

ANSD

REPUBLIQUE DU SENEGAL

-----  
MINISTERE DE L'ECONOMIE, DU PLAN ET DE LA COOPERATION  
-----

AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE  
ET DE LA DEMOGRAPHIE

# SITUATION ECONOMIQUE ET SOCIALE DU SENEGAL 2019



**Janvier 2022**

<b>Directeur Général, Directeur de publication</b>	<b>Allé Nar DIOP</b>
Directeur Général Adjoint	Abdou DIOUF
Directeur des Statistiques Economiques et de la Comptabilité Nationale	Mamadou Ngalgou KANE
Directeur des Statistiques Démographiques et Sociales	Samba NDIAYE
Directeur du Management de l'Information Statistique	Oumar FALL
Directeur de l'Administration Générale et des Ressources Humaines (p.i.)	Hawa SAMBA
Directeur de l'Ecole nationale de la Statistique et de l'Analyse économique (ENSAE, Pierre NDIAYE)	Idrissa DIAGNE
Agent Comptable (AC)	Papa Amadou Moustapha NIANG
Chef de la Cellule de Programmation, d'Harmonisation, de Coordination Statistique et de Coopération Internationale (p.i.)	Meissa NDOUR

### **COMITE DE LECTURE ET DE CORRECTION**

Assane THIOUNE, Jean Rodrigue MALOU, El Hadji Malick GUEYE, Mamadou Ngalgou KANE, Macoumba DIOUF, Jean Pierre Diamane BAHOUM, Samba NDIAYE, Insa SADIO, Mamadou AMOUZOU, Momath CISSE, Mamadou BAH, Alain François DIATTA, Ndeye Binta DIEME COLY, Awa CISSOKHO, Bintou DIACK, Nalar K. Serge MANEL, Ramlatou DIALLO, Djiby DIOP, Omar SENE, Mamadou BALDE, Jean Paul DIAGNE, Woudou DEME KEITA, Oumy DIOP, Mamadou DAFFE.

### **COMITE DE REDACTION**

0. PRESENTATION DU PAYS	Djiby DIOP
1. ETAT ET STRUCTURE DE LA POPULATION	Maguette SARR/Khady BA
2. EDUCATION	Alioune TAMBOURA / Fatimatou SY
3. EMPLOI	Tidiane CAMARA /Serge MANEL
4. SANTE	Amy Collé CISSE
5. JUSTICE	Maguette SARR
6. ASSISTANCE SOCIALE	Fatimatou SY /Alioune TAMBOURA
7. EAU ET ASSAINISSEMENT	Ndeye Binta DIEME
8. AGRICULTURE	Kandé CISSE
9. ENVIRONNEMENT	Mouhamadou Bassirou DIOUF
10. ELEVAGE	Bintou Diack LY/ Penda AMAR
11. PECHE ET AQUACULTURE	Khadim SOURANG
12. TRANSPORT	Jean Paul DIAGNE
13. BTP	Madiaw DIBO
14. PRODUCTION INDUSTRIELLE	Mamadou THIOUB/Ramlatou DIALLO
15. INSTITUTIONS FINANCIERES	Abdou Aziz DIOUF
16. COMMERCE EXTERIEUR	El Hadj Omar Senghor/ Sophie DIOP
17. COMPTES ECONOMIQUES	Adama SECK
18. PRIX A LA CONSOMMATION	El Hadji Malick CISSE / Baba NDIAYE
19. INDICE DU COUT A LA CONSTRUCTION	Mor LÔ/ Ndeye Mareme dit Maguette DIOP
20. PRIX DES SERVICES	Muhamed NDIAYE / Mamadou THIOUB
21. FINANCES PUBLIQUES	Hamady DIALLO/ Abdoul Aziz DIAW
22. MINES, CARRIERES ET ENERGIE	Woudou DEME 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](http://www.ansd.sn) ; Email: [statsenegal@ansd.sn](mailto:statsenegal@ansd.sn)

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

**ISSN 0850-1491**

## Introduction

Le troisième Objectif de Développement durable (ODD) avec ses dix-sept (17) cibles consacrées exclusivement à la santé et au bien-être montre l'importance accordée à la santé dans les agendas internationaux et nationaux. Améliorer la santé des hommes, des femmes et des enfants constitue d'ailleurs un défi majeur des projets et programmes du Sénégal. Le Plan Sénégal émergent (PSE) et le Plan national de Développement sanitaire et social (PNDSS 2019-2028) en sont une parfaite illustration.

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 et dernière partie est consacrée aux performances du secteur.

## IV.1. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU SENEGAL

L'organisation du secteur socio-sanitaire sénégalais est de type pyramidal et adossée au découpage administratif du pays. Le système comprend :

- un niveau central qui regroupe le Cabinet du Ministre de la Santé et de l'Action sociale, le Secrétariat général, les Directions générales, les Directions nationales, les Services centraux rattachés, les Centres nationaux de Réinsertion sociale et les Etablissements publics de Santé de niveau 3 ;
- un niveau intermédiaire stratégique qui regroupe les régions médicales, les Brigades régionales de l'Hygiène (BRH), les Services régionaux de l'Action sociale (SRAS) et les Etablissements publics de Santé de niveau 2 ;
- un niveau périphérique opérationnel avec les Districts sanitaires, les Sous – Brigades de l'Hygiène, les Services départementaux de l'Action sociale, les Centres de Promotion et de Réinsertion sociale (CPRS) et les Etablissements publics de Santé de niveau 1.

**Figure IV-1 : Organisation du système de santé au Sénégal, pyramide socio-sanitaire**



Source : Plan national de Développement sanitaire et social (PNDSS) 2019-2022

## **IV.2. LA POLITIQUE EN MATIERE DE SANTE ET LA SITUATION SANITAIRE**

La mise en œuvre de la politique de santé du Sénégal est guidée par le Plan national de Développement sanitaire et social (PNDSS) de la période allant de 2019 à 2028. Ce plan, élaboré après trois cycles de planification stratégique, repose sur la vision « d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé et d'action sociale de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé et de bien-être économiquement et socialement productif ». Son objectif est de contribuer à l'amélioration des conditions de vie socio-sanitaires de la population sénégalaise sans aucune forme d'exclusion.

Avec la mise en œuvre du PNDSS 2019-2028, trois résultats sont attendus au niveau sectoriel :

- la gouvernance et le financement du secteur sont renforcés à travers des mécanismes de pilotage, de régulation, de supervision, de contrôle et d'audit, de mobilisation et de rationalisation de l'utilisation des ressources ;
- l'offre de services de santé et d'action sociale de base et de référence de qualité est universellement accessible aux populations ;
- la protection sociale en particulier des groupes vulnérables est améliorée à travers l'accessibilité aux services de santé et d'action sociale sans aucune discrimination.

A long terme, il est attendu une amélioration de l'état de santé et de bien-être des populations par le biais d'une disponibilité effective des services de santé et d'action sociale de base et de référence de qualité.

## **IV.3. LES RESSOURCES DU SYSTEME**

### **IV.3.1. LES RESSOURCES HUMAINES**

Au Sénégal, la répartition du personnel de la santé selon la région révèle que la région de Dakar concentre plus du tiers (36%) des professionnels de santé. Ainsi, 36% du personnel de soins du pays se trouvent à Dakar suivi de Thiès (11%). La région de Diourbel occupe la troisième position avec 8% du personnel de soins du pays. Cette situation de Dakar s'explique par sa forte démographie (23% de la

population totale du pays) et sa position stratégique qui lui confère le statut de pôle lucratif des dépenses de santé abritant le plateau technique le plus relevé du pays. Toutes les autres régions regroupent moins de 10% de professionnels de santé (allant de 1% à Kédougou en passant par 2% à Sédihou, 3% à Kaffrine et Kolda jusqu'à 7% à Ziguinchor).

**Tableau IV-1 : Répartition du personnel de soins (Médecin, Infirmier et assistant diplômés d'État, sage-femme d'État) selon la région en 2019**

Région	Catégorie socio-professionnelle						Pource ntage
	Assistant infirmier d'état	Chirurgien	Infirmier diplômé d'Etat	Médecin	Sage-femme d'Etat	Total	
Dakar	404	111	781	767	568	2 631	36%
Diourbel	132	12	141	104	222	611	8%
Fatick	59	3	81	26	118	287	4%
Kaffrine	60	1	44	14	100	219	3%
Kaolack	81	3	79	19	140	322	4%
Kédougou	23	1	29	7	35	95	1%
Kolda	58	4	48	15	59	184	3%
Louga	65	5	96	31	116	313	4%
Matam	79	3	75	24	102	283	4%
Saint Louis	119	8	84	58	136	405	6%
Sédihou	47	1	24	14	71	157	2%
Tambacounda	117	4	96	35	141	393	5%
Thiès	165	17	255	108	240	785	11%
Ziguinchor	153	9	159	65	148	534	7%
<b>Total</b>	<b>1 562</b>	<b>182</b>	<b>1 992</b>	<b>1 287</b>	<b>2 196</b>	<b>7 219</b>	

Source : MSAS, Annuaire statistiques des ressources humaines 2019

### IV.3.2. LES INFRASTRUCTURES<sup>9</sup>

Les infrastructures seront traitées ici en termes d'offres publiques et privées de services de soins de santé.

#### IV.3.2.1. Offre publique de services de soins

L'offre publique de services de soins de santé émane de plusieurs types de structures.

##### ❖ Les Établissements Publics de Santé (EPS)

Les établissements publics de santé au Sénégal sont au nombre de quarante (40) dont trente-six (36) hospitaliers et quatre (4) non hospitaliers.

<sup>9</sup> Source : Annuaire des statistiques sociales et sanitaires 2019

Les EPS hospitaliers sont structurés en trois niveaux : les EPS de niveau 1 ; les EPS de niveau 2 et les EPS de niveau 3 (localisés uniquement dans les régions de Dakar et de Diourbel).

Les EPS non hospitaliers sont constituées par le Service d'Assistance médicale d'Urgence (SAMU), le Centre national d'Appareillage et d'Orthopédie (CNAO), Centre national de Transfusion sanguine (CNTS) et la Pharmacie nationale d'Approvisionnement (PNA). La PNA compte des services déconcentrés, appelés Pharmacies régionales d'Approvisionnement (PRA) qui sont au nombre de dix (10).

#### ❖ **Les points de prestation des districts sanitaires**

Le Sénégal compte, en 2019, soixante-dix-neuf (79) districts sanitaires, cent trois (103) centres de santé, mille quatre cent quinze (1 415) postes de santé polarisant deux mille six cent soixante-seize (2 676) cases de santé.

#### ❖ **Les structures de l'hygiène**

Les structures d'hygiène sont constituées de quatorze (14) Brigades régionales de l'Hygiène qui épousent les contours territoriaux des régions ; deux (2) Brigades spéciales d'Hygiène à Touba et Tivaouane ; soixante et un (61) Sous Brigades de l'Hygiène logées au sein des Districts sanitaires et douze (12) Postes d'hygiène. Cependant, dix-sept (17) districts sanitaires ne disposent pas de sous brigades d'hygiène.

#### ❖ **Les structures de l'Action sociale**

Dans le domaine de l'Action sociale, l'offre est composée de quatre (04) Centres nationaux de Réinsertion sociale (CNRS) localisés à Bambey, Darou Mousty, Kaolack et Bignona ; 14 Services régionaux de l'Action sociale (SRAS) ; 45 Services départementaux de l'Action sociale (SDAS) ; 49 Centres de Promotion et de Réinsertion sociale (CPRS).

L'offre de proximité et communautaire est assurée par des intervenants de première ligne au sein des CPRS, des Postes de Santé et des Cases de Santé.

#### **IV.3.2.2. Offre privée de services de soins**

Le secteur privé de la santé compte 27 5410 Structures privées sanitaires (SPS) constituées de :

- 1 225 SPS de soins dont 03 hôpitaux, 37 centres de santé, 359 cabinets médicaux, 118 cliniques, 443 cabinets paramédicaux, 132 structures d'entreprise, 111 postes de santé privés ;
- 33 SPS de diagnostic dont 26 laboratoires d'analyse biomédicale, 07 centres de radiologie et d'imagerie médicale.

**Tableau IV-2 : Répartition des structures sanitaires par région**

REGIONS	EPS3	EPS 2	EPS1	EPS non hospitaliers	Hôpitaux privés	Centres de santé	Postes de santé	Cases de santé	Sites communautaires	Cabinets médicaux privés	Cliniques privées	Cabinets paramédicaux	Cabinets dentaires	Laboratoires privés	Structures militaires et paramilitaires
<b>Dakar</b>	10	1	3	4	1	24	126	39	540	218	65	179	141	14	35
<b>Diourbel</b>	1	1	1	0	0	8	85	99	348	8	5	62	3	0	7
<b>Fatick</b>	0	1	0	0	0	10	122	175	401	1	2	8	7	2	8
<b>Kaffrine</b>	0	0	1	0	0	4	94	108	262	1	1	5	1	0	2
<b>Kaolack</b>	0	1	0	0	0	4	115	222	438	11	9	51	6	4	6
<b>Kédougou</b>	0	0	0	0	0	3	42	88	0	0	4	0	2	0	1
<b>Kolda</b>	0	1	0	0	0	4	67	248	555	0	4	1	0	0	4
<b>Louga</b>	0	1	1	0	0	10	120	325	154	6	6	23	7	1	8
<b>Matam</b>	0	2	0	0	0	6	100	63	636	0	0	12	3	0	4
<b>Saint-Louis</b>	0	2	1	1	0	9	117	192	222	12	4	18	9	2	10
<b>Sédhiou</b>	0	0	1	0	0	4	61	103	232	0	0	2	0	0	4
<b>Tambacounda</b>	0	1	0	0	0	7	102	144	263	1	1	7	3	0	7
<b>Thiès</b>	0	1	2	0	2	9	155	252	460	26	22	67	2	3	10
<b>Ziguinchor</b>	0	2	0	0	0	5	125	108	246	4	4	8	5	1	11
<b>SENEGAL</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>107</b>	<b>1431</b>	<b>2166</b>	<b>4757</b>	<b>288</b>	<b>127</b>	<b>443</b>	<b>189</b>	<b>27</b>	<b>117</b>

Source : MSAS. Annuaire Statistique 2019.

#### **IV.3.3. RESSOURCES FINANCIERES**

Le financement de la santé provient essentiellement de l'État, des partenaires au développement, des ménages et des collectivités territoriales. L'État est le principal pourvoyeur en ressources financières du secteur de la santé. La part du budget de l'État allouée au secteur de la santé est en hausse régulière ces dernières années. La priorité accordée au secteur de la santé s'est traduite par une augmentation constante du budget du Ministère de la Santé et de l'Action sociale. Ce budget représente aujourd'hui 10 % du budget de fonctionnement de l'État.

<sup>10</sup> Source : DPRS, cartographie des structures privées de santé, 2017

Les populations apportent leur contribution directement au financement du secteur de la santé à travers le système de contribution dans les prestations de soins (tickets modérateurs, recouvrement des coûts).

**Tableau IV-3 : Synthèse du budget du Ministère de la Santé et de l’Action Sociale 2019**

<b>Types de dépenses</b>		<b>Montants alloués (FCFA)</b>	<b>Part du budget (%)</b>
Dépenses de personnel		44 527 602 481	26
Dépenses de fonctionnement		16 448 513 916	9
Transferts courants		35 571 649 000	20
Investissements exécutés par l'État	Financement intérieur	22 548 744 156	13
	Financement extérieur	49 252 064 007	28
Transferts en capital		6 068 841 992	3
Total budget MSAS		174 417 415 552	

*Source : Ministère des Finances et du Budget /Loi de finance rectificative 2019.*

## **IV.4. ACTIVITES DU SECTEUR**

### **IV.4.1. DISPONIBILITE DES SERVICES DE BASE**

La disponibilité d'un « paquet de base » de services de santé, facilite l'accessibilité générale au système de soins de santé et contribue à l'utilisation de ces services dans une structure de santé.

Au Sénégal, les services de base comprennent :

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

Globalement, un peu plus de six structures sur dix (62 %) offrent tous les services de base. Cette disponibilité est nettement plus élevée dans les structures du secteur public que dans celles du privé (97 % contre 4 %). Les postes de santé (64 %) offrent plus fréquemment tous ces services de base que les hôpitaux (19 %). Seuls les services d'IST et les soins curatifs infantiles sont offerts dans la grande majorité des structures, quel que soit le type. Les services de suivi de la croissance des enfants, ceux de la vaccination ainsi que les méthodes modernes de planification familiale sont plus fréquemment disponibles dans les centres de santé et les postes

de santé que dans les hôpitaux. Par contre, les services des soins prénatals et les IST sont plus souvent offerts dans les hôpitaux que dans les autres structures.

**Tableau IV-4 : Disponibilité des services de base dans les structures de santé**

<b>Disponibilité des services de base</b>	<b>2019</b>			
	<b>Hôpital</b>	<b>Centre de santé</b>	<b>Poste de santé</b>	<b>Sénégal</b>
Tous les services de base	18,8%	62,9%	64,2%	62,3%
Soins curatifs infantiles	82,4%	90,6%	80,5%	81,3%
Suivi de la croissance des enfants	43,2%	69,2%	72,1%	70,8%
Vaccination infantile	34,7%	66,9%	68,2%	66,8%
Méthodes moderne de PF	61,4%	77%	68,5%	68,8%
Soins prénatals (CPN)	83,5%	79,3%	76,2%	76,7%
Services pour les IST	97,4%	95%	86,8%	87,8%

Source : ANSD. Enquête sur la prestation des services de santé 2019.

#### **IV.4.2. SANTE DE LA REPRODUCTION / SANTE MATERNELLE, NEONATALE, INFANTILE ET DE L'ADOLESCENT**

##### ***IV.4.2.1. Santé maternelle***

Selon l'OMS, la santé maternelle prend en compte tous les aspects de la santé de la femme de sa grossesse, à l'accouchement jusqu'au postpartum. La plupart des décès maternels peuvent être évités en dispensant des soins qualifiés à l'accouchement et en donnant accès aux soins obstétriques d'urgence.

Les services de soins de santé durant la grossesse, l'accouchement et après l'accouchement sont importants pour la survie et le bien-être de la mère et de l'enfant. A cet effet, différentes stratégies sont mises en œuvre pour une amélioration durable de la santé maternelle et néonatale. L'ODD-3 vise à faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030, aucun pays ne devant présenter un taux de mortalité maternelle égal à 2 fois la moyenne mondiale. De plus, le gouvernement du Sénégal a fait de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune, une priorité. A ce titre, un plan stratégique intégré SRMNIA<sup>11</sup>, un dossier d'investissement pour l'amélioration de la Santé Maternelle et Infantile (SMI) et un Plan d'urgence de la santé de la mère et du nouveau - né ont été élaborés.

<sup>11</sup> Santé de la Reproduction / Santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent.

### ❖ Disponibilité des services de santé maternelle

La consultation prénatale permet au prestataire de faire le bilan de santé de la femme enceinte, afin de lui administrer les soins préventifs, le traitement prophylactique, curatif (au besoin), les conseils et de détecter assez tôt les facteurs de risque, en fournissant des soins prénatals de qualité.

En 2019, les services de CPN sont disponibles dans la grande majorité des structures de santé avec 77% à l'échelle nationale. Selon les types de structures, les hôpitaux avec 84% offrent plus fréquemment des services de CPN que les centres (79%) et les postes de santé (76%). La proportion des hôpitaux offrant des services de CPN, d'accouchement normal et de césarienne est de 65% au niveau national.

**Tableau IV-5 : Disponibilité des services de consultations prénatales en 2019**

<b>Disponibilité des services de santé maternelle</b>	<b>2019</b>			
	<b>Hôpital</b>	<b>Centre de santé</b>	<b>Poste de santé</b>	<b>Sénégal</b>
Soins prénatals (CPN)	83,5%	79,3%	76,2%	76,7%
Services d'accouchement normal	89,7%	74,7%	64,9%	66,5%
Césarienne	71,1%	11%	0,1%	3,6%
CPN et services d'accouchement normal	83,5%	74,7%	64,9%	66,3%
CPN-Accouchement normal-Césarienne	64,9%	11%	0,1%	3,3%

*Source : ANSD, Enquête sur la prestation des services de soins de santé 2019.*

### ❖ Couverture en soins prénatals

L'OMS recommande à chaque femme enceinte de faire au moins quatre visites prénatales et d'effectuer la première dans le premier trimestre de la grossesse.

Les femmes qui ne se soumettent pas aux contrôles nécessaires perdent l'occasion de bénéficier de soins et de traitements appropriés pour un problème qui aurait pu être détecté. Il en va de même pour la vaccination et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida.

Au Sénégal, bien que la quasi-totalité des femmes (98%) consulte un prestataire de santé qualifié au moins une fois pendant leur grossesse, seul un peu plus de la moitié (56%) a fait les quatre visites prénatales minimum recommandées (EDS-C, 2019).

**❖ Lieu et assistance à l'accouchement**

D'après les données de l'EDS-C 2019, au cours des cinq dernières années (2013-2018), trois quarts (75%) des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel considéré au Sénégal comme étant du personnel de santé qualifié. Par ailleurs, la proportion de ces naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé est de 80%.

**❖ Soins postnataux de la mère**

Les jours et les semaines qui suivent la naissance, appelés période postnatale, représentent une phase cruciale dans la vie d'une mère et de son nouveau-né. Parmi les femmes ayant eu une naissance au cours des deux dernières années (2016-2018), 80 % ont reçu des soins postnataux dans les 48 heures suivant la naissance, conformément aux recommandations de l'OMS.

***IV.4.2.2. Santé infantile***

**❖ Disponibilité des services de santé infantile dans les structures de santé**

Les données de l'ECPSS 2019 permettent d'évaluer la disponibilité des services de santé infantile et le degré de préparation des structures sanitaires, offrant ces services spécifiques, à fournir des services de qualité.

Au niveau national, en 2019, plus de sept structures de santé sur dix (72 %) offrent les trois services de santé infantile de base qui regroupent les soins curatifs infantiles, le suivi de la croissance et de l'état nutritionnel et la vaccination infantile. La disponibilité de services de soins curatifs pour les enfants malades est la plus fréquente avec 81 % des structures, le service de la vaccination est disponible dans 67% des structures. Les services de suivi de la croissance sont disponibles dans 87% des structures.

**Tableau IV-6 : Disponibilité des services de santé infantiles en 2019**

<b>Disponibilité des services de santé infantile</b>	<b>2019</b>			
	<b>Hôpital</b>	<b>Centre de santé</b>	<b>Poste de santé</b>	<b>Sénégal</b>
Soins curatifs infantiles	82,4%	90,6%	80,5%	81,3%
Suivi de la croissance	43,2%	69,2%	72,1%	70,8%
Vaccination infantile	34,7%	66,9%	68,2%	66,8%
Tous les services de santé infantile de base	28,4%	65,2%	67,9%	66,2%

*Source : ANSD, Enquête sur la prestation des services de soins de santé 2019.*

### ❖ Vaccination des enfants

La vaccination consiste à immuniser une personne contre une maladie infectieuse, généralement en lui administrant un vaccin. Les vaccins, qui stimulent le système immunitaire, prémunissent la personne d'une infection ou d'une maladie.

La couverture vaccinale est mesurée par la proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins de base (une dose du vaccin BCG, trois doses de DTC-HepB-Hib, trois doses du vaccin oral contre la polio et une dose de vaccin contre la rougeole). La couverture vaccinale peut aussi être mesurée par la proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges. Au Sénégal, le PEV considère qu'un enfant a reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges si, en plus de recevoir tous les vaccins de base, il a reçu trois doses du vaccin contre le pneumocoque, une dose d'hépatite B à la naissance et deux doses de vaccin contre le rotavirus.

En 2019, 77 % des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins de base. En outre, 61 % d'entre eux ont reçu tous les vaccins appropriés pour leurs âges. Parmi les enfants de 24-35 mois, 37 % ont reçu tous les vaccins appropriés pour leurs âges.

### ❖ Prévalence et traitement des maladies de l'enfance

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

Dans l'ensemble, 4 % ont présenté des symptômes d'IRA, 13 % de la diarrhée et 15 % ont eu de la fièvre. Parmi les enfants qui ont eu une IRA au cours des deux semaines avant l'interview, un traitement médical a été recherché auprès d'un prestataire de santé pour 54 % d'entre eux.

En ce qui concerne les enfants ayant eu de la fièvre, au niveau national seulement la moitié des cas (50 %), a recherché des conseils ou un traitement.

Parmi les 13 % d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu, au moins, un épisode de diarrhée, des conseils ou un traitement auprès d'un établissement de santé ou d'un prestataire de santé ont été recherchés dans 45 % des cas.

