme selon différentes sources de données en 2005 et 2006



Sources : Annuaire Santé 2006, SNIS MSPM
 - Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal, ANSD (ESPS 2005)
 - Enquête Nationale sur le Paludisme au Sénégal, MSPM-CRDH (ENPS 2006)

Etat de santé de la population

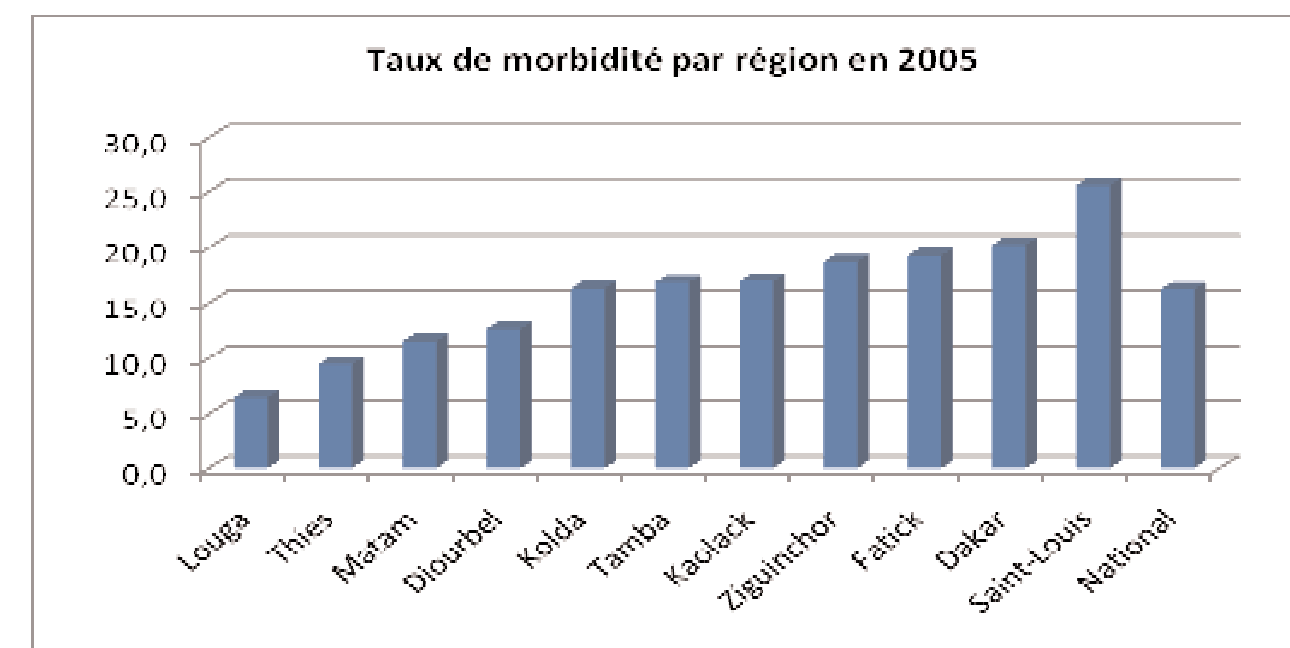
Morbidity

Les données relatives à la morbidité sur la population générale ne sont pas disponibles à travers les statistiques sanitaires. Seule la morbidité diagnostiquée au niveau des structures de santé est publiée dans les annuaires. Par contre, l'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS 2005) a permis de saisir la morbidité perçue par les populations à travers une question relative aux problèmes de santé rencontrés au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête. Les résultats de l'enquête ont rapporté que près de 17 personnes sur 100 ont déclaré avoir eu une maladie ou un problème de santé quelconque. L'examen du Graphique suivant nous révèle que la proportion de personnes qui se sont déclarées malades ou blessées est plus importante dans les régions de St Louis (25,6%), de Dakar (20,2%), de Fatick (19,3) et de Ziguinchor (18,7).

L'étude de la morbidité relative, à travers les mêmes résultats, montre que le paludisme est la première cause touchant près de 48% des malades, suivi de la diarrhée, des problèmes dentaires et de peau avec seulement 6%, 4% et 3% respectivement.