#### ❖ Etat nutritionnel des enfants

Au Sénégal, la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM) est chargée d'assister le gouvernement dans la définition et le suivi de la politique de nutrition et de promouvoir l'approche multisectorielle pour une amélioration du statut nutritionnel des populations. Elle assure aussi la coordination de la mise en œuvre de projets et programmes dont le Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) avec comme objectif l'amélioration de la croissance des enfants de 0 à 5 ans, vivant dans les zones urbaines ou rurales pauvres du Sénégal.

Les données sur l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans issus de l'EDS-C 2019 montrent que 18% souffrent de malnutrition chronique, dont 5% sous la forme sévère. Le pourcentage d'enfants atteints de malnutrition aiguë est de 8 % dont 1 % sous la forme sévère. Dans l'ensemble, 14 % des enfants au Sénégal présentent une insuffisance pondérale, y compris 3 % sous la forme sévère.

#### *IV.4.2.3. Santé de la reproduction*

#### ❖ Planification familiale

Il est reconnu que la Planification Familiale (PF) contribue de manière importante à améliorer la santé de la femme et de l'enfant et à réduire la mortalité maternelle et infantile. Le Sénégal a fait le choix stratégique de faire de la planification familiale une priorité nationale en vue d'une réduction rapide de la mortalité maternelle et infantile. Pour accroître le taux actuel d'utilisation des méthodes de PF, il est nécessaire d'atteindre une plus large fraction de la population, de la fidéliser et d'offrir des services de qualité.

#### ❖ Disponibilité des services de PF

Environ 7 structures de santé sur 10 offrent des services de PF au Sénégal (69 %). Les méthodes réversibles sont offertes dans 69 % des structures de santé et les méthodes permanentes (la stérilisation masculine ou féminine) dans 23 %. Un peu plus des deux tiers des structures de santé offrent une méthode moderne de PF (69 %) et, dans 57 % des cas, les structures offrent une méthode traditionnelle. Dans

tous les cas, toutes les méthodes sont plus fréquemment offertes dans les centres de santé. La quasi-totalité des structures de santé du secteur public offre au moins un service de PF (99 % contre 20 % dans le privé).

#### ❖ Prévalence de la contraception

A l'échelle nationale, 27 % des femmes en union ont utilisé une méthode contraceptive, dans la majorité des cas, une méthode moderne (26 %). Seulement 1 % avait recours à une méthode traditionnelle. Parmi les méthodes modernes, les plus utilisées figurent les implants (10 %), les injectables (8 %) et la pilule (4 %).

### **IV.4.3. AUTRES PATHOLOGIES : PREVALENCE ET PRISE EN CHARGE**

#### ***IV.4.3.1. Prise en charge et prévention du paludisme***

##### ❖ Disponibilité des services de prise en charge du paludisme

En 2019, la grande majorité des structures de santé (91%) ont offert des services de diagnostic et/ou de traitement du paludisme, cela dans toutes les structures publiques et seulement dans 76% de celles du privé. Globalement, 93 % des structures, y compris toutes les structures publiques, offrant un service de prise en charge du paludisme ont disposé soit d'un kit non périmé pour effectuer un test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme, soit d'un microscope en état de fonctionnement avec des lames en verre et colorants appropriés pour la réalisation de la microscopie du paludisme, le jour de l'enquête.

##### ❖ Prévention du paludisme

La prévention du paludisme repose sur deux types de mesures : un ensemble de précautions visant à limiter les risques d'infections et la prise préventive de certains médicaments. La moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) reste l'un des moyens de prévention le plus efficace. Les données collectées au cours de l'EDS-Continue 2019, ont permis d'évaluer les proportions de ménages disposant d'une moustiquaire traitée ou Moustiquaire imprégnée d'Insecticide (MII) et leur utilisation par les enfants de moins de cinq 5 ans et les femmes enceintes.

Au Sénégal, environ 8 ménages sur dix possèdent au moins une moustiquaire (82%), dans la quasi-majorité des cas une Moustiquaire imprégnée d'Insecticide (MII) (81%).

La proportion d'enfants ayant dormi sous une MII est de 65% et de 68% chez les femmes enceintes.

### ❖ Morbidité et mortalité du paludisme

En 2019, 354 708 cas de paludisme sont confirmés au niveau des structures sanitaires soit un taux d'incidence<sup>12</sup> de 2 188 pour 100 000 habitants au niveau national. Le nombre de cas de paludisme confirmés chez les femmes enceintes est de 7 155 ;

Concernant la mortalité, sur les 260 cas de décès liés au paludisme tous âges, enregistrés en 2019, les 39% (102 décès) sont notifiés par trois régions (Kolda, Tambacounda et Kédougou). Chez les enfants de moins de 5 ans, 62 décès liés au paludisme sont enregistrés, dont 58% (36 décès) notifiés par les mêmes régions de Kédougou, Tambacounda et Kolda.

**Tableau IV-7 : Indicateurs de mortalité et de morbidité palustre en 2019**

<b>Indicateurs de mortalité et de morbidité palustre au niveau national<sup>13</sup></b>	
Cas confirmés de paludisme dans la population totale	354 708
Cas confirmés de paludisme chez les femmes enceintes	37 941
Cas confirmés de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans	7 155
Incidence pour 100 000 habitants	2 188
Décès liés au paludisme tout âge	260
Décès liés au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	62

#### **IV.4.3.2. 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 causé par tuberculose et de 80% le taux d'incidence de la maladie d'ici 2030, par rapport à 2015. Le programme national de lutte contre la tuberculose est une réponse de l'Etat à la pandémie tuberculeuse. La lutte contre la tuberculose, figurant parmi les priorités définies par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, a été érigée en programme depuis 1985.

<sup>12</sup> Le taux d'incidence est le rapport du nombre de nouveaux cas de paludisme confirmés en 2019 à la population totale de 2019

<sup>13</sup> <https://pnlp.sn/wp-content/uploads/2020/11/Bulletin-Epidémiologique-ANNUEL-2019-du-Paludisme-au-SENEGAL-VFinale.pdf>

**❖ Disponibilité des services de prise en charge de la tuberculose**

En 2017, parmi toutes les structures de santé incluses dans l'ECPSS, 86 % ont déclaré offrir un service quelconque de diagnostic, de traitement et/ou de suivi de traitement de la tuberculose. Ces services sont plus fréquemment fournis dans les centres de santé (96 %) et dans les structures du secteur public (94 %) que dans les autres structures de santé.

**❖ Prévalence de la tuberculose**

Au niveau national, la tuberculose demeure un problème de santé prioritaire au Sénégal. Selon l'OMS, le taux d'incidence de la tuberculose toutes formes est estimé à 122 cas (87-163) en 2017 contre 118 cas (84-158) en 2018 pour 100 000 habitants. En 2017 et 2018, 13 660 et 13 250 nouveaux cas et rechutes ont été notifiés<sup>14</sup>.

***IV.4.3.3. VIH/SIDA et infections sexuellement transmissibles***

**❖ Disponibilité des services de conseils et de dépistage du VIH**

Parmi toutes les structures de santé, les trois quart (75 %) ont déclaré disposer d'un système de dépistage du VIH. Cette disponibilité est élevée, quel que soit le niveau de l'offre des soins, elle est de 85% au niveau des hôpitaux, 88 % dans les centres de santé et de 73 % dans les postes. Cependant, la disponibilité est plus élevée dans les structures publiques (99 %) comparativement à celles du secteur privé (34 %).

La grande majorité des structures offre des services d'IST (88 %) avec 68 % dans le secteur privé contre 100 % dans le secteur public.

**❖ Prévalence du VIH dans la population générale**

Les dernières estimations de l'ONUSIDA en 2019 estiment que les nouvelles infections à VIH sont passées de 4428 en 2005 à 1427 en 2019 soit une baisse de 67,7%.

Les estimations font état d'environ 1200 décès liés au VIH en 2019 (ONUSIDA, 2019).

Durant l'année 2019, au total 229 361 cas d'IST ont été notifiés dont 214 911 (93,7 %) chez les femmes selon les données de routine recueillies auprès des sites de prise en charge des IST (rapport CNLS 2019).

---

<sup>14</sup>Source :[https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO\\_HQ\\_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=SN&outtype=html](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=SN&outtype=html)

## Conclusion

« Donner les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges est essentiel pour le développement durable » est l'un des objectifs des ODD. Le Sénégal s'est inscrit dans cette lancée en mettant en place des stratégies pour une meilleure prise en charge des questions sanitaires.

Un financement plus efficace des systèmes de santé, l'amélioration de l'assainissement et de l'hygiène, une meilleure gestion des ressources humaines de la santé, et une meilleure prise en charge des patients, des progrès significatifs peuvent être réalisés pour sauver des vies.

Concernant la santé de la reproduction / santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent, une amélioration et une mise à disposition de paquets de services adéquats et suffisants ainsi que la disponibilité des services de base est nécessaire pour une meilleure prise en charge de la santé de la mère et du jeune enfant.

Des efforts sont à promouvoir pour une baisse de la mortalité palustre chez les jeunes enfants de 0 à 5 ans et particulièrement dans les régions de Kédougou, Tambacounda et Kolda.

Des efforts doivent être faits la lutte contre le VIH/SIDA avec une disponibilité plus large des services de conseils et de dépistage du VIH.

Au 31 décembre 2019, les autorités chinoises ont informé l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) d'un groupe de cas de pneumonie d'origine inconnue survenus dans la ville de Wuhan, Province de Hubei. Le 07 janvier 2020, les autorités chinoises ont isolé un nouveau type de coronavirus, dénommée COVID-19, responsable de cette épidémie. Des cas confirmés d'infection au COVID19 rapportés en dehors de la Chine, notamment en Thaïlande, au Japon et en République de Corée, l'OMS a déclaré le 30 janvier 2020 l'épidémie de COVID-19 comme urgence de santé publique de portée internationale. Le Sénégal n'étant pas en reste a identifié 45 districts prioritaires sur les 78 que compte le pays pour la préparation de la riposte au COVID19 en utilisant un outil d'analyse fourni par l'OMS.

# Sénégal



**Enquête Démographique  
et de Santé Continue  
(EDS-Continue)**

**2014**



## RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL



# Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2014

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)  
Dakar, Sénégal

The DHS Program  
ICF International  
Rockville, Maryland, USA

Mai 2015



Ce rapport présente les résultats de la deuxième année de l'Enquête Démographique et de Santé Continue au Sénégal (EDS-Continue 2014), exécutée de janvier à octobre 2014 par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). L'EDS-Continue 2014 a été réalisée avec l'appui financier du Gouvernement du Sénégal, de l'USAID, de l'UNICEF, de l'UNFPA et de Micronutrient Initiative. Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (*Demographic and Health Surveys – The DHS Program*) de ICF International dont l'objectif est de collecter, d'analyser et de diffuser des données démographiques et de santé portant, en particulier, sur la fécondité, la mortalité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, la nutrition, le paludisme et le VIH.

Le Laboratoire de Parasitologie de la Faculté de Médecine de l'Université Cheikh Anta Diop a apporté son expertise à la réalisation de cette opération.

Pour tous renseignements concernant l'EDS-Continue 2014, contacter :

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)  
Rocade Fann Bel-air Cerf-volant B.P. 116 ; Dakar RP (Sénégal)  
Téléphone : (221) 33 869 21 39/33 869 21 60  
Fax : (221) 33 824 36 15  
E-mail : [statsenegal@ansd.sn](mailto:statsenegal@ansd.sn) / [statsenegal@yahoo.fr](mailto:statsenegal@yahoo.fr)  
Site web : [www.ansd.sn](http://www.ansd.sn)

Concernant *The DHS Program*, des renseignements peuvent être obtenus auprès de :

ICF International  
530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850 USA  
Téléphone 1-301-407-6500  
Fax 1-301-407-6501  
E-mail : [info@dhsprogram.com](mailto:info@dhsprogram.com)  
Internet : [www.dhsprogram.com](http://www.dhsprogram.com)

*Citation recommandée :*

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], et ICF International. 2015. *Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2014)*. Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF International.

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES.....</b>	<b>v</b>
<b>AVANT-PROPOS .....</b>	<b>ix</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>xi</b>
<b>SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>xiii</b>
<b>CARTE DU SÉNÉGAL .....</b>	<b>xiv</b>
<b>1 PRÉSENTATION DU PAYS, OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE .....</b>	<b>1</b>
1.1 PRÉSENTATION DU PAYS .....	1
1.1.1 Géographie.....	1
1.1.2 Économie .....	1
1.1.3 Population .....	2
1.1.4 Politique en matière de santé et situation sanitaire .....	2
1.2 CADRE INSTITUTIONNEL, OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE .....	3
1.2.1 Cadre institutionnel.....	3
1.2.2 Objectifs.....	4
1.2.3 Méthodologie.....	4
1.2.4 Réalisation de l'EDS-Continue.....	9
<b>2 CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES ET DES FEMMES .....</b>	<b>11</b>
2.1 CONDITIONS DE VIE .....	11
2.1.1 Provenance de l'eau de boisson .....	11
2.1.2 Types de toilettes .....	12
2.1.3 Lavage des mains.....	13
2.1.4 Caractéristiques des logements .....	14
2.1.5 Quintiles de bien-être économique des ménages .....	17
2.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUETÉS .....	17
<b>3 SITUATION DES ENFANTS .....</b>	<b>21</b>
3.1 ENREGISTREMENT DES NAISSANCES .....	21
3.2 ACCÈS À L'INSTRUCTION.....	22
3.2.1 Taux brut de fréquentation scolaire .....	23
3.2.2 Taux net de scolarisation .....	23
3.3 TRAVAIL DES ENFANTS.....	25
3.3.1 Participation des enfants à des activités économiques .....	25
3.3.2 Travail des enfants .....	26
3.4 ENFANTS VIVANT SÉPARÉS DE LEURS PARENTS BIOLOGIQUES ET ENFANTS ORPHELINS.....	28
<b>4 FÉCONDITÉ ET MORTALITÉ DES ENFANTS.....</b>	<b>31</b>
4.1 FÉCONDITÉ .....	31
4.1.1 Considérations méthodologiques .....	31
4.1.2 Niveau de la fécondité et fécondité différentielle .....	32
4.1.3 Tendances de la fécondité.....	33
4.1.4 La fécondité des adolescentes.....	34
4.2 MORTALITÉ DES ENFANTS .....	36
4.2.1 Méthodologie et qualité des données .....	36
4.2.2 Niveaux et tendances .....	38
4.2.3 Mortalité et caractéristiques socio-économiques .....	39
4.2.4 Mortalité et caractéristiques démographiques de la mère et des enfants .....	40
<b>5 CONTRACEPTION ET PRÉFÉRENCE EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ DES FEMMES.....</b>	<b>43</b>
5.1 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION .....	43
5.2 BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE .....	46
5.3 DÉSIR D'ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES .....	48

<b>6</b>	<b>SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT .....</b>	<b>51</b>
6.1	SANTÉ DE LA MÈRE .....	51
6.1.1	Soins prénatals .....	51
6.1.2	Assistance lors de l'accouchement .....	57
6.1.3	Lieu d'accouchement .....	59
6.2	SANTÉ DE L'ENFANT .....	60
6.2.1	Vaccination des enfants .....	61
6.2.2	Maladies des enfants .....	63
<b>7</b>	<b>ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS.....</b>	<b>67</b>
7.1	ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT .....	67
7.2	ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS.....	69
7.2.1	Méthodologie .....	69
7.2.2	Taille-pour-âge .....	69
7.2.3	Poids-pour-taille .....	72
7.2.4	Surpoids et obésité .....	72
7.2.5	Poids-pour-âge .....	73
7.3	PRATIQUES ALIMENTAIRES DES NOURRISSONS ET DES JEUNES ENFANTS .....	74
7.4	PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE CHEZ LES ENFANTS .....	75
<b>8</b>	<b>PALUDISME.....</b>	<b>77</b>
8.1	MOUSTIQUAIRES ET PULVÉRISATION INTRADOMICILIAIRE .....	78
8.1.1	Possession de moustiquaires .....	78
8.1.2	Pulvérisation intradomiciliaire (PID) .....	80
8.1.3	Accès aux moustiquaires .....	81
8.1.4	Utilisation des moustiquaires par la population des ménages .....	82
8.1.5	Utilisation des moustiquaires par les groupes vulnérables .....	84
8.2	TRAITEMENT PRÉVENTIF ANTIPALUDÉEN AU COURS DE LA GROSSESSE .....	87
8.3	FIÈVRE ET TRAITEMENT ANTIPALUDÉEN DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS .....	88
8.4	TAUX D'HÉMOGLOBINE .....	90
8.5	PARASITÉMIE PALUSTRE .....	91
8.5.1	Principe et méthodologie .....	91
8.5.2	Prévalence de la parasitémie palustre chez les enfants .....	92
<b>9</b>	<b>EXCISION .....</b>	<b>95</b>
9.1	CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE L'EXCISION .....	96
9.2	ÂGE DES FEMMES À L'EXCISION .....	98
9.3	PRÉVALENCE DE L'EXCISION CHEZ LES FILLES DE MOINS DE 15 ANS .....	99
9.3.1	Âge des filles à l'excision .....	100
9.3.2	Infibulation .....	103
9.4	CROYANCES ET OPINIONS VIS-À-VIS DE L'EXCISION .....	103
9.4.1	Croyance sur l'excision .....	103
9.4.2	Opinion sur l'abandon ou la poursuite de l'excision .....	104
<b>10</b>	<b>MALADIES CHRONIQUES .....</b>	<b>107</b>
10.1	PRÉVALENCE DES MALADIES CHRONIQUES .....	107
10.1.1	Maladies chroniques chez la femme .....	107
10.1.2	Maladies chroniques chez l'homme .....	109
10.1.3	Suivi des maladies chroniques .....	111
10.2	FACTEURS DE RISQUE .....	112
10.2.1	Tabagisme .....	112
10.2.2	Consommation d'alcool .....	113
10.3	INCAPACITÉ FONCTIONNELLE .....	114
10.3.1	Prévalence de l'incapacité fonctionnelle .....	114
10.3.2	Prise en charge de l'incapacité fonctionnelle .....	115
<b>ANNEXE A</b>	<b>PLAN DE SONDAGE .....</b>	<b>117</b>
<b>ANNEXE B</b>	<b>ERREURS DE SONDAGE .....</b>	<b>123</b>
<b>ANNEXE C</b>	<b>TABLEAUX POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES .....</b>	<b>133</b>
<b>ANNEXE D</b>	<b>PERSONNEL DE L'EDS-CONTINUE, 2014 .....</b>	<b>139</b>
<b>ANNEXE E</b>	<b>QUESTIONNAIRES .....</b>	<b>141</b>

# LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

---

<b>1</b>	<b>PRÉSENTATION DU PAYS, OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE .....</b>	<b>1</b>
	Tableau 1.1 Résultats des interviews Ménages et Individuelles .....	8
<b>2</b>	<b>CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES ET DES FEMMES .....</b>	<b>11</b>
	Tableau 2.1 Eau utilisée par les ménages pour boire.....	12
	Tableau 2.2 Type de toilettes utilisées par les ménages .....	13
	Tableau 2.3 Lavage des mains.....	14
	Tableau 2.4 Caractéristiques du logement.....	15
	Tableau 2.5 Quintiles de bien-être économique .....	17
	Tableau 2.6 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	18
	Graphique 2.1 Caractéristiques des logements selon le milieu de résidence.....	16
<b>3</b>	<b>SITUATION DES ENFANTS .....</b>	<b>21</b>
	Tableau 3.1 Enregistrement des naissances d'enfants de moins de cinq ans.....	22
	Tableau 3.2 Taux de fréquentation scolaire.....	24
	Tableau 3.3 Participation des enfants à des activités économiques .....	25
	Tableau 3.4 Travail des enfants .....	27
	Tableau 3.5 Enfants orphelins et résidence avec les parents .....	29
<b>4</b>	<b>FÉCONDITÉ ET MORTALITÉ DES ENFANTS.....</b>	<b>31</b>
	Tableau 4.1 Fécondité actuelle .....	32
	Tableau 4.2 Fécondité par âge selon six sources .....	34
	Tableau 4.3 Grossesse et fécondité des adolescentes .....	36
	Tableau 4.4 Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans.....	38
	Tableau 4.5 Quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-économiques .....	40
	Tableau 4.6 Quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants.....	41
	Graphique 4.1 Taux de fécondité par âge selon le milieu de résidence.....	33
	Graphique 4.2 Tendance de la fécondité par âge.....	34
	Graphique 4.3 Proportion d'adolescentes de 15-19 ayant déjà commencé leur vie féconde .....	35
	Graphique 4.4 Tendance de la mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile, 1992-2014 .....	39
<b>5</b>	<b>CONTRACEPTION ET PRÉFÉRENCE EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ DES FEMMES.....</b>	<b>43</b>
	Tableau 5.1 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques ..	44
	Tableau 5.2 Besoins en matière de planification familiale des femmes actuellement en union ....	48
	Tableau 5.3 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants .....	49
	Graphique 5.1 Prévalence contraceptive parmi les femmes en union selon la méthode .....	44
	Graphique 5.2 Tendance de l'utilisation de la contraception moderne par les femmes en union.....	46
	Graphique 5.3 Désir d'enfant supplémentaire des femmes en union selon le nombre d'enfants vivants.....	50
<b>6</b>	<b>SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT .....</b>	<b>51</b>
	Tableau 6.1 Soins prénatals .....	52
	Tableau 6.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse.....	54
	Tableau 6.3 Composants des visites prénatales .....	56
	Tableau 6.4 Vaccination antitétanique .....	57
	Tableau 6.5 Assistance lors de l'accouchement .....	58

Tableau 6.6	Lieu d'accouchement .....	60
Tableau 6.7	Vaccinations selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	61
Tableau 6.8	Traitements des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée .....	64
Graphique 6.1	Soins prénatals, lieu d'accouchement et assistance à l'accouchement .....	53
Graphique 6.2	Pourcentage de femmes ayant effectué au moins les quatre visites prénatales selon certaines caractéristiques sociodémographiques .....	55
Graphique 6.3	Vaccination des enfants de 12-23 mois selon le type de vaccin et quatre sources.....	62
Graphique 6.4	Pourcentage d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	63
Graphique 6.5	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre et pour lesquels un traitement a été recherché .....	65
Graphique 6.6	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la diarrhée pour lesquels un traitement a été recherché .....	66
<b>7</b>	<b>ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS.....</b>	<b>67</b>
Tableau 7.1	Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant.....	68
Tableau 7.2	Échelle pour l'interprétation des valeurs de prévalence de la malnutrition (-2 Z-score) dans une population, EDS-Continue, Sénégal 2014 .....	69
Tableau 7.3	État nutritionnel des enfants .....	71
Tableau 7.4	Prévalence de l'anémie chez les enfants .....	76
Graphique 7.1	Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant.....	68
Graphique 7.2	Prévalence du retard de croissance .....	72
Graphique 7.3	Prévalence de l'insuffisance pondérale.....	74
Graphique 7.4	Pratiques alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants.....	75
<b>8</b>	<b>PALUDISME.....</b>	<b>77</b>
Tableau 8.1	Possession de moustiquaires par les ménages.....	79
Tableau 8.2	Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide résiduel (PID) contre les moustiques...	81
Tableau 8.3	Utilisation des moustiquaires par la population des ménages.....	83
Tableau 8.4	Utilisation des moustiquaires par les enfants.....	85
Tableau 8.5	Utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes .....	86
Tableau 8.6	Utilisation d'antipaludéens à titre préventif et du Traitement Préventif Intermittent (TPIg) par les femmes au cours de la grossesse .....	88
Tableau 8.7	Prévalence, diagnostic et traitement précoce de la fièvre chez les enfants .....	89
Tableau 8.8	Hémoglobine <8,0 g/dl .....	90
Tableau 8.9	Couverture du test de paludisme chez les enfants (non pondéré) .....	92
Tableau 8.10	Résultat du test de diagnostic rapide (TDR) et la goutte épaisse (GE) du paludisme chez les enfants.....	94
Graphique 8.1	Pourcentage de la population de fait ayant accès à une MII dans le ménage.....	82
Graphique 8.2	Prévalence de la parasitose palustre chez les enfants de 6-59 mois .....	93
<b>9</b>	<b>EXCISION .....</b>	<b>95</b>
Tableau 9.1	Connaissance de l'excision .....	97
Tableau 9.2	Prévalence de l'excision .....	98
Tableau 9.3	Âge des femmes à l'excision .....	99
Tableau 9.4	Prévalence et âge à l'excision des filles de 0-14 ans .....	100
Tableau 9.5	Excision des filles de 0-14 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère .....	102
Tableau 9.6	Infibulation .....	103
Tableau 9.7	Croyance des femmes et des hommes au sujet de l'excision .....	104
Tableau 9.8	Avis des femmes et des hommes sur l'abandon de l'excision .....	105

Graphique 9.1	Pourcentage de femmes de 15-49 ans et de filles de 0-14 ans excisées par âge selon l'âge actuel.....	101
<b>10</b>	<b>MALADIES CHRONIQUES .....</b>	<b>107</b>
Tableau 10.1	Maladies chroniques chez les femmes .....	108
Tableau 10.2	Maladies chroniques chez les hommes .....	110
Tableau 10.3	Maladies chroniques chez les femmes et les hommes .....	111
Tableau 10.4	Incapacité fonctionnelle .....	114
Tableau 10.5	Prise en charge de l'incapacité fonctionnelle.....	115
Graphique 10.1	Pourcentage de femmes atteintes d'une maladie chronique par type de maladie ....	109
Graphique 10.2	Pourcentage d'hommes atteints d'une maladie chronique par type de maladie.....	110
Graphique 10.3	Parmi les personnes qui souffrent d'au moins une maladie chronique, type de suivi des maladies chroniques chez les femmes et les hommes.....	112
Graphique 10.4	Parmi les personnes de 15 ans et plus qui fument ou ont fumé dans le passé des cigarettes, ou un autre type de tabac .....	113
Graphique 10.5	Parmi les personnes qui consommaient de l'alcool durant les 10 dernières années ou plus.....	113
Graphique 10.6	Parmi les personnes qui souffrent d'une incapacité fonctionnelle, pourcentage ayant déclaré une baisse ou une faiblesse des fonctions suivantes .....	115
<b>ANNEXE A</b>	<b>PLAN DE SONDAGE .....</b>	<b>117</b>
Tableau A.1	Répartition des nombres de DR et taille moyenne des DR en ménages par région et selon le milieu de résidence (RGPH-2002).....	118
Tableau A.2	Répartition des ménages et de la population, par région et selon le milieu de résidence (RGPH-2002).....	118
Tableau A.3	Répartition de l'échantillon des grappes et de l'échantillon des ménages par région et selon le type de résidence, EDS-Continue 2014 .....	119
Tableau A.4	Répartition des nombres attendus de femmes et d'hommes enquêtés avec succès par région et par type de résidence, EDS-Continue 2014 .....	119
Tableau A.5	Résultats de l'enquête .....	121
Tableau A.6	Résultats de l'enquête .....	122
<b>ANNEXE B</b>	<b>ERREURS DE SONDAGE .....</b>	<b>123</b>
Tableau B.1	Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage, EDS-Continue, Sénégal 2014.....	125
Tableau B.2	Erreurs de sondage : Échantillon Total, EDS-Continue, Sénégal 2014 .....	126
Tableau B.3	Erreurs de sondage : Échantillon Urbain, EDS-Continue, Sénégal 2014 .....	127
Tableau B.4	Erreurs de sondage : Échantillon Rural, EDS-Continue, Sénégal 2014 .....	128
Tableau B.5	Erreurs de sondage : Échantillon Nord, EDS-Continue, Sénégal 2014 .....	129
Tableau B.6	Erreurs de sondage : Échantillon Ouest, EDS-Continue, Sénégal 2014 .....	130
Tableau B.7	Erreurs de sondage : Échantillon Centre, EDS-Continue, Sénégal 2014 .....	131
Tableau B.8	Erreurs de sondage : Échantillon Sud, EDS-Continue, Sénégal 2014 .....	132
<b>ANNEXE C</b>	<b>TABLEAUX POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES .....</b>	<b>133</b>
Tableau C.1	Répartition par âge de la population des ménages .....	133
Tableau C.2.1	Répartition par âge des femmes éligibles et enquêtées .....	134
Tableau C.2.2	Répartition par âge des hommes éligibles et enquêtés .....	134
Tableau C.3	Complétude de l'enregistrement .....	135
Tableau C.4	Naissances par année de naissance .....	135
Tableau C.5	Enregistrement de l'âge au décès en jours .....	136
Tableau C.6	Enregistrement de l'âge au décès en mois .....	137
Tableau C.7	État nutritionnel des enfants .....	138



# AVANT-PROPOS

---

**L**, Enquête Démographique et de Santé du Sénégal Continue 2014 (EDS-Continue 2014), fait suite aux EDS de 1986, 1992, 1997, 2005, à l'EDS-MICS 2010-2011 et à l'EDS-Continue de 2012-2013. Au sortir de l'édition 2011, le Sénégal s'est engagé dans la mise en œuvre d'un programme d'enquêtes dans lequel des phases de collecte de données sont répétées à des intervalles réguliers et annuels. C'est ainsi, que la première phase a été réalisée en 2012-2013. L'EDS-Continue comporte un volet traitant de la production d'indicateurs sociodémographiques (Volet ménages) et un autre (ECPSS 2014) visant à apprécier la disponibilité des ressources matérielles et humaines ainsi que la qualité des soins offerts par les services de santé aux populations (Volet Établissements de santé). Je me réjouis de la qualité de la collaboration avec le Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan qui a associé le Ministère de la Santé et l'Action Sociale dans cette importante démarche.

L'EDS-Continue 2014 a été réalisée par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) avec le concours technique d'ICF International. Le laboratoire de parasitologie de l'Université Cheikh Anta DIOP (UCAD) a apporté son appui dans la mise en œuvre du volet relatif à la parasitose palustre. Je leur adresse mes vifs remerciements.

Cette deuxième phase de l'EDS-Continue a pris en charge quelques thèmes développés dans les précédentes EDS, en particulier la fécondité, la planification familiale, les soins pré et postnatals, les maladies des enfants, leur prévention et leur prise en charge, la mortalité au cours de l'enfance. Elle renseigne également les questions relatives à la malnutrition des enfants à partir des mesures anthropométriques. Les indicateurs ayant trait à la prévention du paludisme et à l'alimentation des enfants sont aussi appréhendés.

En mettant en place ce dispositif, l'ANSD entend mettre à la disposition des utilisateurs et producteurs de statistiques et des décideurs politiques une grande variété de données actualisées ou tout simplement inédites nécessaires à une bonne planification économique et sociale.

À travers cette enquête, l'ANSD poursuit ses efforts à l'endroit de la communauté scientifique pour leur faciliter l'accès aux données. Comme toutes les enquêtes EDS, les bases de données de l'EDS-Continue sont téléchargeables en ligne en vue de promouvoir les études approfondies. Il importe de signaler aussi que toute la documentation de l'enquête sera accessible en ligne ou directement auprès de l'ANSD et à ICF International. Je suis convaincu que tous les utilisateurs sauront tirer profit de cette mine d'informations qu'est l'EDS-Continue pour une meilleure planification de leurs activités.

La mise en œuvre de cette enquête a mobilisé des ressources financières importantes. L'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Micronutrient Initiative (MI) et l'État en ont assuré le financement. Les partenaires techniques et financiers ont aussi contribué techniquement à la mise en œuvre de cette opération dans le cadre des comités technique et de pilotage du projet. Je leur adresse mes sincères remerciements.

Mes remerciements vont donc à tous les partenaires institutionnels et à toutes les personnes qui ont contribué à la réussite de cette importante investigation. J'exprime ma profonde gratitude aux populations et aux services de l'État pour leur appui et leur disponibilité tout au long du travail de collecte des données.





## REMERCIEMENTS

---

**P**our assurer un meilleur suivi des indicateurs les plus importantes pour les programmes nationaux de santé et des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Sénégal vient de réaliser en 2014, la deuxième phase d'une Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) conformément au programme d'actions du Schéma Directeur de la Statistique. Le programme de l'EDS-Continue couvre la période 2012-2017 et offre la possibilité de créer un flux continu de données sur la population qui aidera à répondre à la demande de suivi plus régulier des indicateurs de couverture et d'impact résultant des initiatives mondiales en cours, visant à renforcer les programmes de santé. Cette enquête qui entre dans le cadre du programme d'activités du Schéma Directeur de la Statistique permet de répondre aux besoins permanents en données pour planifier, suivre et évaluer les programmes de santé et de population. Elle permet également de renforcer les capacités au sein des institutions du pays d'accueil pour collecter, traiter, analyser et diffuser les données et les résultats.

Cette opération régulière qui regroupe une enquête ménage et une enquête auprès des établissements de santé est une nouvelle illustration de la politique de rationalisation des ressources aussi bien financières que techniques, par l'harmonisation et la mutualisation des moyens. Elle a nécessité la mobilisation d'importantes ressources financières, de la disponibilité et de la compétence de plusieurs personnes ressources. Je voudrais donc, à l'occasion de la publication du présent rapport, adresser mes sincères remerciements au Gouvernement du Sénégal, à ses partenaires au développement, notamment l'USAID, l'UNICEF, l'UNFPA, à ICF International et à Micronutrient Initiative qui ont appuyé l'ANSD tout le long de cette opération.

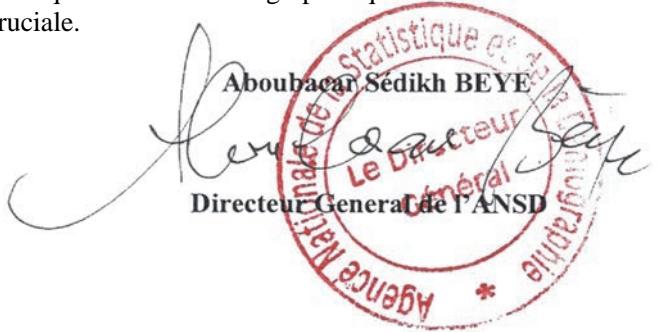
À travers cette enquête, l'ANSD réaffirme son ancrage dans les nouvelles technologies en ayant encore recours aux ordinateurs portables pour la collecte et la saisie directe des données sur le terrain. L'ANSD s'inscrit donc résolument dans la collecte de données d'enquêtes sans questionnaires papiers. Une telle option à succès consolide son leadership et confirme la nécessité de faire confiance à l'expertise nationale. J'exprime donc mes félicitations aux experts de l'ANSD et mes sincères remerciements à ICF International.

Je voudrais aussi remercier les personnels techniques et administratifs du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, au niveau central comme au niveau périphérique pour leur précieuse collaboration ; les membres des Comité de pilotage et technique pour leur compétence et leur disponibilité ainsi que les personnels du laboratoire de parasitologie de l'Université Cheikh Anta Diop pour leur efficacité dans l'exploitation des analyses biologiques.

Je voudrais également témoigner ma profonde gratitude et ma reconnaissance à l'égard des populations des localités enquêtées ainsi qu'aux autorités administratives, locales, coutumières et religieuses pour l'accueil chaleureux qu'elles ont réservé aux personnels de terrain.

Enfin, j'adresse toutes mes félicitations aux personnels de terrain, chauffeurs, enquêteurs, techniciens de santé, chefs d'équipe et superviseurs et les informaticiens de l'enquête pour leur professionnalisme, leur dévouement et leur endurance qui ont été déterminants pour la réussite de l'enquête.

Je salue le concours des collègues de l'ensemble des services techniques, administratifs, logistiques et financiers de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie qui se sont tous mobilisés pour assurer un succès éclatant à cette enquête cruciale.





# SIGLES ET ABRÉVIATIONS

---

ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
CNERS	Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé
CRDH	Centre de Recherche pour le Développement Humain
CTA	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
DHS	Demographic and Health Surveys
DPES	Document de Politique Économique et Social
DR	District de Recensement
DTC	Diptérie, Tétanos et Coqueluche
GHI	Global Health Initiative
ICP	Infirmiers/ères Chefs de Poste
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide
MILDA	Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Élargi de Vaccinations
PFTE	Pires Formes de Travail des Enfants
PID	Pulvérisation Intradomiciliaire
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PPTE	Pays Pauvre Très Endetté
RGP	Recensement Général de la Population
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SRO	Sels de Réhydratation par voie Orale
TBF	Taux Brut de Fréquentation scolaire
TBN	Taux Brut de Natalité
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TNF	Taux Net de Fréquentation scolaire
TPIg	Traitemen Préventif Intermittent
TRO	Traitemen de Réhydratation par voie Orale
UCAD	Université Cheikh Anta Diop

# SÉNÉGAL



*Fatou Bintou Niang CAMARA*

Ce premier chapitre présente le pays ainsi que le contexte de la deuxième Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continuée 2014). Ses objectifs et sa méthodologie y sont également exposés.

## 1.1 PRÉSENTATION DU PAYS

### 1.1.1 Géographie

Pays Soudano-Sahélien situé à l'extrême Ouest du continent africain, le Sénégal est limité, au nord, par la République de Mauritanie, à l'est, par le Mali, au sud, par la Guinée Bissau et la Guinée et, à l'ouest, par l'Océan Atlantique. Il est traversé par la Gambie qui est une enclave de terre située entre les régions de Kaolack et de Ziguinchor, sur le cours inférieur du fleuve du même nom.

D'une superficie de 196 722 kilomètres carrés, le Sénégal possède une grande ouverture sur l'Océan Atlantique avec ses 700 kilomètres de côtes. C'est un pays plat, l'altitude dépassant rarement 100 mètres et le point culminant, le mont Assiriki, situé au sud-est du pays, a une hauteur de 381 mètres.

Au plan hydrographique, le pays est traversé d'est en ouest par quatre fleuves, le Sénégal, la Gambie, la Casamance et le Saloum et leurs affluents. Ce réseau est complété par quelques cours d'eau temporaires et une contribution significative du lac de Guiers au nord du pays.

Au niveau administratif, la nouvelle organisation administrative, territoriale et locale du Sénégal est fixée par le décret du 10 septembre 2008. Le territoire passe ainsi de 11 à 14 régions administratives avec comme dernières créations Kaffrine, Kédougou et Sédiou issues respectivement des anciennes régions de Kaolack, Tambacounda et Kolda. Les régions sont subdivisées en départements (au nombre de 45). On dénombre 554 collectivités locales composées de 46 communes d'arrondissement, 125 communes (assimilées au milieu urbain) et 383 communautés rurales.

### 1.1.2 Économie

Le Sénégal s'est engagé dans un nouveau modèle de développement à travers une stratégie qui vise l'émergence dans la solidarité à l'horizon 2035. Cette stratégie constitue le référentiel de la politique économique et sociale. Elle met l'accent sur la création de richesses et d'emplois, le renforcement de la gouvernance, le développement des secteurs stratégiques ayant des impacts significatifs sur l'amélioration du bien-être des populations, particulièrement par la protection des groupes vulnérables et la garantie de l'accès aux services essentiels. Les indicateurs sur la période 2005-2011 révèlent une stagnation relative de la pauvreté, expliquée en partie par un taux de croissance du PIB par tête d'environ 0,5 % en moyenne par an. Même si l'incidence de la pauvreté a légèrement baissé, elle a été accompagnée par une augmentation absolue du nombre de pauvres sur la période. La pauvreté est plus élevée en zone rurale que dans les centres urbains. Ces résultats mettent en évidence la fragilité de l'économie sénégalaise et sa capacité, dans le long terme, à améliorer de manière durable les conditions de vie des populations. En outre, selon la Direction de la prévision et des études économiques (Dpee), de 3 738 milliards en 2014, la dette publique projetée est évaluée à 4 109 milliards en 2015. L'encours de la dette publique totale connaîtra par conséquent un accroissement de 9,9 % comparativement à 2014. Cette dette reste cependant en adéquation avec les normes communautaires puisqu'elle est projetée à 49,9 % du Pib en 2015. Ainsi, la perspective d'atteindre tous les OMD à l'horizon 2015 s'éloigne de plus en plus, notamment en matière de

réduction de la pauvreté et pour les secteurs de la santé (mortalité maternelle et infantile), de l'éducation (achèvement du cycle élémentaire) et de l'assainissement.

### 1.1.3 Population

Le Sénégal dispose d'une masse importante de données sociodémographiques et économiques grâce à de nombreuses enquêtes réalisées au cours des trente dernières années. En effet, en dehors de quatre recensements généraux (RGP de 1976, RGPH de 1988, RGPH de 2002 et RGPHAE de 2013), plusieurs enquêtes d'envergure nationale ont été menées, parmi lesquelles on peut citer l'Enquête Sénégalaise sur la Fécondité de 1978, l'Enquête sur les Migrations et l'Urbanisation au Sénégal en 1993, l'Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (1994/1995 et 2001/2002), sept Enquêtes Démographiques et de Santé (1986, 1992-1993, 1997, 2005, 2010-2011, 2012-2013 et 2014), l'Enquête Nationale sur le Travail des Enfants au Sénégal en 2005 et l'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal en 2006 et en 2011. Ces différentes investigations ont permis d'obtenir des indicateurs démographiques de base à différentes dates qui contribuent au suivi et à l'évaluation des projets et programmes de développement.

La population du Sénégal recensée en 2013 est de 13 508 715 habitants<sup>1</sup> dont 6 735 421 hommes et 6 773 294 femmes. Cette population s'établissait en 2002 à 9 858 482 habitants, soit un taux d'accroissement annuel moyen intercensitaire de 2,7 % entre 2002-2013. Avec 4 958 085 en 1976 et 6 881 919 en 1988, les taux d'accroissement intercensitaires étaient respectivement de 2,7 % et 2,6 % pour 1976-1988 et 1988-2002. La densité moyenne est de 65 habitants au km<sup>2</sup>. Cependant, cette population est inégalement répartie entre les 14 régions administratives du pays. Les effectifs de population les plus élevés se retrouvent dans les régions de Dakar, Thiès et Diourbel avec, respectivement, 3 139 325 habitants (23,2 % de la population totale), 1 789 923 habitants (13,3 %) et 1 499 867 habitants (11,1 %) alors que les régions septentrionales et orientales du pays se caractérisent toujours par la faiblesse de leur population. La région de Kédougou enregistre le plus faible effectif de population avec 151 715 habitants (1,1 %). La région de Tambacounda, qui représente la région la plus vaste du pays (21,5 % de la superficie du pays), ne compte que 5,0 % de la population du Sénégal.

La population croît rapidement : le fort taux de croissance démographique de 2,7 % observé entre 2002 et 2013 résulte essentiellement d'une fécondité encore élevée (ISF de 5,0 en 2012-2013) et d'une mortalité infantile en baisse (61 % en 2005, 47 % en 2010-2011 et 43 % 2012-2013). De cette forte croissance, résulte une extrême jeunesse de la population : l'âge moyen de la population est de 22,7 ans et la moitié de la population a moins de 18 ans (âge médian).

Au niveau national, Les résultats du RGPHAE révèlent que près d'un Sénégalais sur deux âgé d'au moins dix ans (46 %) sait lire et écrire dans une langue quelconque (53,8 % chez les hommes contre 37,7 % chez les femmes). Le taux d'alphabétisation est plus élevé en milieu urbain où on enregistre 57,9 % contre 33,8 % en milieu rural. Selon la région de résidence, c'est Ziguinchor (72 %) et Dakar (69 %) qui affichent les taux les plus élevés.

La population du Sénégal est essentiellement musulmane (96,1 %). On y trouve aussi des chrétiens (3,8 %) ; les animistes et autres religions constituent les 0,1 % restant.

### 1.1.4 Politique en matière de santé et situation sanitaire

La politique dans le secteur de la santé demeure 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) avec notamment pour objectif la réduction de

<sup>1</sup> Il s'agit ici de toute la population résidente (population de droit) au Sénégal y compris la population comptée à part (population des ménages ordinaires, collectifs et population flottante). Les données de population des précédents recensements n'incluant pas ce type de population, les taux d'accroissement annuel moyen sont calculés au regard de la seule population résidente, hors celle comptée à part.

la mortalité maternelle et de la mortalité infanto juvénile, la maîtrise de la fécondité et un plus grand accès aux services de base pour les plus démunis.

La part du budget de l'État allouée au secteur de la santé a été en hausse régulière ces dernières années. La priorité accordée au secteur de la santé s'est traduite par une augmentation constante du budget du ministère de la Santé qui est passé de 36 milliards de Francs CFA en 1998, à 90,5 en 2008, 105,9 en 2011 et à 110,5 milliards en 2012. Ce budget représente aujourd'hui 10,4 % du budget de fonctionnement de l'État.

À l'heure actuelle, le Sénégal compte un total de 3 084 structures de santé (dont 86 hôpitaux, 242 centres de santé y compris les centres médicaux de garnison (CMG), 1 250 postes de santé y compris les infirmeries des maisons d'arrêt et de correction (MAC) et 1 506 cases de santé<sup>2</sup>. Cependant, en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes<sup>3</sup> préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Ces deux dernières décennies ont été 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. En effet, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 121 % en 2005, 72 % en 2010-2011 et 65 % en 2012-2013 et celui de la mortalité infantile est passée de 61 % en 2005, à 47 % en 2010-2011 et à 43 % en 2012-2013. Enfin, le rapport de mortalité maternelle s'établit à 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2010-2011.

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

Le niveau de prévalence du VIH relativement faible au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans (0,7 % en 2010-2011) reste stable.

En 2012-2013, plus de neuf mères sur dix (95 %) ont consulté du personnel médical formé pendant la grossesse. Pour les naissances ayant eu lieu au cours des 5 dernières années, en 2012-2013, 51 % des mères ont bénéficié, pendant l'accouchement, de l'assistance de personnel médical formé. La couverture vaccinale chez les enfants de moins de cinq ans a enregistré une amélioration (70 % en 2012-2013).

## **1.2 CADRE INSTITUTIONNEL, OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE**

### **1.2.1 Cadre institutionnel**

Le Gouvernement du Sénégal vient de réaliser en 2014 la deuxième phase d'une Enquête Continue conformément au programme d'actions du Schéma Directeur de la Statistique. Elle couvre la période 2012-2017 et offre la possibilité de créer un flux continu de données sur la population qui aidera à répondre à la demande de suivi plus régulier des indicateurs de couverture et d'impact résultant des initiatives mondiales en cours, visant à renforcer les programmes de santé. L'Enquête-Continue a été réalisée par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) avec l'assistance technique

<sup>2</sup> Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF International. 2012. *Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) du Sénégal 2014*. Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF International.

<sup>3</sup> 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.

de ICF International et l'organisme américain en charge du programme international des EDS (*Demographic and Health Surveys-DHS*). Le laboratoire de parasitologie de la Faculté de Médecine de l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD) a apporté son appui dans la mise en œuvre du volet portant sur le test du paludisme (formation des agents, prélèvements et analyses des échantillons de sang, analyse des données).

Pour la mise en œuvre de l'enquête, un comité de pilotage a été mis en place comprenant, en plus de l'équipe technique de l'EDS-Continuée, le ministère de la Santé et les partenaires au développement.

Pour la réalisation de l'EDS-Continuée, le Gouvernement du Sénégal a bénéficié de l'appui financier de l'USAID, de l'UNFPA, de l'UNICEF et de Micronutrient Initiative (MI).

### **1.2.2 Objectifs**

L'Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continuée) a comme objectifs fondamentaux : (1) répondre aux besoins permanents en données pour planifier, suivre et évaluer les programmes de santé et de population, et (2) renforcer les capacités au sein des institutions du pays pour collecter, traiter, analyser, diffuser et utiliser ces données. En outre, l'EDS-Continuée comporte d'autres avantages potentiels. La rétention plus longue du bureau central et du personnel de terrain inhérente à l'EDS-Continuée conduit à une « institutionnalisation de fait » du processus EDS, ce qui apporte des avantages que ne peut apporter une EDS quinquennale. On s'attend à ce que le renforcement des capacités du personnel et l'institutionnalisation du processus EDS se traduisent par une amélioration de la qualité des données et une réduction des besoins en assistance technique. La conception de l'EDS-Continuée permet également une plus grande souplesse pour répondre aux besoins en statistiques du pays dans la mesure où chacune des phases de l'EDS-Continuée peut être adaptée à des sujets particuliers, ce qui est difficile dans le cadre d'une enquête quinquennale.

Ces objectifs sont en accord avec les principes fondamentaux de *Global Health Initiative* (GHI), récemment lancée par le gouvernement des États-Unis pour soutenir les résultats qui améliorent la santé, en particulier chez les femmes et les jeunes enfants, en renforçant la performance du système de santé dans les pays en développement. La GHI est un programme axé sur le résultat et qui compte, parmi ses principes fondamentaux, l'engagement à la prise de décision basée sur la connaissance et à un suivi et une évaluation améliorés. L'engagement au respect de la propriété nationale fait partie intégrante du GHI. Conformément à ce principe, c'est au Sénégal que revient la tâche de réaliser une EDS-Continuée. Il convient de noter que le Sénégal est le premier pays en Afrique et le deuxième pays après le Pérou à entreprendre une enquête continue dans le cadre du programme DHS.

### **1.2.3 Méthodologie**

#### *Questionnaires*

Pour permettre une certaine souplesse dans la conception de chaque phase de l'EDS-Continuée, le questionnaire standard du Programme DHS utilisé a été réduit. Des modifications jugées nécessaires ont été apportées aux questionnaires de base pour les adapter aux spécificités socioculturelles du Sénégal et répondre aux besoins des utilisateurs. Aussi, pour assurer la comparabilité des résultats au niveau international, ces changements ont été aussi limités que possible. Ce questionnaire réduit comprend un historique des naissances complet permettant le calcul des taux de fécondité et de mortalité et fournit la plupart des indicateurs recommandés au niveau international, y compris ceux de l'UNICEF.