Par rapport aux données issues des services de santé, le paludisme reste le problème de santé le plus récurrent ; il représente près de 54% des dix premières causes de morbidité qui comprennent 71% de la charge totale de morbidité. Dans la morbidité générale, il représente 38% suivi des affections de la peau (8 %), des Infections Respiratoires Aigues (6 %) et de la diarrhée (4 %).

Graphique 4.15 : Taux de mortalité par région en 2006



Source : ESPS 2005, ANSD

Mortalité
Quelques définitions

Mortalité néonatale (NN) probabilité de décéder avant un mois c'est-à-dire entre 0 et 27 jours.
Mortalité post néonatale (PNN) probabilité de décéder entre le 28ème et le 364ème jour c'est à dire après un mois et avant un an.
Mortalité Infantile (1q0) probabilité de décéder avant d'atteindre un an c'est-à-dire entre 0 et 364 jours.
Mortalité juvénile (4q1) probabilité de décéder entre le 1er et le 5ème anniversaire.
Mortalité infanto-juvénile (5q0) probabilité de décéder avant d'atteindre le 5ème anniversaire.

En dehors des données des recensements de la population dont celles de 2002 n'ont pas encore été exploitées, seules les EDS ont permis de disposer d'informations relatives à la mortalité.

A cet effet, même si les chiffres montrent une entame de la transition démographique qui devrait correspondre à une baisse simultanée de la fécondité et de la mortalité surtout dans les bas âges, il reste que la mortalité des enfants de moins de cinq ans demeure encore élevée (tableau suivant).

Concernant la mortalité adulte, on observe d'une manière générale une surmortalité masculine (3,06 pour mille contre 2,91 pour mille). Cependant, avant l'âge de 25 ans, les jeunes femmes meurent plus que les hommes. Mais il importe de souligner que ces résultats se rapportent à la période 1998-2004.

Tableau 4.3 : Evolution des quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Nombre d'années Ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post Néonatale (PNN)	Mortalité Infantile (1q0)	Mortalité Juvénile (4q1)	Mortalité infanto Juvénile (5q0)
0-4	35	26	61	64	121
5-9	47	35	82	74	150
10-14	41	29	70	70	135

Source EDS IV 2005

En ce qui concerne la mortalité observée dans les structures de santé, elle est le fait principalement du paludisme, des diarrhées et des affections chroniques telles que l'hypertension artérielle ainsi que des accidents vasculaires cérébraux.

Tableau 4.4 : Les dix premières causes de mortalité dans les structures de santé en 2006

Affections	Nombre de cas	Part dans les 10 1eres causes	Part dans la mortalité globale
Accès palustre	684	48,7%	29,8%
Diarrhée	118	8,4%	5,1%
Infection Respiratoire Aigue	116	8,3%	5,1%
Hypertension artérielle	107	7,6%	4,7%
Accident vasculaire cérébral	86	6,1%	3,7%
Pneumopathie	69	4,9%	3,0%
Anémie	68	4,8%	3,0%
Diabète	54	3,8%	2,4%
Fièvre d'origine indéterminée	53	3,8%	2,3%
Malnutrition	50	3,6%	2,2%
Total	1405	100,0%	61,2%
Total décès	2297		

Source Annuaire Santé 2006, SNIS MSPM

Conclusion

Le secteur de la santé a entrepris d'importantes réformes pour renforcer le système de santé et améliorer les performances. La mise en œuvre de la deuxième phase du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) dans le sillage de la Stratégie de réduction de la Pauvreté vise l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) du secteur tels que la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle et la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies à potentielle endémique important. L'adoption des CDSMT comme mécanismes d'allocation des ressources et la décentralisation du budget consolidé d'investissements devraient constituer des atouts majeurs pour arriver à cette fin. Cependant, les résultats obtenus en 2006 en termes de couverture passive en personnels et infrastructures ne sont pas encourageants. Les performances des programmes visant la prévention comme la vaccination, et la lutte contre le VIH/Sida semblent avoir des résultats plus satisfaisants. Les résultats de santé devraient être renforcés malgré les bonnes tendances de la baisse de la morbidité du paludisme et la mortalité des enfants en dessous de cinq ans. La mortalité adulte et particulièrement celle des femmes dépendent d'un ensemble de facteurs ne relevant pas seulement du secteur de la santé par conséquent l'ensemble des domaines du système de santé impliqués sont interpellés.