Par ailleurs, le Sénégal qui a inclus le test du VIH dans l'enquête EDS-MICS de 2010-2011, le refera lors de la phase 2016-2017 de l'EDS-Continuée.

Trois questionnaires ont été utilisés : un questionnaire ménage, un questionnaire individuel pour les femmes de 15-49 ans et, un questionnaire individuel pour les hommes de 15-59 ans. Le contenu spécifique de ces différents questionnaires est le suivant :

***Le questionnaire ménage*** : Le questionnaire ménage a été utilisé pour lister tous les membres habituels et les visiteurs des ménages sélectionnés. La page de couverture contient les informations relatives à l'identification du ménage, aux résultats de l'interview qui permettent de calculer le taux de couverture de l'enquête et aux contrôles de terrain et de bureau. Ce questionnaire a permis de collecter des informations sur les membres habituels du ménage et les visiteurs qui y ont passé la nuit précédent l'interview. Les informations recueillies portent sur le sexe, l'âge, l'éducation scolaire et préscolaire, la survie des parents, la déclaration des enfants à l'état civil, la prise en charge des jeunes enfants au niveau préscolaire et le travail des enfants.

Par ailleurs, d'autres informations portant sur les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de toilettes, matériau de construction, disponibilité de l'électricité, possession de biens durables, etc.), la possession, l'utilisation et le traitement des moustiquaires, ainsi que l'utilisation du sel iodé<sup>4</sup> dans la préparation des repas, ont été également collectées. Des questions relatives à l'accès à la propriété foncière et à la sécurité résidentielle ont également été posées. Ces informations ont été recueillies afin d'évaluer les conditions environnementales et socioéconomiques dans lesquelles vivent les personnes enquêtées.

En outre, un module sur les maladies chroniques a été introduit dans le questionnaire pour recueillir des informations sur la prévalence des maladies chroniques et les facteurs de risques qui leurs sont associés notamment le tabagisme et la consommation d'alcool.

Finalement, un des objectifs essentiels du questionnaire ménage était d'identifier les femmes éligibles pour des interviews individuelles et les enfants éligibles pour l'anthropométrie, les tests d'anémie et de parasitème palustre. De plus, le questionnaire ménage a permis de recueillir les résultats des tests sur le paludisme et des mesures anthropométriques de tous les enfants de moins de 5 ans des ménages enquêtés de façon à déterminer leur état nutritionnel (émaciation, insuffisance pondérale et retard de croissance pour les enfants). Ce questionnaire a également été utilisé pour enregistrer les résultats des mesures anthropométriques, de l'hémoglobine (anémie) et de la parasitème palustre. Dans les ménages échantillonnes, les tests d'anémie et de parasitème palustre ont été effectués sur les enfants de 6-59 mois.

Après obtention du consentement éclairé des parents ou des personnes en charge des enfants, un prélèvement sanguin a été effectué auprès des enfants de 6-59 mois. Il a permis d'effectuer, sur le terrain, un test mesurant le niveau d'hémoglobine, et un Test de Diagnostic Rapide (TDR) du paludisme. En outre, du sang a été collecté sur lame pour constituer une goutte épaisse qui a été analysée ultérieurement en laboratoire pour estimer la prévalence du paludisme.

***Le questionnaire individuel femme*** : Il constitue l'élément central de l'enquête. Il comprend une page de couverture similaire à celle du questionnaire ménage sur laquelle sont enregistrés les informations d'identification du ménage, le résultat de l'interview qui permet de calculer le taux de couverture de l'enquête et les contrôles de terrain et de bureau, ainsi que dix sections qui servent à recueillir des informations sur les thèmes suivants :

- *Caractéristiques sociodémographiques* : cette section porte sur le lieu de résidence, l'âge et la date de naissance, la scolarisation, l'alphabétisation, la nationalité, la religion et l'ethnie ;

---

<sup>4</sup> Dans tous les ménages enquêtés, le sel utilisé pour la cuisine est testé pour déterminer sa teneur en iodé. Les résultats du test permettront de déterminer la proportion de femmes et d'enfants vivant dans un ménage utilisant du sel suffisamment iodé.

- *Reproduction* : cette deuxième section permet de collecter des informations sur les naissances vivantes que la femme a eues durant sa vie, ainsi que sur leur état de survie au moment de l'enquête, sur l'état de grossesse au moment de l'enquête, et sur la connaissance de la période féconde dans le cycle menstruel ;
- *Connaissance et utilisation de la contraception* : cette section permet de recueillir des informations sur la connaissance et l'utilisation actuelle des différentes méthodes contraceptives, ainsi que sur les sources d'approvisionnement. Elle porte également sur les raisons de la non-utilisation d'une méthode ;
- *Grossesse et soins postnatals* : cette section porte sur les naissances des cinq années ayant précédé l'enquête. Elle permet d'obtenir des informations sur la période de la grossesse, les soins prénatals incluant la vaccination antitétanique, le lieu d'accouchement et la qualification de la personne ayant assisté la femme, les soins postnatals, le retour des règles et la reprise des rapports sexuels après la naissance de l'enfant ;
- *Vaccination des enfants, santé et nutrition* : les questions portent sur la fréquence et la durée de l'allaitement, sur le type d'allaitement (maternel ou artificiel), ainsi que sur l'utilisation des différents compléments nutritionnels. La deuxième partie porte sur les vaccinations incluses dans le Programme Élargi de Vaccinations (PEV) et la santé des enfants de moins de cinq ans, plus particulièrement sur la prévalence et le traitement de la fièvre, de la toux et de la diarrhée ;
- *Mariage et activité sexuelle* : cette section porte sur l'état matrimonial de la femme, la cohabitation avec le conjoint, le type de mariage (monogamie ou polygamie), l'âge au premier mariage et l'âge aux premiers rapports sexuels ainsi que sur l'activité sexuelle ;
- *Préférences en matière de fécondité* : cette section recueille des informations sur le désir d'enfants supplémentaires, l'intervalle souhaité entre les naissances et l'opinion concernant la taille de la famille ;
- *Caractéristiques du conjoint et travail de la femme* : les questions qui ont été posées permettent de connaître les caractéristiques socioprofessionnelles du conjoint des femmes en union et l'activité professionnelle de celles-ci ;
- *IST et sida* : cette section vise à obtenir des informations sur la connaissance et la prévalence des infections sexuellement transmissibles, sur les modes de transmission et les moyens de prévention du sida ; et
- *Excision* : on collecte ici des informations sur la pratique de l'excision chez les femmes interviewées et sur les filles âgées de moins de 15 ans.

***Le questionnaire individuel homme*** : Il comprend une page de couverture similaire à celle du questionnaire ménage sur laquelle sont enregistrés les informations d'identification du ménage, le résultat de l'interview qui permet de calculer le taux de couverture de l'enquête et les contrôles de terrain et de bureau, ainsi que huit sections qui servent à recueillir des informations sur les thèmes suivants :

- *Caractéristiques sociodémographiques* ;
- *Reproduction* ;
- *Connaissance et utilisation de la contraception* ;
- *Mariage et activité sexuelle* ;
- *Préférences en matière de fécondité* ;
- *Emploi et rôle des sexes* ;

- VIH et autres infections sexuellement transmissibles ; et
- Excision

### *Manuels et autres documents techniques*

En plus des questionnaires, d'autres documents techniques ont été élaborés par l'équipe technique. Il s'agit en particulier :

- du manuel des enquêtrices ;
- du manuel des chefs d'équipe ;
- du manuel de cartographie et de dénombrement des ménages ;
- du manuel d'utilisation des tablettes PC (système d'interview assisté par ordinateur (CAPI) ;
- du manuel pour l'anthropométrie ;
- du manuel du test du paludisme ;
- des fiches d'affectation des enquêteurs/contrôleuses ;
- des fiches de contrôle et de gestion pour les tests (anémie et paludisme) ; et
- des fiches de référence pour les tests (anémie et paludisme).

L'ANSD a assuré la reproduction en nombre suffisant de ces différents documents.

### *Tests d'hémoglobine et de la parasitémie palustre*

Dans les ménages sélectionnés, les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test d'anémie et de parasitémie. Les protocoles pour les tests de l'anémie et de la parasitémie palustre ont été approuvés par le Comité d'Éthique (*Internal Review Board*) d'ICF International à Rockville, Maryland (USA) et par le Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS) du Sénégal.

Pour réaliser les prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles, chaque équipe de terrain comprenait un enquêteur-technicien de santé spécialement chargé des prélèvements. En plus de la formation d'enquêteurs, ce technicien avait reçu une formation spéciale sur tous les aspects des protocoles du test d'anémie. D'abord, pour chaque enfant éligible, le technicien cherchait à obtenir le consentement éclairé de la personne responsable de l'enfant après lui avoir expliqué les procédures de prélèvement, la confidentialité du test et les conditions de prise en charge en cas de besoin.

**Test d'hémoglobine :** Le test d'hémoglobine est la principale méthode pour diagnostiquer l'anémie ; ce test est effectué en utilisant le système d'HemoCue.

Avant de prélever le sang, le doigt était nettoyé avec un tampon imbibé d'alcool et séché à l'air. Ensuite, le bout du doigt (ou du talon des enfants de moins d'un an et très maigre) était piqué avec une lancette rétractable, stérile et non réutilisable. Une goutte de sang était récupérée dans une microcuvette et ensuite introduite dans le photomètre HemoCue qui indiquait le niveau d'hémoglobine. Ces résultats étaient enregistrés dans le questionnaire ménage et communiqués à la personne testée, ou au parent/adulte responsable, en expliquant la signification des résultats. Si la personne présentait une anémie sévère (un niveau d'hémoglobine <7 g/dl), l'enquêteur fournissait une fiche de référence pour rechercher des soins auprès d'un service de santé.

**Test de parasitémie palustre :** Les tests de parasitémie palustre ont été effectués sur les enfants de 6-59 mois. Deux tests du diagnostic du paludisme ont été réalisés : un Test de Diagnostic Rapide (TDR) dont les résultats étaient communiqués aux parents/personne en charge de l'enfant, et une goutte épaisse. Les enfants testés positifs au TDR étaient référencés auprès d'un service de santé par les techniciens de laboratoire de l'enquête selon le protocole en vigueur.

Par ailleurs, les gouttes épaisses confectionnées sur une lame porte-objet après prélèvement d'un échantillon de sang ont été analysées au laboratoire du Département de Parasitologie de la Faculté de Médecine de l'UCAD de Dakar.

### **Échantillonnage**

L'EDS Continue 2014 vise trois cibles : les femmes de 15-49 ans, les hommes de 15-59 ans et les enfants de 0-59 mois. Le champ de l'enquête couvre l'ensemble du territoire et porte sur un échantillon national stratifié d'environ 4 400 ménages, tiré à deux degrés. Cet échantillon permet de produire, pour la plupart des indicateurs, des résultats représentatifs au niveau des quatre grandes régions<sup>5</sup> :

- l'Ouest, constitué des régions de Dakar et de Thiès ;
- le Centre, il s'agit des régions de Diourbel, de Fatick, de Kaolack et de Kaffrine ;
- le Nord, composé des régions de Matam, de Louga et de Saint Louis ; et
- le Sud, constitué des régions de Tambacounda, de Kolda, de Kédougou, de Sédiou et de Ziguinchor.

Pour constituer l'échantillon, 200 Districts de Recensement (79 DR en milieu urbain et 121 en milieu rural) ont été tirés au premier degré de sondage en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille (nombre de ménages dans le DR). Un dénombrement des ménages dans chacun de ces DR a fourni la liste des ménages à partir de laquelle a été tiré au second degré un échantillon de 22 ménages avec un tirage systématique à probabilité égale. Dans cet échantillon de ménages, on s'attendait à trouver 8 500 femmes de 15-49 ans et 8 200 enfants éligibles pour l'enquête. Toutes les femmes de 15 à 49 ans, résidentes habituelles ou visiteuses, identifiées dans ces ménages ont été individuellement enquêtées. Tous les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour subir le test de dépistage du paludisme et celui d'anémie.

Au cours de l'EDS-Continue 2014, au total, 4 400 ménages ont été sélectionnés et parmi eux, 4 288 ménages occupés ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 4 288 ménages, 4 231 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 98,7 % (Tableau 1.1). Le taux de réponse est légèrement plus élevé en milieu rural (99,2 %) qu'en milieu urbain (97,9 %).

**Tableau 1.1 Résultats des interviews Ménages et Individuelles**

Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse par milieu de résidence (non pondéré), EDS-Continue, Sénégal 2014

Résultat	Résidence		Total
	Urbain	Rural	
<b>Interviews Ménages</b>			
Ménages sélectionnés	1 738	2 662	4 400
Ménages occupés	1 690	2 598	4 288
Ménages interviewés	1 655	2 576	4 231
Taux de réponse des ménages <sup>1</sup>	97,9	99,2	98,7
<b>Interviews des femmes de 15-49 ans</b>			
Effectif de femmes éligibles	3 524	5 307	8 831
Effectif de femmes éligibles interviewées	3 406	5 082	8 488
Taux de réponse des femmes éligibles <sup>2</sup>	96,7	95,8	96,1
<b>Interviews des hommes de 15-59 ans</b>			
Effectif d'hommes éligibles	1 578	2 203	3 781
Effectif d'hommes éligibles interviewés	1 393	1 978	3 371
Taux de réponse des hommes éligibles <sup>2</sup>	88,3	89,8	89,2

<sup>1</sup> Ménages enquêtés/ménages identifiés

<sup>2</sup> Enquêtés interviewés/enquêtés éligibles

<sup>5</sup> Ainsi, le terme région ou zone utilisé dans le texte fait référence aux grandes régions.

Dans les 4 231 ménages enquêtés, 8 831 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme éligibles pour l'enquête individuelle, et pour 8 488 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès, soit un taux de réponse de 96,1 %. Le taux de réponse est légèrement plus élevé en milieu urbain (96,8 %) qu'en milieu rural (95,8 %). L'enquête homme a été réalisé dans un ménage sur deux : au total 3 371 hommes de 15-59 ans sur 3 781 éligibles ont été entièrement enquêtés (taux de réponse de 89,2 %). Contrairement à ce que l'on observe pour les femmes, le taux de réponse observé en milieu rural (89,8 %) et en milieu urbain (88,3 %) est légèrement plus élevé en milieu rural qu'urbain.

#### **1.2.4 Réalisation de l'EDS-Continue**

L'EDS-Continue 2014 s'est déroulée en trois étapes principales : la phase préparatoire, la cartographie et le dénombrement des ménages des grappes échantillonnées (en septembre 2012) et la collecte proprement dite. Pour chacune de ces deux dernières étapes, une formation a été dispensée aux personnes recrutées pour les besoins des activités de terrain.

***La phase préparatoire :*** La phase préparatoire a démarré en 2013 avec la mise à jour des documents de collecte pour prendre en compte les préoccupations nationales. En outre, le projet a mis à profit les résultats du Recensement Général de la Population, de l'habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage réalisé en 2013 pour l'établissement de la liste des districts de recensement et celle des ménages sélectionnés. Ce qui a permis de rationaliser les ressources pour la phase cartographie.

Une équipe technique chargée de piloter le projet et assistée par ICF International, a été mise en place au niveau de l'ANSD depuis la première phase. Le laboratoire chargé de la parasitologie était également mis à contribution. Celui-ci avait la charge de la formation et de la supervision des techniciens de santé et les analyses sanguines pour le test de paludisme.

***Recrutement et formation du personnel de terrain :*** Puisqu'il s'agit d'une enquête continue, les mêmes agents de terrain, en nombre limité, de l'édition passée ont été reconduits. Ces agents de terrain ont été sélectionnés sur la base de leur expérience, de leur capacité à communiquer, de leur niveau d'instruction, de leur connaissance des langues nationales, de leur pratique informatique et de leur disponibilité pour travailler d'une manière permanente sur l'enquête. Tout a été fait pour engager du personnel de terrain qualifié dont le profil a été prédéfini par l'équipe technique de l'enquête.

Les agents de terrain ont suivi une mise à niveau (à partir du 2 janvier 2014) de 13 jours, portant sur tous les aspects de l'enquête en mettant l'accent sur les nouveaux modules, en particulier celui portant sur les hommes. Des exposés sur des thèmes spécifiques ont été effectués par des personnes ressources du ministère de la Santé et de l'Action Sociale ou d'autres institutions appropriées.

La formation sur l'utilisation des Tablettes PC, principal outil de collecte, a été assurée par des experts de l'ANSD et d'ICF International. Tous les agents de terrain ont suivi la formation sur tous les modules sauf celui sur les tests biologiques qui était réservé aux seuls techniciens de santé. À la fin de la formation, les agents ont reçu une formation complémentaire sur le contrôle technique, l'organisation et la logistique du terrain ainsi que sur le contact avec les autorités et les populations.

La formation sur les tests biologiques (anémie et parasitose palustre) et les mesures anthropométriques a été assurée par le personnel du laboratoire de parasitologie et un nutritionniste. Les techniciens de santé ont pratiqué les tests sur le terrain, et tous les agents de terrain ont pratiqué les mesures anthropométriques dans des centres de santé à Dakar.

***Collecte des données :*** Après la formation, quatre équipes ont été constituées pour le travail de terrain ; chaque équipe était composée de 3 enquêtrices chargées des interviews auprès des ménages et des femmes sur les Tablettes PC, un technicien de santé pour effectuer les mesures anthropométriques, les tests du paludisme et de l'anémie sur un questionnaire papier, et un chef d'équipe chargé des interviews auprès des hommes et qui, était aussi chargé d'administrer le questionnaire ménage sur les Tablettes PC. Ce

dernier était responsable de la performance et de la gestion de son équipe. Il servait aussi d'assistant au technicien de santé pour la prise des mesures anthropométriques.

La collecte des données sur le terrain a duré 8 mois (du 21 janvier au 20 octobre 2014). Elle s'est faite en deux vagues de quatre mois chacune entrecoupée d'une période d'un mois de repos, la première allant de janvier à mai et la deuxième de juin à octobre, ce qui a permis de visiter les 200 DR.

Des statisticiens ont été recrutés pour assurer la supervision des travaux de collecte. Ainsi, étaient organisées des missions de supervision rapprochées pour s'assurer de la qualité des données collectées sur le terrain. Parallèlement, des missions de supervision organisées par la Cellule de Lutte contre la Malnutrition et le Laboratoire de Parasitologie de l'Université Cheikh Anta Diop ont permis de s'assurer du respect des règles de prélèvement et de mesures anthropométriques sur le terrain.

**Exploitation des tableaux de qualité des données :** le contrôle de qualité a été assuré par la supervision et le suivi des équipes pendant les travaux sur le terrain. Chaque chef d'équipe était responsable de la qualité du travail de son équipe : il tenait des réunions régulières avec son équipe de façon à renforcer la formation et à corriger les erreurs éventuelles commises au cours de la collecte. De plus, les chefs d'équipe devaient ré-interviewer environ 5 % des ménages de façon à contrôler la qualité des données. Ces ré-interviews, limitées à certaines sections du questionnaire, étaient menées avant de quitter le DR. Les chefs d'équipe utilisaient les ré interviews pour contrôler étroitement les raisons des « non-réponses », en particulier les absences du ménage et les refus.

Enfin, un ensemble de tableaux de contrôle a été produit par le programmeur informatique au moins une fois toutes les deux semaines tout au long de la collecte pour vérifier la validité des données saisies. Dès qu'ils étaient produits, ces tableaux étaient examinés par l'équipe technique de l'enquête et les problèmes éventuels décelés dans ces tableaux ont été examinés avec les quatre équipes de terrain afin d'améliorer les taux de réponse et la qualité de la collecte.

**Traitemet des données :** La collecte des données a été réalisée au moyen de Tablettes PC. Après validation des données sur le terrain, les fichiers de données ont été transférés au bureau central de l'ANSD à Dakar par DR. Ces fichiers de données ont été ensuite enregistrés, compilés et traités sur un ordinateur central. Les données de chaque DR ont été vérifiées et un fichier unique de données apurées a été créé après que les fichiers de tous les DR aient été enregistrés et approuvés. L'enregistrement, contrôle et compilation des données ont été effectués par deux informaticiens recrutés pour les besoins de l'EDS-Continue. Après la fusion des fichiers, les dernières erreurs détectées ont été traitées avec l'appui de l'expert informaticien d'ICF International.

**Analyse au laboratoire des prélèvements de sang :** En ce qui concerne le test du paludisme, la parasitémie palustre était réalisée par le Laboratoire de Parasitologie de l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD). Le traitement des échantillons des gouttes épaisses de sang s'est fait au fur et à mesure de la collecte des données sur le terrain. Au final, les résultats des tests ont été fusionnés avec la base de données de l'enquête.

# CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES ET DES ENQUÊTÉS

2

*Mamadou AMOUZOU et Ndèye Binta DIEME*

## Principaux résultats

- Plus de la moitié des ménages disposent de l'électricité (61 %). Cependant, les résultats mettent en évidence une grande disparité entre le milieu urbain (85 %) et le milieu rural (33 %).
- Environ, 74 % des ménages ont accès à l'eau de robinet et ou à une borne fontaine publique. Plus de deux ménages sur cinq disposent de toilettes améliorées non partagées (44 %) ; cependant, 16 % des ménages, essentiellement ruraux (31 %), ne disposent d'aucun type de toilettes.
- Dans l'ensemble, le pourcentage de ménages dans lesquels on a pu observer un endroit pour se laver les mains est de 30 %. Ce pourcentage varie de 34 % en milieu urbain à 25 % en milieu rural.
- Les résultats montrent que 65 % des femmes et 38 % des hommes de (15-49 ans) sont en union et plus d'une femme sur deux (51 %) contre 38 % des hommes n'ont aucun niveau d'instruction.

L'objectif de ce chapitre est de présenter les caractéristiques socio-économiques des femmes et des enfants couverts par l'EDS-Continu 2014 ainsi que les conditions environnementales dans lesquelles ils vivent. La première partie porte sur certaines caractéristiques des logements tels que le type d'approvisionnement en eau de boisson, le type de toilettes, le lavage des mains, la nature du sol et la disponibilité de l'électricité et les quintiles de bien-être économique. La seconde partie est consacrée à la description des caractéristiques sociodémographiques des femmes et des hommes ; il s'agit de la structure par âge, de l'état matrimonial, de la religion, de l'ethnie, du lieu de résidence (urbain et rural et grande région) et du niveau d'instruction.

## 2.1 CONDITIONS DE VIE

### 2.1.1 Provenance de l'eau de boisson

Le Tableau 2.1 présente la répartition des ménages et de la population selon la source d'approvisionnement en eau de boisson. La plupart des ménages sénégalais s'alimente en eau de boisson à une source améliorée, quel que soit le milieu de résidence, (82 % pour l'ensemble, 91 % pour les ménages urbains et 71 % pour les ménages ruraux). L'eau de robinet vient en tête avec 74 % pour l'ensemble des ménages (85 % pour le milieu urbain et 62 % pour le milieu rural). Le plus souvent, les ménages disposent d'un robinet dans leur logement (59 %). Les autres sources améliorées (puits protégés, eau en bouteille et eau de pluie) représentent seulement 8 % de l'ensemble des ménages (6 % pour le milieu urbain et 9 % pour le milieu rural). La répartition de la population selon la source d'approvisionnement en eau de boisson diffère à peine de celle des ménages.

Le Tableau 2.1 montre que 65 % des ménages s'approvisionnent en eau pour la boisson sur place, autrement dit dans leur lieu d'habitation et 24 % mettent moins de 30 minutes pour s'approvisionner en eau de boisson. Près de quatre ménages urbains sur cinq (79 %) disposent d'un mode d'accès à l'eau de boisson dans leur logement contre 49 % des ruraux.

La plupart du temps, l'eau ne fait l'objet d'aucun traitement avant son utilisation, surtout en zone urbaine (76 % de l'ensemble des ménages, 82 % en milieu urbain et 69 % en milieu rural). Dans 10 % des cas, les ménages traitent l'eau à l'eau de javel ou au chlore ou, dans 17 % des cas, ils procèdent au filtrage à travers un linge. Ce dernier moyen de traitement est surtout utilisé en milieu rural (24 % contre 10 % en milieu urbain). L'ébullition, la désinfection solaire et les autres procédés de filtrage (céramique, sable, etc.) sont très peu utilisés.

**Tableau 2.1 Eau utilisée par les ménages pour boire**

Répartition (en %) des ménages et de la population de droit par la provenance de l'eau pour boire, le temps pour s'approvisionner en eau et par le moyen utilisé pour traiter l'eau, selon le milieu de résidence, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristique	Ménages			Population		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
<b>Source d'approvisionnement en eau de boisson</b>						
<b>Source améliorée</b>	<b>91,2</b>	<b>70,8</b>	<b>81,8</b>	<b>90,8</b>	<b>71,5</b>	<b>80,8</b>
Robinet dans logement/concession	73,2	42,1	58,9	76,1	45,8	60,4
Robinet public/fontaine	11,8	19,9	15,5	10,5	17,7	14,2
Puits à pompe/ forage	0,3	5,0	2,5	0,2	4,8	2,6
Puits creusé protégé	2,7	3,1	2,9	2,9	3,0	3,0
Source d'eau protégée	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Eau en bouteille	3,1	0,6	2,0	0,9	0,2	0,5
<b>Source non améliorée</b>	<b>8,5</b>	<b>29,2</b>	<b>18,0</b>	<b>8,8</b>	<b>28,5</b>	<b>19,0</b>
Puits creusé non protégé	7,3	24,9	15,4	7,7	24,5	16,4
Source d'eau non protégée	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1
Camion-citerne/charrette avec petite citerne	1,1	2,9	1,9	1,0	2,8	1,9
Eau de surface	0,0	1,3	0,6	0,0	1,0	0,5
<b>Autre</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,2</b>	<b>0,4</b>	<b>0,0</b>	<b>0,2</b>
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pourcentage utilisant pour boire l'eau d'une source améliorée	91,2	70,8	81,8	90,8	71,5	80,8
<b>Temps de trajet pour s'approvisionner en eau de boisson</b>						
Eau sur place	79,2	48,8	65,3	82,1	52,3	66,7
Moins de 30 minutes	16,2	34,0	24,3	13,4	31,9	22,9
30 minutes ou plus	4,5	16,6	10,1	4,4	15,3	10,1
NSP/manquant	0,1	0,6	0,3	0,1	0,6	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Moyen de traitement de l'eau<sup>1</sup></b>						
Ébullition	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2
Ajout d'eau de Javel/chlore	9,2	10,7	9,9	10,0	9,9	9,9
Passée à travers un linge	10,0	24,2	16,5	10,1	24,1	17,3
Céramique, sable ou autre filtre	2,1	0,4	1,3	1,8	0,3	1,0
Autre	2,1	1,1	1,7	2,1	1,3	1,7
Aucun traitement	81,9	69,3	76,1	82,0	69,7	75,6
Pourcentage utilisant une méthode de traitement approprié <sup>2</sup>	17,1	30,5	23,3	17,2	30,0	23,9
Effectif	2 290	1 941	4 231	17 577	18 858	36 435

<sup>1</sup> Les enquêtés pouvant déclarer plusieurs types de traitement, la somme des pourcentages peut excéder 100 %.

<sup>2</sup> Les méthodes pour le traitement de l'eau comprennent l'ébullition, l'ajout de chlore, l'utilisation d'un linge pour passer l'eau, le filtrage et la désinfection solaire.

## 2.1.2 Types de toilettes

L'accès à des installations sanitaires adéquates et la promotion de pratiques hygiéniques constituent des objectifs importants pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Les résultats de l'EDS-Continuée 2014 présentés au Tableau 2.2 montrent que 44 % des ménages sénégalais utilisent des toilettes améliorées non partagées. Comme il fallait s'y attendre, l'utilisation de toilettes améliorées est plus fréquente en milieu urbain qu'en rural (55 % contre 32 %). Par ailleurs, un peu plus d'un ménage sur cinq (22 %) a accès à des toilettes améliorées partagées et on note également des variations importantes selon le milieu de résidence (33 % en urbain contre 9 % en rural). En outre, 18 % des ménages ont accès à des latrines traditionnelles et 16 % n'ont pas du tout accès à des toilettes. En milieu rural, les proportions correspondantes sont de 28 % et 31 % contre, respectivement 10 % et 3 % seulement en milieu urbain.

**Tableau 2.2 Type de toilettes utilisées par les ménages**

Répartition (en %) des ménages et de la population de droit par type de toilettes/latrines, selon le milieu de résidence, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Type de toilettes/latrines	Ménages			Population		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
<b>Toilettes améliorées, non partagées</b>						
Chasse branchée à un système d'égout	8,0	0,0	4,3	8,2	0,0	3,9
Chasse branchée à une fosse septique	12,3	8,8	10,7	13,6	9,9	11,7
Fosse d'aisances améliorées ventilées	1,2	2,7	1,9	1,6	3,3	2,5
Fosses d'aisances avec dalle	30,1	20,2	25,6	41,5	24,0	32,4
Latrines à chasse manuelle	3,0	0,6	1,9	2,0	0,5	1,2
<b>Total</b>	<b>54,6</b>	<b>32,3</b>	<b>44,4</b>	<b>66,9</b>	<b>37,7</b>	<b>51,7</b>
<b>Toilettes partagées<sup>1</sup></b>						
Chasse branchée à un système d'égout	4,9	0,0	2,6	3,2	0,0	1,5
Chasse branchée à une fosse septique	2,2	1,0	1,7	1,6	0,6	1,1
Fosse d'aisances améliorées ventilées	1,9	1,3	1,6	0,9	0,8	0,9
Fosses d'aisances avec dalle	23,2	6,1	15,3	14,7	5,3	9,9
Latrines à chasse manuelle	0,4	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2
<b>Total</b>	<b>32,6</b>	<b>8,5</b>	<b>21,5</b>	<b>20,6</b>	<b>6,8</b>	<b>13,6</b>
<b>Toilettes non améliorées</b>						
Latrines traditionnelles	9,8	28,4	18,3	10,0	29,2	19,9
Pas de toilettes/nature	3,1	30,7	15,7	2,4	26,2	14,7
Autre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>12,9</b>	<b>59,1</b>	<b>34,0</b>	<b>12,4</b>	<b>55,4</b>	<b>34,6</b>
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	2 290	1 941	4 231	17 577	18 858	36 435

<sup>1</sup> Toilettes partagées qui seraient considérées comme « améliorées » si elles n'étaient pas partagées.

En 2012-2013, les proportions de ménages ne disposant pas de toilettes étaient de 20 % dans l'ensemble, et de 38 % en milieu rural contre 2 % en milieu urbain.

### 2.1.3 Lavage des mains

Le lavage des mains au savon, est un élément important en matière d'hygiène. L'endroit où ce lavage a lieu est également important. Ainsi, au cours de l'enquête, on a demandé à voir l'endroit où les membres du ménage se lavent les mains. L'enquêteur devait aussi noter si l'eau et certains produits nettoyants étaient disponibles à cet endroit. Dans l'ensemble, pour sept ménages sur dix (70 %) un endroit précis pour se laver les mains n'a pas été observé (Tableau 2.3). Le milieu urbain enregistre le pourcentage le plus élevé de ménages dans lesquels l'endroit pour se laver les mains a été observé (34 % contre 25 % en milieu rural). Parmi les ménages dans lesquels ce lieu a été observé, 62 % disposaient de savon et d'eau seulement ou d'eau, de savon et d'un autre détergent ; en milieu urbain le pourcentage est de 73 % contre 45 % en milieu rural. Dans les zones Centre (48 %) et Sud (28 %) ainsi qu'en milieu rural (35 %), une part importante des ménages ne dispose pas d'eau, ni de savon, ni d'autres produits nettoyants pour se laver les mains.

Les résultats selon les quintiles de bien-être économique montrent que dans plus de la moitié des ménages classés dans le quintile le plus riche, on a pu observer un endroit où les membres du ménage se lavent les mains. Dans les ménages du quintile le plus pauvre, ce pourcentage n'est que de 27 % et dans les autres quintiles, il varie de 19 à 22 %. Dans les ménages les plus riches, 82 % disposent d'eau et de savon et la quasi-totalité ont de l'eau, du savon ou un autre produit nettoyant. Par comparaison, dans les ménages classés dans le quintile le plus pauvre, seulement 19 % disposent de savon et d'eau. Il apparaît donc que la disponibilité d'un endroit où se laver les mains ainsi que d'eau et de savon est lié au niveau de bien-être du ménage.

**Tableau 2.3 Lavage des mains**

Pourcentage de ménages dans lesquels l'endroit le plus souvent utilisé pour se laver les mains a été observé et, parmi ces ménages, répartition (en %) par disponibilité de l'eau, de savon et d'autres produits nettoyants, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de ménages dans lesquels l'endroit pour se laver les mains a été observé	Effectif de ménages	Parmi les ménages dans lesquels l'endroit pour se laver les mains a été observé						Effectif de ménages dans lesquels l'endroit pour se laver les mains a été observé	
			Eau et produit nettoyeur <sup>2</sup> autre que le savon seulement			Savon mais pas d'eau <sup>3</sup>	Pas d'eau, ni savon, ni autre produit nettoyeur	Total		
			Eau seulement	Savon	ni eau					
<b>Résidence</b>										
Urbain	33,8	2 290	73,2	0,0	19,7	0,3	6,7	100,0	775	
Rural	24,8	1 941	44,6	0,2	18,7	1,3	35,2	100,0	482	
<b>Grande région</b>										
Nord	22,8	775	97,9	0,0	2,1	0,0	0,0	100,0	177	
Ouest	32,8	1 787	75,5	0,0	17,0	1,0	6,5	100,0	586	
Centre	23,9	945	17,0	0,0	34,5	0,5	48,0	100,0	226	
Sud	37,0	724	47,5	0,5	23,0	0,7	28,2	100,0	268	
<b>Quintiles de bien-être économique</b>										
Le plus pauvre	27,2	745	18,8	0,3	27,7	0,3	52,9	100,0	202	
Second	19,9	743	43,5	0,6	22,3	0,0	33,7	100,0	148	
Moyen	21,8	783	55,9	0,0	19,5	3,7	20,9	100,0	171	
Quatrième	18,8	949	70,1	0,0	18,1	1,0	10,8	100,0	178	
Le plus riche	55,1	1 011	82,4	0,0	15,8	0,0	1,8	100,0	557	
Total	29,7	4 231	62,2	0,1	19,3	0,7	17,7	100,0	1 257	

<sup>1</sup> Par « savon », on entend ici le savon ou un détergent en morceau, sous forme liquide, en poudre ou sous forme de pâte. Cette colonne inclut les ménages possédant du savon et de l'eau seulement ainsi que ceux qui possèdent du savon et de l'eau et un autre détergent.

<sup>2</sup> Les produits nettoyants autres que le savon incluent des produits disponibles localement comme la cendre, la boue ou du sable

<sup>3</sup> Y compris les ménages disposant de savon seulement ainsi que ceux qui disposent de savon et d'autres produits nettoyants

## 2.1.4 Caractéristiques des logements

Le Tableau 2.4 montre que dans l'ensemble, 61 % des ménages enquêtés disposent de l'électricité. Les résultats mettent en évidence des disparités importantes selon le milieu de résidence. Le milieu rural est nettement plus défavorisé : seulement 33 % des ménages y disposent de l'électricité, contre 85 % en milieu urbain (Graphique 2.1).

Certains types de revêtement du sol peuvent faciliter la propagation de certains germes responsables de maladies. Pour cette raison, des questions ont été posées sur le type de revêtement du sol des pièces à usage d'habitation du logement. Au Sénégal, 70 % des ménages ont un logement dont le sol est en ciment, en carrelage ou en vinyle et, pour 26 % des ménages, le sol est revêtu de terre, de sable ou de bouse.

---

**Tableau 2.4 Caractéristiques du logement**

Répartition (en %) des ménages en fonction de certaines caractéristiques du logement, et pourcentage utilisant du combustible solide pour cuisiner ; Répartition (en %) des ménages en fonction de la fréquence à laquelle on fume dans le logement, selon le milieu de résidence, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristique du logement	Résidence		
	Urbain	Rural	Total
<b>Électricité</b>			
Oui	85,0	32,7	61,0
Non	15,0	67,3	39,0
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Matériau de revêtement du sol</b>			
Terre, sable	9,2	40,3	23,5
Bouse	0,2	5,5	2,7
Planches en bois	0,0	0,1	0,0
Palms/bambou	0,0	0,1	0,0
Parquet ou bois ciré	0,2	0,1	0,2
Bandes de vinyle ou asphalte	15,6	10,5	13,2
Carrelage	37,2	9,5	24,5
Ciment	32,9	31,1	32,0
Moquette	3,8	1,6	2,8
Autre	1,0	1,2	1,1
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Pièces utilisées pour dormir</b>			
Une	27,6	9,8	19,4
Deux	18,3	20,4	19,3
Trois ou plus	54,1	69,7	61,3
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Endroit pour cuisiner</b>			
Dans la maison	54,0	64,6	58,8
Dans un bâtiment séparé	32,2	29,5	30,9
À l'extérieur	8,6	4,3	6,6
Autre	5,2	1,6	3,6
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Combustible utilisé pour cuisiner</b>			
Électricité	0,7	0,5	0,6
GPL/gaz naturel/biogaz	41,6	6,1	25,3
Charbon de bois	28,2	8,7	19,2
Paille/branchage/herbe	20,0	79,8	47,4
Bouse	0,3	2,6	1,4
Autre	9,1	2,4	6,0
Total	100,0	100,0	100,0
Pourcentage utilisant un combustible solide pour cuisiner <sup>1</sup>	48,5	91,1	68,0
<b>Fréquence à laquelle on fume dans le logement</b>			
Tous les jours	33,5	23,6	28,9
Une fois par semaine	7,1	7,8	7,4
Une fois par mois	3,7	3,9	3,8
Moins d'une fois par mois	4,8	5,1	4,9
Jamais	51,0	59,6	54,9
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	2 290	1 941	4 231

GPL = Gaz propane liquéfié

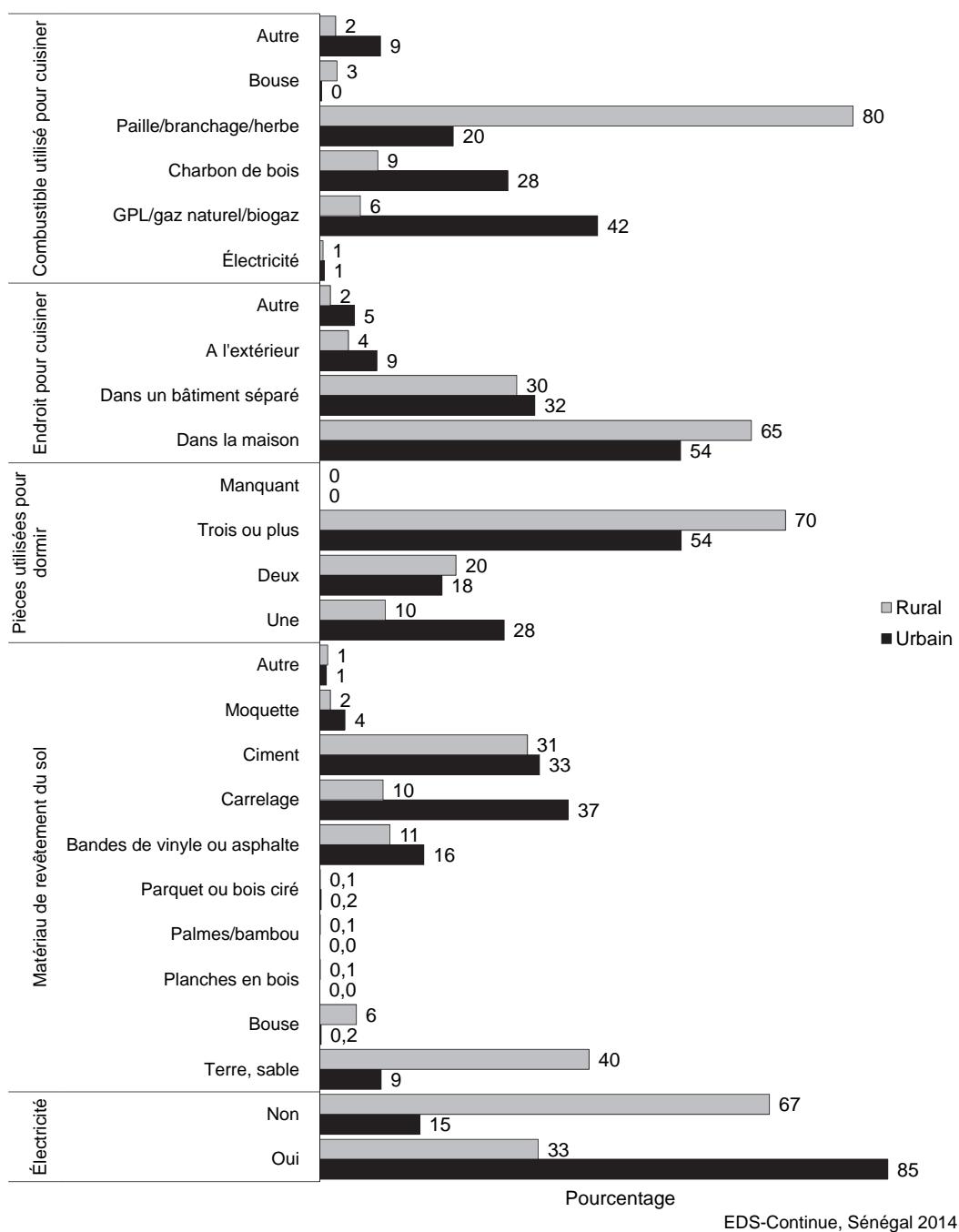
<sup>1</sup> Inclut Charbon/lignite, Charbon de bois, Bois, Paille/branchages/herbe, Résidus agricoles et Bouse

---

Dans l'ensemble, le ciment reste le principal matériau du sol des pièces à usage d'habitation. En milieu rural, les ménages qui vivent dans un logement dont le sol est recouvert de terre/sable ou bouse restent encore élevé (46 %). En milieu urbain, dans 37 % des cas, les ménages vivent dans un logement dont le sol est recouvert de carrelage et dans 33 % des cas, le sol est recouvert de ciment.

Le Tableau 2.4 présente aussi la répartition des ménages selon le nombre de pièces utilisées pour dormir. Dans 61 % des cas, les ménages utilisent trois pièces ou plus pour dormir et, dans 19 % des cas, deux pièces. On constate également que 59 % des ménages font la cuisine à l'intérieur de la maison alors que, dans 31 % des cas, la cuisine se fait dans un bâtiment séparé et que 7 % des ménages cuisinent à l'extérieur.

**Graphique 2.1 Caractéristiques des logements selon le milieu de résidence**



Pour évaluer le niveau de pollution à l'intérieur du logement, on a demandé quel était le combustible utilisé par le ménage pour cuisiner. On constate, au niveau global, que plus de quatre ménages sur dix (47 % contre 51 % en 2012-2013) utilisent du bois à brûler ou de la paille. Cette proportion varie de manière importante selon le milieu de résidence : 80 % en milieu rural et 20 % en milieu urbain. Les ménages du milieu urbain utilisent plus fréquemment du gaz pour cuisiner (42 %).

En outre, l'EDS-Continue de 2014 s'est intéressée à la fréquence à laquelle on fume dans les ménages. On constate que dans presque 30 % des ménages, la consommation du tabac y est quotidienne. Elle est plus fréquente en milieu urbain (34 % contre 24 % en milieu rural).

### 2.1.5 Quintiles de bien-être économique des ménages

Le Tableau 2.5 présente la répartition de la population de droit par quintile de bien-être économique selon le milieu de résidence et la région. L'indice de bien-être économique est construit à partir des données sur les biens des ménages et sur certaines caractéristiques du logement (électricité, type d'approvisionnement en eau, type de toilettes, matériau de revêtement du sol, etc.) collectées dans le questionnaire ménage de l'EDS-Continue 2014 et en utilisant l'analyse en composante principale. On a affecté à chacun de ces biens et caractéristiques un poids (score ou coefficient) généré à partir d'une analyse en composante principale. Les scores des biens qui en résultent sont standardisés selon une distribution normale standard de moyenne 0 et d'écart type 1 (Gwatkin et al, 2000). On attribue ensuite à chaque ménage un score pour chaque bien et on fait la somme de tous les scores par ménage ; les individus sont classés en fonction du score total du ménage dans lequel ils résident. L'échantillon est ensuite divisé en quintile de population, chaque quintile correspondant à un niveau allant de 1 (le plus bas) à 5 (le plus élevé).

**Tableau 2.5 Quintiles de bien-être économique**

Répartition (en %) de la population de droit par quintile de bien-être économique et coefficient de Gini, selon le milieu de résidence et la région, EDS-Continue, Sénégal 2014

Milieu de résidence/ région	Quintiles de bien-être économique					Total	Effectif d'enquêtés	Coefficient de Gini
	Le plus pauvre	Second	Moyen	Quatrième	Le plus riche			
<b>Résidence</b>								
Urban	1,8	7,9	19,2	34,6	36,5	100,0	17 577	0,20
Rural	36,9	31,3	20,8	6,5	4,5	100,0	18 858	0,40
<b>Grande région</b>								
Nord	17,7	21,8	26,8	18,1	15,7	100,0	7 316	0,37
Ouest	2,2	8,0	17,7	32,4	39,7	100,0	13 504	0,24
Centre	34,3	28,9	17,9	12,0	7,0	100,0	9 445	0,41
Sud	39,9	30,4	20,4	7,6	1,7	100,0	6 169	0,39
Total	20,0	20,0	20,0	20,0	19,9	100,0	36 435	0,36

Dans l'ensemble, les résultats présentés dans le Tableau 2.5 montrent que le niveau de bien-être économique est plus bas en milieu rural qu'en milieu urbain : on constate ainsi que seulement 5 % de la population du milieu rural sont classés dans le quintile le plus riche et pratiquement un tiers dans le quintile le plus pauvre (37 %). Par comparaison, en milieu urbain, seulement 2 % de la population appartient au quintile le plus pauvre et 37 % au quintile le plus riche. Les résultats par grandes régions montrent que c'est dans l'Ouest que se concentre la population la plus riche puisque 40 % sont classés dans le quintile le plus riche et 32 % dans le quatrième quintile contre seulement 2 % dans le plus pauvre. Par contre, dans le Sud, seulement 2 % de la population sont classés dans le quintile le plus riche et plus d'un tiers dans le quintile le plus pauvre (40 %).

## 2.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUETÉS

L'âge est une variable fondamentale dans l'analyse des phénomènes démographiques. Il est aussi l'une des informations les plus difficiles à obtenir de façon précise, surtout lorsque l'enregistrement écrit des événements, tels que les faits d'état civil, n'est pas encore ancré dans les habitudes de certaines populations. Pour ces raisons, un soin particulier a été accordé à la collecte de cette information lors du travail sur le terrain. Le Tableau 2.6 montre que la répartition des femmes et des hommes de 15-49 ans par groupe d'âges quinquennaux présente une allure assez régulière, les proportions de chaque groupe d'âges diminuant au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés. Elles passent, pour les femmes et les hommes de 15-19 ans, de 22 % et 24 % à respectivement 7 % et 8 % à 45-49 ans.

**Tableau 2.6 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés**

Répartition (en %) des femmes et des hommes enquêtés de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Femme			Homme		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
<b>Age</b>						
15-19	21,5	1 823	1 918	24,2	733	808
20-24	19,5	1 659	1 688	19,0	574	588
25-29	17,8	1 507	1 469	15,6	472	454
30-34	14,4	1 226	1 224	13,0	393	366
35-39	11,2	953	922	9,7	292	288
40-44	8,8	749	742	10,8	325	291
45-49	6,7	570	525	7,7	234	225
<b>Religion</b>						
Musulman	95,5	8 102	8 154	95,4	2 884	2 891
Chrétien	4,1	344	280	4,3	129	118
Animiste	0,5	41	53	0,3	9	10
Sans religion	0,0	1	1	0,0	1	1
<b>Ethnie</b>						
Wolof	41,7	3 540	3 049	39,9	1 205	1 000
Pular	26,8	2 271	2 589	27,2	823	931
Serer	12,6	1 072	1 000	13,9	419	386
Mandingue	6,7	568	800	5,2	158	198
Diola	6,4	541	515	4,1	123	166
Soninké	1,9	158	233	1,4	42	58
Autre/non sénégalais	4,0	339	302	8,3	252	281
<b>État matrimonial</b>						
Célibataire	29,8	2 526	2 270	59,5	1 799	1 801
Marié	64,3	5 459	5 786	38,4	1 161	1 170
Vivant ensemble	0,5	41	34	0,4	12	10
Divorcé/séparé	4,3	368	294	1,6	48	35
Veuf	1,1	93	104	0,1	2	4
<b>Résidence</b>						
Urbain	53,7	4 556	3 406	56,6	1 711	1 270
Rural	46,3	3 932	5 082	43,4	1 311	1 750
<b>Grande région</b>						
Nord	20,2	1 713	2 042	19,6	591	663
Ouest	41,1	3 488	1 303	44,6	1 348	548
Centre	24,0	2 040	2 690	20,1	607	888
Sud	14,7	1 247	2 453	15,8	476	921
<b>Niveau d'instruction</b>						
Pas d'instruction	51,0	4 330	4 853	37,7	1 138	1 275
Primaire	23,3	1 974	1 775	24,8	749	704
Moyen/secondeaire	23,0	1 952	1 759	31,4	949	924
Supérieur	2,7	232	101	6,1	186	117
<b>Quintiles de bien-être économique</b>						
Le plus pauvre	16,5	1 399	2 166	13,9	419	681
Second	17,3	1 470	2 026	13,2	398	625
Moyen	19,8	1 685	1 887	20,5	621	742
Quatrième	21,0	1 786	1 369	24,9	751	560
Le plus riche	25,3	2 148	1 040	27,6	834	412
Ensemble 15-49	100,0	8 488	8 488	100,0	3 022	3 020
50-59	na	na	na	na	349	351
Ensemble 15-59	na	na	na	na	3 371	3 371

Note : Le niveau d'instruction correspond au plus haut niveau d'instruction atteint, qu'il ait été achevé ou non.

na = Non applicable

Les questions sur l'état matrimonial ont été posées à toutes les femmes et à tous les hommes de 15-49 ans. Dans le cadre de l'EDS-Continue 2014, le terme union s'applique à l'ensemble des femmes et des hommes qui se sont déclarés mariés (quel que soit le type de mariage) ou qui vivent maritalement avec un/une partenaire. Selon cette définition, trois femmes sur dix (30 %) contre trois hommes sur cinq (60 %) sont célibataires, deux tiers (65 %) des femmes et 39 % des hommes sont en union et 5 % des femmes et 2 % des hommes sont divorcés, séparés ou veufs.

Plus de la moitié des femmes (54 %) et des hommes (57 %) vivent en milieu urbain. La majorité des enquêtés, femmes (41 %) et hommes (45 %) vivent dans la grande région Ouest. La grande région

Centre abrite près du quart des femmes (24 %) et le cinquième des hommes enquêtés (20 %) et 20 % des enquêtés dans la grande région Nord. La grande région Sud enregistre la plus faible proportion (15 % des femmes et 16 % des hommes).

La distribution selon le niveau d'instruction montre que plus d'une femme sur deux (51 % contre 38 % pour les hommes) n'a aucune instruction alors que plus d'une femme sur cinq (23 %) à un niveau primaire contre 25 % chez les hommes. Le niveau moyen/secondeaire a été atteint par 23 % des femmes et 31 % des hommes. Seuls 3 % de femmes et 6 % d'hommes ont atteint le niveau supérieur.

En ce qui concerne la religion, plus de 95 % des enquêtés se sont déclarés de religion musulmane et les chrétiens concernent environ 4 % des enquêtés.

La répartition de la population selon l'ethnie fait apparaître trois grands groupes : le Wolof (42 % des femmes et 40 % des hommes), le Poular (27 % chacun) et le Serer (13 % des femmes et 14 % des hommes). Puis viennent les Mandingues et les Diolas et ensuite les Soninkés. Les autres groupes ethniques et les non Sénégalais représentent 4 % des femmes et 8 % des hommes.



# SITUATION DES ENFANTS

*Papa Ibrahima Sylmang SENE, Jean Pierre Diamane BAHOUUM et Mariana STIRBU*

## Principaux résultats

- Dans l'ensemble, 73 % des naissances d'enfants de moins de cinq ans sont enregistrées à l'état civil. Ce pourcentage a peu varié par rapport à celui de l'EDS Continue 2012-2013 et de l'EDS-MICS 2010-2011 qui était respectivement de 73 % et 75 %.
- En 2014, 55 % des enfants d'âge scolaire du niveau primaire fréquentent l'école primaire mais seulement 30 % des enfants d'âge scolaire secondaire fréquentent l'école secondaire.
- Parmi les enfants de 5-17 ans, 26 % ont travaillé au cours de la semaine ayant précédé l'interview. Les garçons ont travaillé plus fréquemment que les filles (36 % contre 15 %). De même, en milieu rural, la proportion d'enfants de 5-17 ans qui ont travaillé est plus élevée qu'en milieu urbain (36 % contre 12 %).
- Parmi les enfants de moins de 18 ans, 51 % vivent avec leurs deux parents biologiques
- Par ailleurs, 7 % des enfants de moins de 18 ans sont orphelins de père et/ou de mère.

La situation des enfants au Sénégal fait l'objet d'une attention particulière de la part de l'État, de nombreux organismes comme l'UNICEF, le BIT, et diverses Organisations Non Gouvernementales. Il faut rappeler que selon les résultats du Recensement de 2013, la population de moins de 18 ans au Sénégal représente 49 % de la population totale. C'est donc une cible importante en termes de prestation, accès et qualité de services sociaux de base. Au cours de l'enquête, à partir de questions concernant la fréquentation scolaire, la participation à des activités économiques et l'état de survie des parents biologiques, on a évalué la situation des enfants. En outre, on a posé des questions pour savoir dans quelle proportion les naissances d'enfants de moins de cinq ans étaient enregistrées. Les résultats sont présentés dans ce chapitre.

## 3.1 ENREGISTREMENT DES NAISSANCES

L'enregistrement des naissances est une obligation légale au Sénégal ; elle est inscrite dans l'article 33 du Code de la Famille : « Les déclarations sont faites à l'état civil dans le délai d'un mois par les personnes énumérées aux articles 51 et 67. S'il n'est point justifié des déclarations de naissance et de décès survenus dans leur circonscription dans le délai d'un mois, les chefs de village ou de quartier seront tenus de faire dans les quinze jours suivants à l'officier de l'état civil les déclarations ainsi omises sous peine d'amende de simple police allant de 2 000 à 5 000 francs ».

Au cours de l'enquête, les enquêteurs ont demandé aux personnes interviewées si la naissance des enfants les plus jeunes (moins de cinq ans) avait été déclarée à l'état civil.

L'enquête révèle que la majorité des enfants de moins de 5 ans sont enregistrés à l'état civil (73 %, soit près de trois enfants sur quatre) comme le montre le Tableau 3.1. Lors de l'enquête, 62 % des enfants de moins de cinq ans détenaient un acte de naissance alors que 11 % n'en avaient pas, mais avaient été enregistrés à l'état civil. Il n'y a pas de différences importantes entre groupes d'âges (60 % des enfants de moins de deux ans et 63 % des enfants de 2 à 4 ans sont enregistrés à l'état civil et disposent d'un acte de naissance) et entre les sexes (64 % des garçons et 60 % des filles).

**Tableau 3.1 Enregistrement des naissances d'enfants de moins de cinq ans**

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans (de droit) dont la naissance a été enregistrée à l'état civil selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Enfants dont la naissance a été enregistrée			
	Pourcentage ayant un acte de naissance	Pourcentage n'ayant pas d'acte de naissance	Pourcentage enregistré	Effectif d'enfants
<b>Âge</b>				
<2	59,9	12,0	71,9	2 444
2-4	63,2	10,0	73,3	3 730
<b>Sexe</b>				
Masculin	63,5	11,1	74,7	3 156
Féminin	60,2	10,5	70,7	3 018
<b>Résidence</b>				
Urban	79,5	7,7	87,1	2 563
Rural	49,5	13,0	62,5	3 611
<b>Grande région</b>				
Nord	65,2	8,2	73,4	1 276
Ouest	81,3	7,7	88,9	1 932
Centre	52,4	10,1	62,5	1 889
Sud	40,0	20,7	60,8	1 078
<b>Quintiles de bien-être économique</b>				
Le plus pauvre	36,6	14,2	50,8	1 537
Second	51,5	14,0	65,5	1 364
Moyen	65,0	12,7	77,7	1 214
Quatrième	83,7	5,4	89,0	1 080
Le plus riche	88,5	4,7	93,2	980
<b>Ensemble</b>	<b>61,9</b>	<b>10,8</b>	<b>72,7</b>	<b>6 174</b>

Cependant, l'enregistrement des naissances à l'état civil est très variable selon la zone et le milieu de résidence. Les enfants enregistrés à l'état civil et disposant d'un acte de naissance sont proportionnellement beaucoup moins nombreux en milieu rural (50 %) qu'en milieu urbain (80 %). Au niveau des grandes régions, ce sont les enfants des zones Centre (52 %) et Sud (40 %) qui possèdent le moins fréquemment un acte de naissance ; à l'inverse, la grande majorité des enfants des zones Ouest (81 %) et Nord (65 %) ont été déclarées à l'état civil et disposent d'un acte de naissance. C'est important de noter que le taux d'enregistrement des naissances à l'état civil est plus de deux fois plus faible dans les ménages classés dans le quintile le plus pauvre par rapport à ceux classés dans le plus riche (37 % contre 89 %). Dans la mesure où l'enregistrement de la naissance et surtout la possession d'un acte de naissance est essentiel pour avoir accès à l'ensemble des services sociaux de base, il est évident que les enfants des ménages les plus pauvres se trouvent défavorisés par rapport à ceux des ménages les plus riches.

## 3.2 ACCÈS À L'INSTRUCTION

L'accès à l'instruction est considéré par l'UNICEF comme « un facteur essentiel » pour le développement des enfants et surtout de leur capital humain. Au Sénégal, la loi 2004-37 du 15 décembre 2004 spécifie en son article 3 bis que « la scolarité est obligatoire pour tous les enfants des deux sexes âgés de 6 ans à 16 ans ». Pour évaluer la situation en matière de scolarisation des enfants, deux principaux indicateurs sont calculés : le taux brut de fréquentation scolaire (TBF) et le taux net de fréquentation scolaire (TNF). Ces indicateurs sont calculés pour les niveaux primaire et secondaire et portent sur les enfants âgés de 6 à 16 ans.

Le taux TBF au niveau primaire est le nombre total d'élèves du niveau primaire, exprimé en pourcentage de la population d'âge officiel de fréquentation du niveau primaire. Le TBF au niveau secondaire est le nombre total d'élèves du niveau secondaire, exprimé en pourcentage de la population d'âge officiel de fréquentation du niveau secondaire. Ainsi, le TBF peut dépasser 100 % s'il y a pour un niveau donné un nombre important d'élèves plus âgés ou plus jeunes que l'âge officiel pour ce niveau.

Le TNF pour le niveau primaire est le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau primaire (6-11 ans) qui fréquente l'école primaire. Le TNF pour le niveau secondaire est le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau secondaire (12-16 ans) qui fréquente l'école secondaire.

### **3.2.1 Taux brut de fréquentation scolaire<sup>1</sup>**

Le taux brut de fréquentation scolaire (TBF) au niveau primaire est le nombre total d'élèves du niveau primaire, exprimé en pourcentage de la population d'âge officiel de fréquentation du niveau primaire. Le taux brut de fréquentation scolaire au niveau secondaire est le nombre total d'élèves du niveau secondaire, exprimé en pourcentage de la population d'âge officiel de fréquentation du niveau secondaire. S'il y a pour un niveau donné un nombre important d'élèves plus âgés ou plus jeunes que l'âge officiel pour ce niveau, le TBF peut excéder 100 %.

L'enquête montre que, dans l'ensemble, 75 % des enfants, quel que soit leur, âge fréquentent le niveau primaire (Tableau 3.2). Le taux brut de scolarisation est influencé par le lieu de résidence des enfants et le niveau de bien-être du ménage. On note que le pourcentage d'enfants qui fréquentent le niveau primaire est beaucoup plus important en milieu urbain (93 %) qu'en milieu rural (67 %). Les taux les plus faibles sont observés dans la région Centre (59 %). Les taux les plus élevées sont enregistrées par la région Ouest (87 %) et Sud (86%) ; dans la région Nord ce taux est de 71 %. Les résultats font apparaître un léger écart de fréquentation scolaire, au détriment des garçons, 73 % fréquentant l'école primaire contre 78 % des filles. Cet écart en faveur des filles est observé dans trois régions sauf au Sud, où l'écart est en faveur des garçons avec un indice de parité de genre égal à 0,9. Le taux brut de scolarisation au niveau primaire varie avec le niveau de bien-être du ménage, d'un minimum de 61 % dans les ménages des deux premiers quintiles à un maximum de 102 % dans ceux du quintile le plus riche.

Le taux brut de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire s'établit à 68 %. Il varie légèrement entre les sexes (71 % pour les garçons contre 65 % pour les filles). Par contre, l'écart entre les milieux de résidence est important : 41 % en milieu rural contre 102 % en milieu urbain). De même, entre les régions, les écarts sont importants, le taux de fréquentation scolaire variant, comme pour le niveau primaire, d'un maximum de 97 % dans la région Ouest à un minimum de 47 % dans la région Centre. Le Tableau 3.2 présente aussi l'indice de parité entre les genres qui est le rapport entre le taux de fréquentation scolaire des filles et celui des garçons. Plus l'indice de parité est proche de 1, moins l'écart de fréquentation scolaire entre les genres est important. Un indice égal à 1 indique l'égalité totale. Dans l'ensemble, au Sénégal, l'indice de parité est supérieur à 1 (1,07 pour le niveau primaire) ou très proche de 1 (0,91 pour le niveau secondaire). Au niveau primaire, quelle que soit la caractéristique, l'indice de parité entre les genres est pratiquement très proche ou supérieur à 1. Ce qui signifie que plus de filles que de garçons fréquentent ce niveau. Seule la région Sud fait exception avec un indice de 0,89. Au niveau secondaire, l'indice est inférieur à 1 (0,95), en particulier dans la région Centre (0,80). Par contre, il est égal à 1 dans la région Nord et très proche de 1 dans les ménages du quatrième quintile (0,99). Il faut signaler qu'avec un indice de parité entre les genres égal à 0,74 c'est dans les ménages du quintile le plus pauvre que l'écart de fréquentation scolaire au niveau secondaire est le plus important. Des efforts restent donc à faire, notamment dans les régions Sud et surtout du Centre pour maintenir les filles à l'école.

### **3.2.2 Taux net de scolarisation**

L'enquête révèle que 55 % des enfants âgés de 6 à 11 ans fréquentent le niveau primaire (Tableau 3.2). L'écart de fréquentation scolaire entre les filles et les garçons est peu important (53 % pour les garçons contre 56 % pour les filles). L'indice de parité entre les genres égal à 1,04 signifie qu'un peu plus de filles que de garçons ayant l'âge officiel du niveau primaire, fréquentent ce niveau. Par contre, on note des variations importantes en fonction du milieu et des régions de résidence ainsi que selon le niveau de bien-être économique du ménage. En effet, la proportion d'enfants de 6-11 ans qui fréquentent le niveau primaire est beaucoup plus importante en milieu urbain (69 %) qu'en milieu rural (44 %). Dans les régions, c'est dans le Centre que l'on constate le taux le plus faible (41 %). Les taux les plus importants sont enregistrés par les zones Sud et Ouest (respectivement 62 % et 65 %) ; la zone Nord suit avec 50 %. En outre, c'est dans la région Nord que l'indice de parité entre les genres est le plus élevé (1,2) signifiant que dans cette région, plus de filles que de garçons ayant l'âge du niveau primaire fréquentent ce niveau. À l'opposé, dans la région Sud, l'indice de parité est inférieur à 1 (0,93). Au niveau secondaire, le taux net de

<sup>1</sup> Les taux nets et bruts de fréquentation scolaire sont calculés conformément à la loi de 2004 qui rend la scolarisation obligatoire pour tous les enfants de 6 à 16 ans.

fréquentation scolaire des enfants âgés de 12 à 16 ans est beaucoup plus faible qu'au niveau primaire (30 % contre 55 %). Il n'y a pratiquement pas d'écart entre les filles et les garçons (respectivement 31 % contre 30 %). Par contre, on note que la proportion d'enfants qui fréquentent le niveau secondaire est beaucoup plus importante en milieu urbain (43 %) qu'en milieu rural (20 %). C'est dans la région Ouest que le taux net au niveau secondaire est le plus important (41 %) et dans la région Centre qu'il est le plus faible (20 %). Ainsi comme pour le niveau primaire, c'est la région Ouest qui détient le taux de fréquentation scolaire le plus élevé. Avec un taux de 15 %, c'est dans les ménages du quintile le plus pauvre que la proportion d'enfants d'âge officiel du niveau secondaire qui fréquentent ce niveau est de loin la plus faible (15 % contre 52 % dans le quintile le plus riche). De même, avec un indice de parité entre les genres de 0,74, c'est dans ces ménages que l'écart de fréquentation scolaire au niveau secondaire au détriment des filles est le plus important.

**Tableau 3.2 Taux de fréquentation scolaire**

Taux net de fréquentation scolaire (TNF) et taux brut de fréquentation scolaire (TBF) de la population de fait des ménages, par sexe et niveau d'études, et indice de parité entre les genres selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continu, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Taux net de fréquentation scolaire <sup>1</sup>				Taux brut de fréquentation scolaire <sup>2</sup>			
	Homme	Femme	Ensemble	Indice de parité entre les genres <sup>3</sup>	Homme	Femme	Ensemble	Indice de parité entre les genres <sup>3</sup>
				NIVEAU PRIMAIRE				NIVEAU SECONDAIRE
<b>Résidence</b>								
Urbain	63,6	64,5	64,1	1,01	85,5	92,5	89,1	1,08
Rural	40,2	43,5	41,9	1,08	63,0	67,0	65,0	1,06
<b>Grande région</b>								
Nord	44,2	51,6	48,1	1,17	64,9	74,4	69,9	1,15
Ouest	59,2	61,8	60,5	1,04	79,5	92,6	86,0	1,16
Centre	36,3	40,3	38,4	1,11	56,6	61,3	59,0	1,08
Sud	60,7	56,7	58,7	0,93	91,7	82,7	87,2	0,90
<b>Quintiles de bien-être économique</b>								
Le plus pauvre	38,1	44,4	41,2	1,17	57,7	65,2	61,4	1,13
Second	43,3	45,8	44,6	1,06	68,2	67,7	68,0	0,99
Moyen	48,8	45,7	47,2	0,94	76,3	74,2	75,2	0,97
Quatrième	53,6	60,8	57,2	1,13	70,8	86,8	78,9	1,23
Le plus riche	76,0	72,2	74,0	0,95	99,1	104,4	101,8	1,05
Ensemble	50,1	52,5	51,4	1,05	72,5	78,0	75,3	1,07
<b>NIVEAU SECONDAIRE</b>								
<b>Résidence</b>								
Urbain	38,5	40,2	39,4	1,04	107,7	97,3	102,0	0,90
Rural	19,1	16,5	17,8	0,87	45,2	36,0	40,6	0,80
<b>Grande région</b>								
Nord	23,9	24,2	24,0	1,01	51,6	51,8	51,7	1,00
Ouest	37,7	38,5	38,2	1,02	107,6	89,5	97,0	0,83
Centre	18,0	18,2	18,1	1,01	52,8	42,4	47,2	0,80
Sud	27,5	22,6	25,3	0,82	65,7	61,2	63,7	0,93
<b>Quintiles de bien-être économique</b>								
Le plus pauvre	15,0	10,9	13,0	0,73	36,2	26,9	31,6	0,74
Second	20,4	17,5	19,1	0,86	50,2	41,0	45,8	0,82
Moyen	21,7	26,3	24,1	1,21	62,1	61,6	61,8	0,99
Quatrième	35,6	35,1	35,3	0,99	97,8	86,6	91,3	0,89
Le plus riche	51,8	47,9	49,6	0,92	134,0	107,0	118,8	0,80
Ensemble	27,2	27,6	27,4	1,01	71,3	64,8	67,9	0,91

<sup>1</sup> Le taux net de fréquentation scolaire (TNF) pour le niveau primaire est le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau primaire (6-11 ans) qui fréquente l'école primaire. Le taux net de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire est le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau secondaire (12-16 ans) qui fréquente l'école secondaire. Par définition le taux net de fréquentation ne peut excéder 100 %.

<sup>2</sup> Le taux brut de fréquentation scolaire (TBF) au niveau primaire est le nombre total d'élèves du niveau primaire, exprimé en pourcentage de la population d'âge officiel de fréquentation du niveau primaire. Le taux brut de fréquentation scolaire au niveau secondaire est le nombre total d'élèves du niveau secondaire, exprimé en pourcentage de la population d'âge officiel de fréquentation du niveau secondaire. S'il y a pour un niveau donné un nombre important d'élèves plus âgés ou plus jeunes que l'âge officiel pour ce niveau, le TBF peut excéder 100 %.

<sup>3</sup> L'indice de parité entre les genres pour le primaire est le ratio du TBF au niveau primaire des filles sur le TBF des garçons. L'indice de parité entre les genres pour le secondaire est le ratio du TBF au niveau secondaire des filles sur le TBF des garçons.

### 3.3 TRAVAIL DES ENFANTS

La convention 138 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur l'âge minimum d'admission à l'emploi fixé à 15 ans ratifiée par le Sénégal en 1999 et la convention 182 sur les Pires Formes de Travail des Enfants (PFTE) ratifiée en 2000, définissent l'enfant comme étant une personne âgée de moins de 18 ans.

Au cours de l'enquête ménage, des données concernant le travail des enfants de 5-17 ans ont permis de calculer les indicateurs utilisés par l'UNICEF dans les enquêtes MICS pour définir le travail des enfants. Les indicateurs concernant le travail des enfants présentés dans ce chapitre sont donc basés sur les définitions établies par l'UNICEF. Sur le plan méthodologique, le module sur le travail a été posé dans les ménages à propos d'un seul enfant de 15-17 ans, sélectionné de manière aléatoire.

#### 3.3.1 Participation des enfants à des activités économiques

Le Tableau 3.3 présente les résultats concernant la participation des enfants de 15-17 ans à des activités économiques, séparément pour les enfants de 5-11 ans, 12-14 ans et pour ceux de 15-17 ans, dans la mesure où les seuils d'activité fixés par l'UNICEF<sup>2</sup> varient avec l'âge de l'enfant. La période de référence retenue est la semaine qui a précédé l'interview.

**Tableau 3.3 Participation des enfants à des activités économiques**

Pourcentage d'enfants ayant participé à des activités économiques au cours de la semaine ayant précédé l'interview, par groupe d'âges et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continu, Sénégal 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Pourcentage d'enfants de 5-11 ans ayant participé à des activités économiques pendant au moins une heure	Effectif d'enfants de 5-11 ans	Pourcentage d'enfants de 12-14 ans ayant participé à :		Pourcentage d'enfants de 15-17 ans ayant participé à :		
			Des activités économiques pendant moins de 14 heures	Des activités économiques pendant 14 heures ou plus	Effectif d'enfants de 12-14 ans	Des activités économiques pendant moins de 43 heures	Des activités économiques pendant 43 heures ou plus
<b>Sexe</b>							
Masculin	34,5	1 119	17,3	31,4	372	51,3	14,4
Féminin	9,2	1 051	9,6	8,3	419	17,2	4,3
<b>Résidence</b>							
Urbain	7,9	921	8,4	10,5	357	20,8	6,8
Rural	32,8	1 249	17,3	26,3	434	44,9	11,2
<b>Grande région</b>							
Nord	22,8	426	14,8	18,3	171	38,8	2,9
Ouest	9,9	726	10,1	6,9	274	18,5	7,4
Centre	31,5	615	8,4	35	200	36,2	20,3
Sud	29,6	403	24,1	21,6	145	46,9	3,6
<b>Fréquentation scolaire</b>							
Oui	19,5	1 083	12,8	11,7	537	30,4	4,4
Non	24,9	1 087	14,3	34,9	254	37,2	15,2
<b>Niveau d'instruction de la mère<sup>2</sup></b>							
Pas d'instruction	27,9	1 345	12,4	22,2	467	36,2	11,7
Primaire	10,7	299	12,5	9,7	80	21,5	7,7
Moyen/secondeaire ou plus	4,3	131	(8,7)	(0,0)	48	*	*
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage <sup>1</sup>	17,7	392	16,8	20,5	194	33,2	7,4
<b>Quintiles de bien-être économique</b>							
Le plus pauvre	44,3	496	17,5	39,0	181	58,8	10,7
Second	28,8	514	18,0	19,0	152	46,6	8,7
Moyen	17,9	410	11,0	19,7	177	26,0	14,4
Quatrième	5,5	440	13,7	10,0	140	25,4	7,0
Le plus riche	5,2	310	4,9	2,1	140	15,1	3,4
<b>Ensemble</b>	22,2	2 170	13,3	19,2	791	33,3	9,1

Note : Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.

<sup>1</sup> Y compris les enfants dont la mère est décédée.

<sup>2</sup> Y compris 2 enfants de 5-11 ans, 1 de 12-14 ans et 1 de 15-17 ans (non pondérés) dont l'information sur le niveau d'instruction de la mère est manquante.

<sup>2</sup> Selon la définition de l'UNICEF, le seuil se situe à 1 heure d'activité économique pour les enfants de 5-11 ans, 14 heures d'activité économique pour les enfants de 12-14 ans, et 43 heures d'activité économique pour les enfants de 15-17 ans.

On constate qu'au cours de la semaine qui a précédé l'interview, 22 % des enfants de 5-11 ans ont participé à des activités économiques pendant au moins une heure. Cette proportion varie de manière importante en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques et, dans certaines sous-populations d'enfants, la proportion de ceux qui ont travaillé est plus élevée que la moyenne. On remarque, par exemple, que 35 % des garçons contre 9 % des filles ont effectué ce type d'activité. De même, en milieu rural 33 % des enfants de 5-11 ans contre 8 % en milieu urbain ont participé à des activités économiques. Dans les régions, les résultats montrent que, si seulement 10 % des enfants de la région Ouest ont participé à des activités économiques, cette proportion est de 30 % dans la région Sud et atteint même 32 % dans la région Centre. De même, on observe un écart selon que l'enfant fréquente ou non l'école, la proportion d'enfants ayant travaillé au cours de la semaine précédente étant de 20 % quand l'enfant fréquente l'école et de 25 % quand il ne va pas à l'école. On note une tendance en fonction du niveau d'instruction de la mère, la proportion d'enfants ayant participé à des activités économiques diminuant au fur et à mesure que le niveau d'instruction de la mère augmente, variant de 28 % quand la mère n'a aucun niveau à 11 % quand elle a le niveau primaire et à 4 % quand elle a le niveau moyen/secondaire ou plus. Les résultats selon le niveau de bien-être du ménage montrent que des ménages les plus pauvres aux plus riches, la proportion d'enfants ayant participé à des activités économiques diminue de manière importante, variant de 44 % à 5 %.

Le Tableau 3.3 présente les mêmes informations pour les enfants de 12-14 ans. Au cours de la semaine qui a précédé l'interview, 13 % des enfants de ce groupe d'âges ont participé à des activités économiques pendant moins de 14 heures alors que 19 % ont effectué ce type de travail pendant 14 heures ou plus. On retrouve, pour ce groupe d'âges, la plupart des variations constatées pour les enfants de 5-11 ans.

Dans le groupe d'âges 15-17 ans, la proportion d'enfants ayant participé à des activités économiques est nettement plus élevée que parmi les plus jeunes puisque 33 % ont été impliqués dans ce type d'activités pendant moins de 43 heures et, pour 9 % d'entre eux, la durée du travail était de 43 heures ou plus. Globalement, les résultats font apparaître les mêmes différentiels que ceux déjà constatés pour les enfants de 5-11 ans et de 12-14 ans.

### 3.3.2 Travail des enfants

Le Tableau 3.4 présente pour les enfants de 5-17 ans les proportions de ceux qui ont participé à des activités économiques ainsi que les proportions de ceux qui ont effectué des tâches domestiques, selon la durée du travail établie par l'UNICEF en fonction de l'âge de l'enfant. Le tableau présente aussi la proportion d'enfants ayant travaillé dans des conditions dangereuses. Les seuils et définitions figurent au bas de ce tableau.

Environ un enfant de 5-17 ans sur cinq (19 %) a participé à des activités économiques pendant un nombre total d'heures, dans la semaine, qui se situe à la limite ou qui est supérieur au seuil défini en fonction de l'âge. Les résultats en fonction du groupe d'âges montrent que cette proportion diminue avec l'âge de l'enfant. Parmi les enfants de 5-11 ans, 22 % ont participé à des activités économiques, c'est-à-dire qu'ils ont travaillé 1 heure ou plus. Parmi ceux de 12-14 ans, 19 % ont travaillé pendant 14 heures ou plus. Enfin, parmi ceux de 15-17 ans, 9 % ont participé à des activités économiques pendant 43 heures ou plus. On constate que les garçons (31 % contre 8 % parmi les filles), les enfants du milieu rural (28 % contre 8 % en milieu urbain), ceux qui ne fréquentent pas l'école (25 % contre 15 % parmi ceux qui vont à l'école) et ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (25 % contre 3 % parmi ceux dont la mère a le niveau secondaire) ont plus fréquemment travaillé dans ces conditions que les autres enfants. Dans les régions, on note également des variations importantes : dans le Centre, 30 % des enfants de 5-17 ans ont participé à des activités économiques pendant un nombre d'heures égal ou supérieur au seuil établi par l'UNICEF. À l'opposé, dans la région Ouest, cette proportion n'est que de 9 %.

**Tableau 3.4 Travail des enfants**

Pourcentage d'enfants de 5-17 ans ayant participé, au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, à des activités économiques ou à des tâches domestiques, pourcentage ayant travaillé dans des conditions dangereuses au cours de la semaine ayant précédé l'interview et pourcentage d'enfants ayant effectué un travail au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Enfants ayant participé à des activités économiques pour un nombre total d'heures, au cours de la semaine avant l'interview :		Enfants ayant participé à des tâches domestiques pour un nombre total d'heures, au cours de la semaine avant l'interview :		Enfants ayant travaillé dans des conditions dangereuses <sup>3</sup>	Ensemble du travail des enfants <sup>4</sup>	Effectif d'enfants de 5-17 ans			
	À la limite ou au-dessus du seuil défini pour chaque groupe d'âges <sup>1</sup>		À la limite ou au-dessus du seuil défini pour chaque groupe d'âges <sup>2</sup>							
	En dessous du seuil défini pour chaque groupe d'âges <sup>1</sup>	À la limite ou au-dessus du seuil défini pour chaque groupe d'âges <sup>1</sup>	En dessous du seuil défini pour chaque groupe d'âges <sup>2</sup>	À la limite ou au-dessus du seuil défini pour chaque groupe d'âges <sup>2</sup>						
<b>Age</b>										
5-11	-	22,2	73,5	3,6	9,2	25,2	2 170			
12-14	13,3	19,2	80,4	8,0	11,9	28,3	791			
15-17	33,3	9,1	81,3	3,6	13,1	22,3	562			
<b>Sexe</b>										
Masculin	11,4	30,8	66,4	3,1	16,2	35,8	1 758			
Féminin	5,2	8,1	86,1	6,0	4,6	15,2	1 765			
<b>Résidence</b>										
Urbain	5,5	8,3	79,3	2,4	3,7	11,7	1 547			
Rural	10,4	28,1	73,9	6,3	15,6	36,2	1 976			
<b>Grande région</b>										
Nord	11,1	17,8	80,7	5,1	14,9	26,3	744			
Ouest	5,0	8,8	74,9	2,5	5,2	12,7	1 169			
Centre	7,4	30,4	72,3	6,0	13,1	36,6	968			
Sud	12,3	24,0	79,6	5,6	10,7	30,9	641			
<b>Fréquentation scolaire</b>										
Oui	8,5	14,9	80,7	3,9	7,8	20,2	1 939			
Non	8,0	25,0	70,9	5,4	13,6	31,8	1 584			
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>										
Pas d'instruction	7,4	24,6	74,2	5,0	11,9	30,5	2 073			
Primaire	5,4	10,0	74,6	4,6	3,9	14,0	444			
Moyen/secondeaire ou plus	6,5	2,7	83,7	1,6	1,5	4,4	205			
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage <sup>5</sup>	12,8	15,7	80,8	4,3	12,4	24,2	796			
<b>Quintiles de bien-être économique</b>										
Le plus pauvre	11,1	39,1	71,4	7,2	23,1	47,1	769			
Second	10,4	23,9	75,7	5,9	13,0	32,7	782			
Moyen	7,7	17,7	77,5	5,0	7,8	23,6	728			
Quatrième	6,7	6,6	80,8	2,0	3,2	11,1	684			
Le plus riche	4,2	4,1	76,5	1,6	1,6	5,5	560			
Total <sup>6</sup>	8,3	19,4	76,3	4,6	10,4	25,5	3 523			

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.

<sup>1</sup> Selon la définition de l'UNICEF, le seuil se situe à 1 heure d'activité économique pour les enfants de 5-11 ans, 14 heures d'activité économique pour les enfants de 12-14 ans, et 43 heure d'activité économique pour les enfants de 15-17 ans.

<sup>2</sup> Selon la définition de l'UNICEF, le seuil se situe à 28 heures de tâches domestiques pour les enfants de 5-11 ans et 12-14 ans, et 43 heure de tâches domestiques pour les enfants de 15-17 ans.

<sup>3</sup> Selon la définition de l'UNICEF, les enfants travaillant dans des conditions dangereuses sont ceux qui, dans le cadre de leur travail : a) portent des charges lourdes ; ou b) travaillent avec des outils dangereux ou font fonctionner de grosses machines ; ou c) sont exposés à la poussière, à la fumée ou au gaz ; ou d) sont exposés au froid, à la chaleur ou à de l'humidité extrême ; e) sont exposés à des bruits intenses ou des vibrations ; f) sont exposés à un travail en hauteur ; g) sont exposés à des produits chimiques (pesticides, colles, etc.) ou à des explosifs ; h) sont exposés à d'autres choses, procédés ou conditions mauvaises pour sa santé ou sa sécurité.

<sup>4</sup> Selon la définition de l'UNICEF, sont inclus dans cette catégorie les enfants qui a) participent à des activités économiques à la limite ou au-dessus du seuil défini pour leur groupe d'âges ; ou b) participent à des tâches domestiques à la limite ou au-dessus du seuil défini pour leur groupe d'âges ; ou c) qui travaillent dans des conditions dangereuses.

<sup>5</sup> Y compris les enfants dont la mère est décédée.

<sup>6</sup> Y compris 4 enfants (non pondérés) dont l'information sur le niveau d'instruction de la mère est manquante.

Le Tableau 3.4 présente également ces résultats pour les tâches domestiques. Une proportion élevée d'enfants de 5-17 ans ont participé, au cours de la semaine ayant précédé l'interview, à des tâches domestiques en dessous de la limite définie pour chaque groupe d'âges (76 %). Dans 5 % des cas, le nombre d'heures passées à effectuer des tâches domestiques est à la limite du seuil fixé ou supérieur à ce seuil. Les filles ont été davantage sollicitées pour les tâches domestiques que les garçons puisque 6 % contre 3 % de garçons ont effectué des tâches domestiques pendant une durée égale ou supérieure au seuil fixé. En outre, le travail domestique effectué par des enfants est plus fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain (6 % contre 2 %). Les écarts entre régions ne sont pas importants, à l'exception de l'Ouest qui se

caractérise par une proportion plus faible d'enfants ayant été occupés à des tâches domestiques à la limite ou au-dessus du seuil fixé (3 % contre 5-6 % ailleurs). En outre, ce pourcentage est plus élevé quand la mère n'a aucun niveau d'instruction et il tend à diminuer des ménages du quintile le plus pauvre au plus riche.

Un enfant de 5-17 ans sur dix (10 %) a travaillé au cours de la semaine ayant précédé l'interview dans des conditions jugées dangereuses. Dans les ménages classés dans le quintile le plus pauvre, cette proportion atteint 24 %. Les résultats montrent aussi que les enfants qui ont travaillé dans des conditions considérées comme dangereuses sont proportionnellement plus nombreux chez les garçons que chez les filles (16 % contre 5 %), en milieu rural qu'en milieu urbain (16 % contre 5 %), dans les régions Nord (15 %) et Centre (13 %) que dans les autres, chez ceux qui ne fréquentent pas l'école que chez ceux qui y vont (14 % contre 8 %). En outre, la proportion d'enfants travaillant dans des conditions dangereuses a tendance à diminuer avec l'augmentation du niveau d'instruction de la mère, variant de 12 % quand la mère n'a aucun niveau d'instruction à 2 % quand elle a un niveau moyen/secondeaire ou plus. On retrouve ce type de tendance avec l'augmentation du niveau de bien-être économique du ménage puisque de 23 % dans les ménages du quintile le plus pauvre, la proportion d'enfants ayant travaillé dans des conditions dangereuses passe à 8 % dans le quintile moyen et à 2 % dans le quintile le plus riche.

Globalement, 26 % des enfants de 5-17 ans ont travaillé, au cours de la semaine ayant précédé l'interview, soit en participant à des activités économiques, soit en effectuant des tâches domestiques, à la limite ou au-dessus de la limite retenue, ou en travaillant dans des conditions jugées dangereuses. Cette proportion varie de manière irrégulière selon le groupe d'âges de 25 % parmi ceux de 5-11 ans à 28 % parmi ceux de 12-14 ans et à 22 % parmi ceux de 15-17 ans. C'est parmi les garçons (36 %), en milieu rural (36 %), dans la région Centre (37 %), parmi ceux qui ne fréquentent pas l'école (32 %), parmi ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (31 %) et enfin parmi ceux dont le ménage est classé dans le quintile le plus pauvre (47 %) que la proportion de ceux qui ont effectué des activités économiques ou des tâches domestiques à la limite ou au-dessus du seuil défini pour leur groupe d'âges ou qui ont effectué un travail dans des conditions considérées comme dangereuses est la plus élevée.

### **3.4 ENFANTS VIVANT SÉPARÉS DE LEURS PARENTS BIOLOGIQUES ET ENFANTS ORPHELINS**

Au Sénégal, comme dans de nombreux pays africains, la société et la famille jouent un rôle important dans la survie et le développement des enfants. Il est donc essentiel d'identifier les enfants qui sont séparés de leurs parents biologiques et de savoir avec qui ils vivent. Le Tableau 3.5 présente ces informations pour les enfants de moins de 18 ans.

Globalement, il ressort que, parmi les 18 452 enfants de moins de 18 ans dénombrés dans les ménages enquêtés, 51 % vivent avec leurs deux parents biologiques. Cette proportion diminue régulièrement avec l'âge de l'enfant, passant d'un maximum de 58 % à moins de 2 ans à 53 % à 5-9 ans et à un minimum de 41 % à 15-17 ans. On ne note pas d'écart important en fonction du sexe de l'enfant et du milieu de résidence. Par contre, cette proportion varie selon la région. C'est dans les régions Nord et Ouest que les proportions d'enfants vivant avec leurs deux parents biologiques sont les plus faibles (48 % dans les deux cas) ; à l'opposé, c'est la région Sud qui se caractérise par la proportion la plus élevée (57 %). Les variations selon le niveau de bien-être du ménage sont assez irrégulières. C'est cependant dans les ménages classés dans le quintile le plus pauvre que la proportion d'enfants de moins de 18 ans qui vivent avec leurs deux parents biologiques est la plus élevée (62 %) et dans les ménages du quintile moyen qu'elle est la plus faible (46 %).

En outre, les résultats montrent que dans 30 % des cas, les enfants de moins de 18 ans vivent avec leur mère seulement, que leur père soit en vie (27 %) ou décédé (3 %). Par ailleurs, 3 % vivent seulement avec leur père et 16 % ne vivent avec aucun des deux parents, bien que dans la majorité des cas (13 %), les deux parents soient en vie.

Globalement, 7 % des enfants de moins de 18 ans sont orphelins de père et/ou de mère : 1 % ont perdu leurs deux parents, 5 % sont orphelins de père et 2 % orphelins de mère. Du fait de l'accroissement du risque de décéder des parents avec l'âge, la proportion d'orphelins de père et/ou de mère augmente de façon importante avec l'âge de l'enfant, passant de 1 % à moins de 2 ans, à 5 % à 5-9 ans et à 11 % à 10-14 ans. Parmi les enfants de 15-17 ans cette proportion atteint 18 %.

Tableau 3.5 Enfants orphelins et résidence avec les parents

Répartition (en %) de la population de droit des enfants de moins de 18 ans par état de survie des parents et résidence avec les parents; pourcentage d'enfants ne vivant pas avec un parent biologique et pourcentage d'enfants ayant un ou leurs deux parents décédés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Vit avec la mère mais pas avec le père		Vit avec le père mais pas avec la mère		Ne vit avec aucun des deux parents						Information manquante sur père/mère	Pourcentage ne vivant avec aucun parent biologique	Pourcentage avec un ou les deux parents décédés <sup>1</sup>	Effectif d'enfants
	Vit avec les deux parents	Père en vie	Père décédé	Mère en vie	Mère décédée	Les deux sont vivants	Seul le père est vivant	Seule la mère est vivante	Les deux décédés	Total				
<b>Age</b>														
0-4	57,1	34,2	1,0	1,2	0,1	5,9	0,3	0,1	0,1	100,0	6,4	1,5		6 174
<2	57,9	39,1	0,4	0,5	0,0	1,9	0,2	0,0	0,0	100,0	2,2	0,6		2 444
2-4	56,6	31,1	1,4	1,6	0,1	8,6	0,4	0,1	0,1	100,0	9,2	2,1		3 730
5-9	52,6	25,9	2,4	2,3	0,3	14,6	0,8	0,8	0,2	100,0	16,4	4,5		5 623
10-14	46,9	21,9	4,7	2,7	1,2	17,6	1,4	2,6	0,8	100,0	22,4	10,6		4 526
15-17	40,8	18,8	7,8	3,1	1,4	18,9	2,6	4,7	1,8	100,0	28,0	18,4		2 128
<b>Sexe</b>														
Masculin	52,5	27,5	3,0	2,8	0,6	11,0	0,8	1,3	0,4	100,0	13,5	6,1		9 170
Féminin	50,3	26,3	3,2	1,4	0,5	14,8	1,1	1,6	0,6	100,0	18,2	7,1		9 281
<b>Résidence</b>														
Urbain	50,1	28,5	2,7	2,3	0,3	13,0	1,1	1,3	0,6	100,0	16,0	6,0		7 949
Rural	52,3	25,7	3,4	2,0	0,8	12,9	0,9	1,5	0,4	100,0	15,7	7,0		10 503
<b>Grande région</b>														
Nord	47,9	30,3	2,7	1,8	0,7	13,6	1,2	1,3	0,4	100,0	16,5	6,3		3 896
Ouest	48,4	31,2	3,1	2,5	0,2	11,7	0,9	1,2	0,7	100,0	14,5	6,1		5 990
Centre	53,4	25,5	3,0	1,5	0,9	13,1	0,8	1,5	0,2	100,0	15,6	6,4		5 248
Sud	57,4	17,3	3,8	2,8	0,6	14,3	1,1	2,1	0,5	100,0	18,0	8,2		3 318
<b>Quintiles de bien-être économique</b>														
Le plus pauvre	61,7	18,3	3,4	1,9	1,0	11,2	0,8	1,3	0,3	100,0	13,6	6,9		4 198
Second	52,3	25,3	3,3	2,1	0,5	13,7	1,0	1,5	0,3	100,0	16,4	6,5		4 097
Moyen	45,0	31,2	4,1	2,0	0,6	13,2	1,0	1,9	0,8	100,0	16,9	8,5		3 743
Quatrième	48,9	28,2	3,3	2,3	0,4	14,2	1,0	1,0	0,7	100,0	16,9	6,3		3 431
Le plus riche	46,3	34,3	1,0	2,4	0,1	12,6	1,3	1,6	0,3	100,0	15,8	4,3		2 983
Ensemble <15	52,7	28,0	2,5	2,0	0,4	12,2	0,8	1,0	0,3	100,0	14,3	5,1		16 323
Ensemble <18	51,4	26,9	3,1	2,1	0,6	12,9	1,0	1,4	0,5	100,0	15,9	6,6		18 452

Note : Le tableau est basé sur la population de droit des ménages, c'est-à-dire les résidents habituels.

<sup>1</sup> Inclut les enfants dont le père est décédé, la mère est décédée, les deux parents sont décédés et ceux dont un seul parent est décédé mais dont l'information sur l'état de survie de l'autre parent est manquante.



*Fatou Bintou NIANG, Ibrahima DIOUF et Mahmouth DIOUF*

## Principaux résultats

- La fécondité des femmes au Sénégal a baissé régulièrement de 1986 à 2005, le nombre d'enfants par femme passant de 6,4 à 5,3. L'EDS-Continue estime le niveau de fécondité à 5,0 enfants par femme, un niveau qui est resté le même depuis 2005.
- Des différences très nettes de fécondité apparaissent entre milieux de résidence: une femme du milieu urbain à un niveau de fécondité nettement plus faible (4,0 enfants par femme) qu'une femme du milieu rural (6,3).
- La mortalité infantile reste élevée au plan national. Pour la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), sur 1 000 naissances vivantes, 33 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire ; sur 1 000 enfants âgés d'un an, 22 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Globalement, le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 54 pour 1 000 naissances, soit environ un enfant sur 19.
- Cependant, le niveau de mortalité des enfants a baissé de façon régulière au cours des 15 dernières années : 10-14 ans avant l'EDS-Continue, la mortalité infanto-juvénile était de 94 % contre 54 % pour la période 0-4 ans avant l'enquête.

Comme dans les enquêtes démographiques et de santé précédentes, dans l'EDS-Continue 2014, des informations ont été collectées sur l'histoire génésique des femmes afin d'estimer les niveaux de la fécondité, d'en dégager les tendances et d'apprécier les éventuelles différences entre certains groupes socioéconomiques. À cet effet, les enquêtrices ont demandé à toutes les femmes de 15-49 ans des ménages sélectionnés, le nombre total d'enfants nés vivants qu'elles avaient eus, ceux vivant avec elles et ceux vivant ailleurs, et ceux décédés. Ensuite, l'historique complet des naissances de l'enquêtée était établi, de la plus ancienne à la plus récente, en enregistrant pour chacune d'entre elles, le type de naissance (simple ou multiple), le sexe, la date de naissance et l'âge actuel pour les enfants en vie. L'historique des naissances permet donc d'estimer, en plus de la fécondité, les niveaux de mortalité des enfants.

Il est reconnu que les niveaux de mortalité des enfants, et leurs variations, dépendent, quelle que soit la population concernée, des conditions sanitaires, environnementales et socioéconomiques qui prévalent dans leur contexte global. Malgré les énormes progrès de la médecine moderne, le risque de décéder, avant ou pendant l'accouchement, mais aussi durant les premières jours, mois et années de la vie reste important. Ainsi, ce chapitre présente les niveaux, les tendances et certaines caractéristiques de la mortalité des enfants avant leur cinquième anniversaire.

## 4.1 FÉCONDITÉ

### 4.1.1 Considérations méthodologiques

Les données collectées permettent d'estimer, non seulement, le niveau de la fécondité sur la période actuelle, mais également les tendances passées de la fécondité au cours des 20 années précédent

l'enquête. Cependant, il convient de mentionner certaines limites inhérentes aux enquêtes rétrospectives. Il s'agit :

- du sous enregistrement de naissances, en particulier l'omission d'enfants en bas âge, d'enfants qui ne vivent pas avec leur mère, d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou quelques jours seulement après la naissance, ce qui peut entraîner une sous-estimation des niveaux de fécondité ;
- de l'imprécision des déclarations de date de naissance et/ou d'âge, en particulier l'attraction pour des années de naissance ou pour des âges ronds, qui pourrait entraîner des sous-estimations ou des surestimations de la fécondité à certains âges et/ou pour certaines périodes ;
- du biais sélectif de la survie, les femmes enquêtées étant celles qui sont survivantes. Si l'on suppose que la fécondité des femmes décédées avant l'enquête est différente de celle des survivantes, les niveaux de fécondité obtenus s'en trouveraient légèrement biaisés.<sup>1</sup>

Les informations peuvent également être affectées par le mauvais classement des dates de naissance d'enfants nés depuis janvier 2009, transférées vers les années précédentes. Ces transferts d'année de naissance, que l'on retrouve dans la plupart des enquêtes de type EDS, sont parfois effectués par les enquêtrices pour éviter de poser les questions sur la santé des enfants nés depuis 2009. Cependant, aucun sous-enregistrement ni transfert important qui pourrait affecter de façon significative les niveaux actuels de fécondité n'a été relevé.

#### **4.1.2 Niveau de la fécondité et fécondité différentielle**

Le niveau de la fécondité est mesuré par les taux de fécondité par âge et l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) ou somme des naissances réduites. Les taux de fécondité par âge sont calculés en rapportant les naissances issues des femmes de chaque groupe d'âges à l'effectif des femmes du groupe d'âges correspondant. Quant à l'ISF, qui est un indicateur conjoncturel de fécondité, il est obtenu à partir du cumul des taux de fécondité par âge. Il correspond au nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme à la fin de sa vie féconde si les taux de fécondité du moment restaient invariables. Pour la fécondité actuelle, les taux de fécondité et l'ISF ont été calculés pour la période des trois années ayant précédé l'enquête. Cette période de référence de trois années a été choisie afin de pouvoir fournir des indicateurs de fécondité les plus récents possibles et tout en disposant de suffisamment de cas pour de réduire les erreurs de sondage.

Le Tableau 4.1, illustré par le Graphique 4.1, montre que les taux de fécondité par âge suivent un schéma classique observé en général, dans les pays à forte fécondité : une fécondité précoce élevée (90 % à 15-19 ans), qui augmente très rapidement pour atteindre son maximum à 25-29 ans (240 %) et qui, par la suite, décroît régulièrement pour s'établir à 20 % à 45-49 ans. Globalement, la fécondité des femmes sénégalaises demeure encore élevée puisqu'une femme donne naissance, en moyenne, à 5,0 enfants en fin de vie féconde. Le taux global de fécondité générale (TGFG), c'est-à-dire le nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer, et le taux brut de natalité (TBN) qui est le rapport entre le nombre de naissances vivantes et la population moyenne de l'année sont estimés, respectivement, à 167 % et 38 %.

**Tableau 4.1 Fécondité actuelle**

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des trois années précédant l'enquête, par milieu de résidence, EDS-Continue, Sénégal 2014

Groupe d'âges	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
15-19	65	118	90
20-24	149	250	195
25-29	210	276	240
30-34	161	265	210
35-39	119	198	155
40-44	81	113	96
45-49	11	31	20
ISF (15-49)	4,0	6,3	5,0
TGFG	133	207	167
TBN	33,4	41,6	37,6

Note : Les taux sont exprimés pour 1 000 femmes. Les taux pour le groupe d'âges, 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes. Les taux correspondent à la période 1-36 mois avant l'enquête.

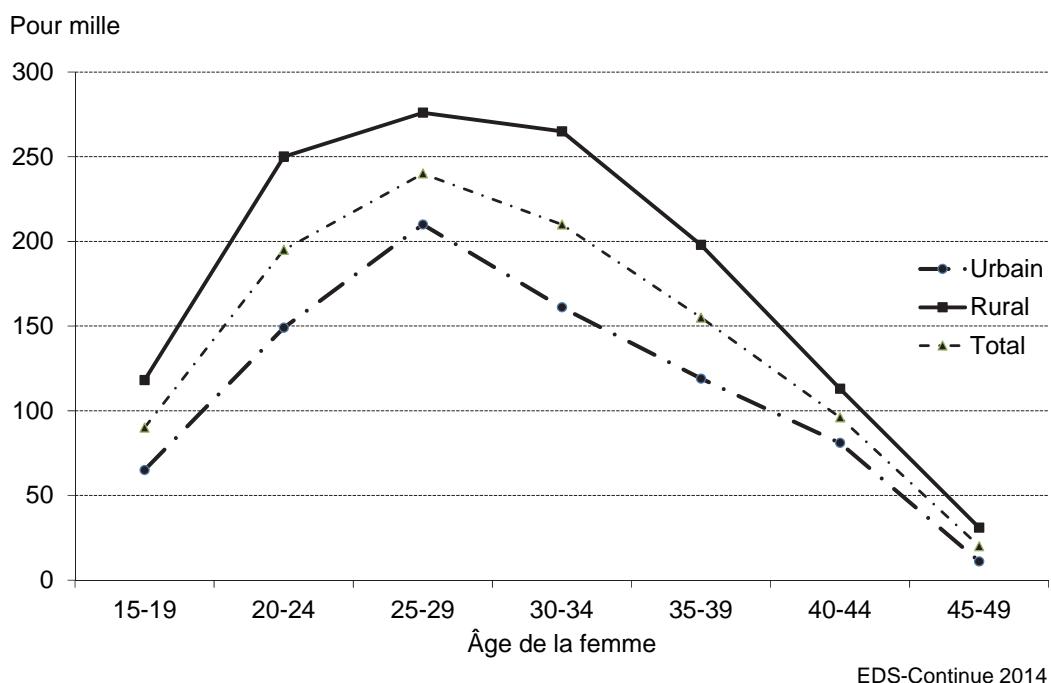
ISF : Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme

TGFG : Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15-44 ans

TBN : Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus.

<sup>1</sup> Selon les résultats de l'enquête ménage, moins de 1 % des enfants de moins de 5 ans survivants et identifiés dans les ménages étaient orphelins de mère (cf. Tableau 3.5)

**Graphique 4.1 Taux de fécondité par âge selon le milieu de résidence**



Ce niveau global de fécondité cache des disparités importantes selon le milieu de résidence. La fécondité est nettement plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural (ISF de 4,0 contre 6,3). En fin de vie féconde, les femmes des zones rurales donneraient naissance, en moyenne, à plus de 2 enfants de plus que celles du milieu urbain. Cette différence de niveau de fécondité entre milieux urbain et rural s'observe à tous les âges, en particulier chez les adolescentes de moins de 20 ans.

#### 4.1.3 Tendances de la fécondité

Le Sénégal a réalisé cinq Enquêtes Démographiques et de Santé au cours de ces 25 dernières années dont un des objectifs principaux était l'estimation du niveau de la fécondité. À partir de ces sept sources de données, on peut donc apprécier les tendances de la fécondité (Tableau 4.2 et Graphique 4.2).

Au cours des 25 dernières années, l'indice synthétique de fécondité a baissé lentement mais régulièrement, passant de 6,4 enfants par femme en 1986, à 6,0 en 1992, 5,7 en 1997, 5,3 en 2005 et 5,0 en 2010-11. À partir de 2010, la tendance est moins régulière et il semble que le niveau de fécondité se stabilise autour de 5 enfants par femme en moyenne. L'indice synthétique de fécondité passe de 5,3 en 2010-2011 à 5,0 en 2012-13 et 5,0 encore selon l'EDS-Continuée 2014. Par ailleurs, les sept courbes de taux de fécondité présentent une allure similaire et suivent le schéma classique d'évolution des taux de fécondité. En effet, la fécondité est très précoce aux âges 15-19 ans, augmente très rapidement pour atteindre son maximum à 25-29 ans, puis diminue régulièrement. En 2014, sauf à 15-19 ans, les taux par âge sont tous légèrement moins élevés qu'en 2012-2013 mais, là encore, aucune de ces différences n'est statistiquement significative.

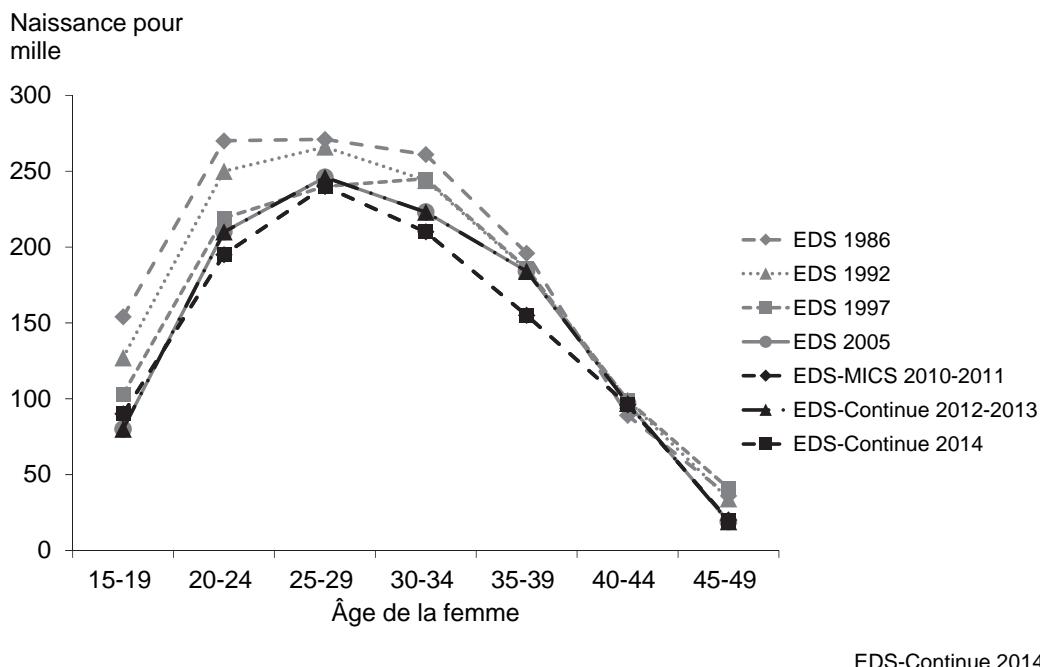
**Tableau 4.2 Fécondité par âge selon six sources**

Taux de fécondité par âge et indice synthétique de fécondité (sur une période de trois années ayant précédé l'enquête), EDS-Continue, Sénégal 2014

Groupe d'âges	EDS 1986	EDS 1992	EDS 1997	EDS 2005	EDS-MICS 2010-2011	EDS-Continue 2012-2013	EDS-Continue 2014
15-19	154	127	103	101	93	80	90
20-24	270	250	219	212	201	210	195
25-29	271	266	240	250	241	246	240
30-34	261	244	245	228	219	223	210
35-39	196	185	186	169	156	184	155
40-44	89	99	99	74	73	97	96
45-49	36	34	41	22	13	19	20
ISF 15-49 ans	6,4	6,0	5,7	5,3	5,0	5,3	5,0

Note : Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1 000 femmes

### Graphique 4.2 Tendance de la fécondité par âge



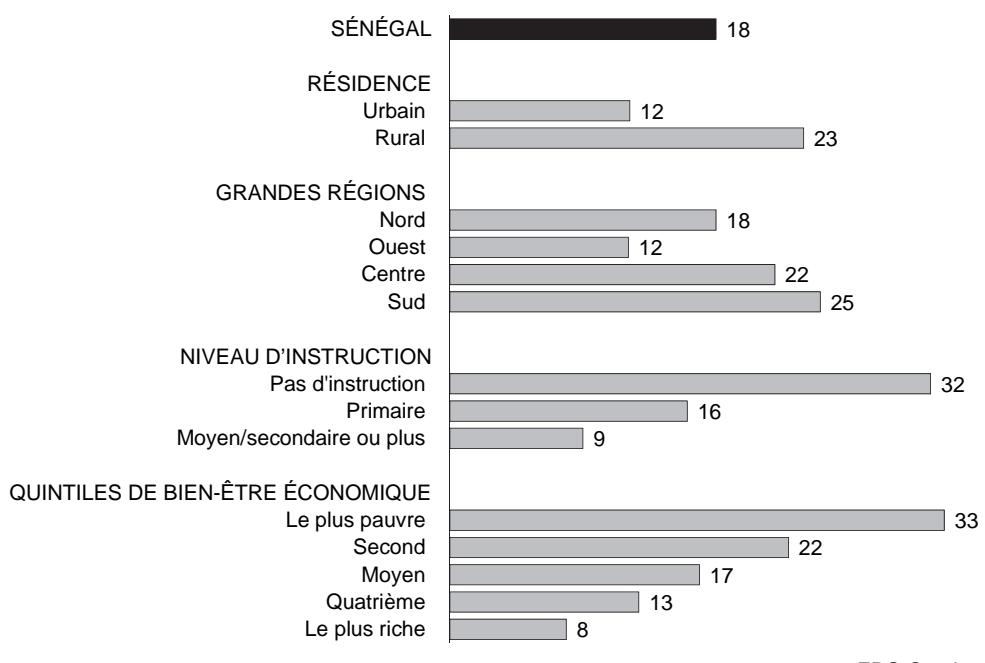
EDS-Continue 2014

#### 4.1.4 La fécondité des adolescentes

Les enfants nés de jeunes mères (moins de 20 ans) courrent généralement un risque plus important de décéder que ceux issus de mères plus âgées. De même les accouchements précoces augmentent le risque de décéder des adolescentes.

Ces adolescentes qui constituent 22 % de l'ensemble des femmes en âge de procréer contribuent pour 9 % à la fécondité totale des femmes. Le Tableau 4.2 présente, par année d'âge de 15 à 19 ans, les proportions d'adolescentes qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants ainsi que les proportions de celles qui sont enceintes pour la première fois. En considérant que la somme de ces deux pourcentages fournit la proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde, on constate que près d'un cinquième des jeunes femmes de 15-19 ans (18 %) ont déjà commencé leur vie féconde : 14 % ont déjà eu au moins un enfant et 4 % sont enceintes pour la première fois. Dès l'âge de 17 ans, une jeune fille sur cinq (21 %) a déjà commencé sa vie féconde et, à 18 ans, cette proportion est de 32 % dont la grande majorité (26 %) a déjà eu au moins un enfant.

**Graphique 4.3 Proportion d'adolescentes de 15-19 ayant déjà commencé leur vie féconde**



EDS-Continue 2014

Les résultats par caractéristiques sociodémographiques mettent en évidence des écarts très importants. En effet, on constate que les adolescentes du milieu rural (23 %) ont une fécondité beaucoup plus élevée que celles du milieu urbain (12 %). Au niveau régional, deux régions se caractérisent par leur fort pourcentage d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde ; il s'agit du centre (22 %) et du sud (25 %). À l'autre extrême, on trouve la grande région Ouest avec 12 %, enregistrant la proportion la plus faible. Par ailleurs, comme on le constate dans la plupart des pays enquêtés, la fécondité des adolescentes varie de manière importante avec le niveau d'instruction. En effet, de 32 % parmi les jeunes filles non instruites, le niveau de la fécondité passe à 16 % parmi celles qui ont le niveau primaire et à un minimum de 9 % parmi celles qui ont le niveau moyen/secondeaire ou plus. Enfin, on relève que les femmes des ménages les plus démunis sont largement plus exposées aux risques de grossesse et de maternité précoce. Dans les ménages les plus pauvres, plus d'une femme sur trois (33 %) ont commencé leur vie féconde contre 8 % chez les femmes des ménages les plus riches.

**Tableau 4.3 Grossesse et fécondité des adolescentes**

Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante ou qui sont enceintes d'un premier enfant et pourcentage qui ont déjà commencé leur vie procréative, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Pourcentage de femmes de 15-19 ans qui :		Pourcentage ayant déjà commencé leur vie procréative	Effectif de femmes
	Ont eu une naissance vivante	Sont enceintes d'un premier enfant		
<b>Âge</b>				
15	0,4	0,2	0,7	384
16	1,9	4,7	6,6	345
17	16,0	5,0	21,0	351
18	26,1	5,5	31,6	431
19	25,7	1,9	27,6	312
<b>Résidence</b>				
Urbain	9,5	2,4	11,9	920
Rural	18,8	4,6	23,4	903
<b>Grandes régions</b>				
Nord	13,4	4,2	17,6	418
Ouest	9,7	2,1	11,8	643
Centre	17,1	4,4	21,5	491
Sud	20,4	4,1	24,5	271
<b>Niveau d'instruction</b>				
Pas d'instruction	25,6	6,2	31,8	564
Primaire	13,8	1,9	15,7	445
Moyen/secondeaire ou plus	6,3	2,5	8,8	814
<b>Quintiles de bien-être économique</b>				
Le plus pauvre	25,2	7,5	32,7	327
Second	19,5	3,0	22,4	321
Moyen	11,9	4,7	16,5	401
Quatrième	12,4	0,1	12,5	343
Le plus riche	5,1	2,6	7,7	430
Ensemble	14,1	3,5	17,6	1 823

## 4.2 MORTALITÉ DES ENFANTS

### 4.2.1 Méthodologie et qualité des données

Les indicateurs de mortalité présentés dans ce chapitre sont estimés à partir de l'historique des naissances du questionnaire femme. En plus de la liste de toutes les naissances que la femme a eues, l'enquêtrice a collecté, pour chaque naissance, des informations telles que le sexe, l'âge, l'état de survie mais aussi l'âge au décès pour les enfants décédés. Du fait de son importance dans la mesure du phénomène, l'âge au décès a été collecté au jour près pour les décès de moins d'un mois, en mois pour ceux survenus entre un mois et 23 mois, et en années pour les décès survenus à deux ans ou plus.

Les indicateurs examinés dans ce chapitre sont définis ci-après :

**Le quotient de mortalité néonatale (NN) :** probabilité de décéder avant d'atteindre l'âge d'un mois exact ;

**Le quotient de mortalité post-néonatale (PNN) :** probabilité de décéder entre le premier mois et le douzième mois exact ;

**Le quotient de mortalité infantile ( $1q_0$ ) :** probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire ;

**Le quotient de mortalité juvénile ( $4q_1$ ) :** probabilité de décéder entre le premier et le cinquième anniversaire ; et

**Le quotient de mortalité infanto-juvénile ( $sq_0$ ) :** probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire.

## *Limites d'ordre méthodologique*

Au plan méthodologique, l'estimation de la mortalité des enfants présente certaines limites. Ces limites ainsi que certains risques d'erreurs d'enregistrement inhérentes à la méthode peuvent, dans une certaine mesure, affecter la qualité des estimations.

L'une des faiblesses de la méthode utilisée dans l'enquête est de limiter la collecte des données aux seules femmes de 15-49 ans vivantes au moment de l'interview, en excluant ainsi les informations sur l'état de survie des enfants dont la mère est décédée avant l'enquête. En effet, l'estimation du niveau général de la mortalité pourrait être légèrement biaisée si le nombre d'enfants orphelins de mère est relativement important, et si la mortalité de ces orphelins est sensiblement différente de celle des enfants dont la mère a été interviewée dans l'enquête. En outre, en limitant la collecte des données aux seules femmes de 15-49 ans au moment de l'enquête, les informations découlant de l'historique des naissances ne sont pas complètement représentatives pour certaines périodes passées : pour la période 10-14 ans avant l'enquête, par exemple, aucune information n'est disponible sur les naissances issues des femmes âgées de 40-49 ans à cette période. Les femmes de 15-49 ans au moment de l'enquête avaient moins de 40 ans, 10 ans avant l'enquête, et celles de 40-49 ans à ce moment-là ne sont plus éligibles au moment de l'enquête. Par conséquent, si une proportion importante des naissances de cette époque étaient issues de femmes de 40-49 ans, et que le risque de décéder de leurs enfants était très différent de celui des naissances issues des femmes plus jeunes, il pourrait en résulter un important biais sur l'estimation de la mortalité des enfants pour la période étudiée.

Dans l'ensemble, l'effet de ces phénomènes ne constitue pas un biais sérieux, le pourcentage d'orphelins de mère étant relativement faible, et les femmes de 40 ans et plus arrivant au terme de leur vie reproductive contribuent peu à la fécondité générale.

## *Risques d'erreurs d'enregistrement*

La validité des données sur la mortalité des enfants peut être affectée par :

- 1) La sous-déclaration des événements pouvant résulter d'omissions systématiques de naissances et/ou de décès entraîne une sous-estimation de la mortalité. Les omissions de naissances interviennent généralement quand l'enfant meurt très jeune, c'est-à-dire quelques heures/jours après la naissance. Dans de tels cas, plus la période de référence est éloignée de la date de l'enquête, plus les risques d'omission sont élevés et plus la sous-estimation des niveaux de la mortalité est importante. L'évaluation du sous-enregistrement des décès de très jeunes enfants est faite à partir de la proportion d'enfants décédés entre 0 et 6 jours par rapport aux décès survenus au cours du premier mois. Cette proportion augmente avec la diminution de la mortalité des enfants du fait que le niveau de la mortalité diminue très rapidement entre la naissance et les jours qui suivent. Une proportion de décès précoce inférieure à 60 % indiquerait un sous-enregistrement important des décès précoce. Dans le cas de l'EDS-Continue 2014 cette proportion est de 69 % (données non présentées), chiffre similaire à celle obtenue dans l'EDS-Continue 2012-13, ce qui indique qu'il n'y a pas eu de sous-enregistrement significatif des décès précoce durant les cinq années précédant l'enquête. En outre, comme on peut le constater au Tableau C.6 (Annexe C), selon la période quinquennale considérée, les proportions de décès survenus à moins de 1 mois se situent à un niveau acceptable, variant de 52 % 5-9 ans avant l'enquête à 57 % 0-4 ans avant l'enquête, et ne mettent pas en évidence de sous-enregistrement de décès dans la période néonatale.
- 2) Les transferts de dates de naissance des enfants d'une période à une autre peuvent causer une sous-estimation de la mortalité d'une période au profit des périodes adjacentes. Ainsi, un mauvais classement des décès dans l'intervalle 0-4 ans avant l'enquête entraînerait une sous-estimation de la mortalité pour cette période et une surestimation de celle-ci dans l'intervalle précédente, soit 5-9 ans avant l'enquête. Là encore, les données de l'EDS-Continue (données

non présentées) ne mettent pas en évidence de transferts importants d'une période quinquennale à l'autre qui pourraient affecter de façon significative les estimations des niveaux de mortalité. À l'Annexe C, le Tableau C.4 qui fournit la distribution des naissances, selon leur état de survie, par année de naissance, ne met pas en évidence de transferts suffisamment importants susceptibles d'affecter de façon significative les niveaux de mortalité.

- 3) L'imprécision des déclarations de l'âge au décès comme l'attraction de certains âges au décès peuvent engendrer une sous-estimation de la mortalité infantile et une surestimation de la mortalité juvénile, par le transfert d'une partie des décès d'enfants de moins d'un an aux décès d'enfants plus âgés. C'est pour minimiser ce type d'erreur que l'âge au décès a été enregistré en jours, en mois ou en années, selon que le décès est intervenu dans les 29 jours suivant la naissance, entre 1 et 23 mois ou au-delà de 23 mois.
- 4) Les données collectées montrent qu'il existe d'attraction pour l'âge au décès « 12 mois » dans la déclaration des âges au décès, ce qui affecte les estimations de la mortalité infantile et de la mortalité juvénile. Dans le cas de la mortalité infantile, cet effet contribuerait à une sous-estimation de la mortalité infantile de près de 4-5 pour cent.

#### **4.2.2 Niveaux et tendances**

Les différents quotients de mortalité pour les quinze années ayant précédé l'enquête sont présentés au Tableau 4.4. Les niveaux sont calculés par période quinquennale de 0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans avant l'enquête, soit de 1999 à 2014.

**Tableau 4.4 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-Continu, Sénégal 2014

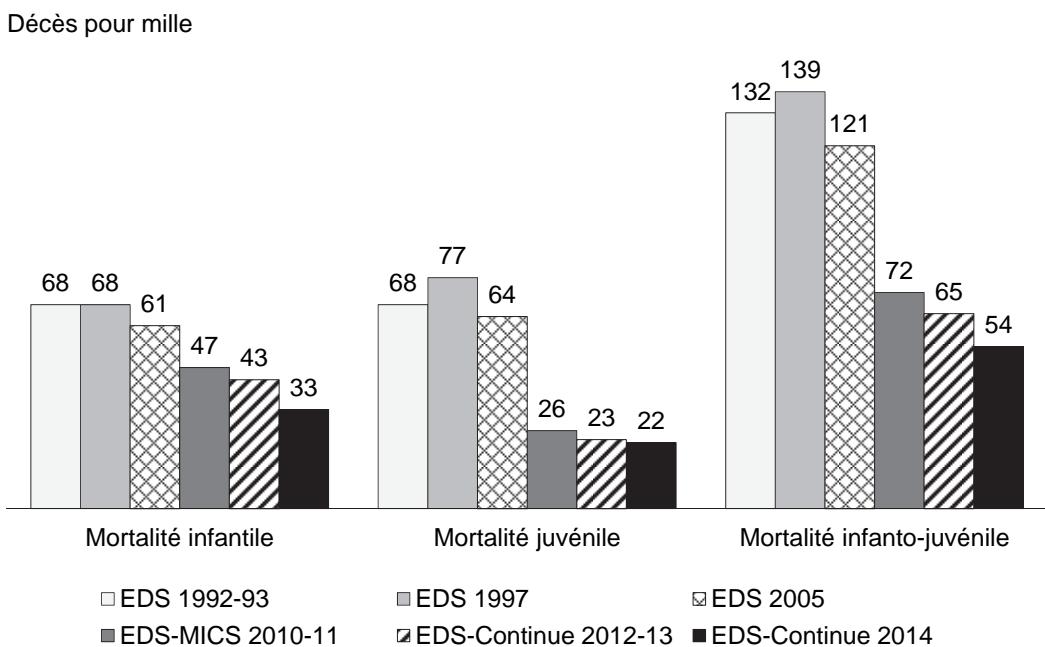
Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) <sup>1</sup>	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	19	14	33	22	54
5-9	23	23	46	27	72
10-14	22	27	48	47	94

<sup>1</sup> Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.

Dans la période 2009-2014, soit 0-4 ans avant l'enquête, 33 enfants nés vivants sur 1 000 sont décédés avant d'atteindre leur premier anniversaire dont 19 % entre 0 et 1 mois exact et 14 % entre 1 et 12 mois exacts. Parmi les enfants ayant atteint un an, 22 % 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 54 %, soit moins de cinq enfants sur 100.

La tendance à la baisse de la mortalité infantile, observée depuis plusieurs années déjà, semble se poursuivre (Graphique 4.4). Un examen de l'évolution de cet indicateur au cours des 15 dernières années montre que, le niveau a sensiblement fléchi dans la période. Ainsi, de 68 % selon l'EDS 1997, le taux de mortalité infantile est passé à 33 % selon l'EDS 2014, soit une baisse globale de 51 % pendant cette période. La baisse de la mortalité juvénile se poursuit également : le taux est passé de 77 % à 22 %, soit une baisse de 71 %. Cependant, contrairement à la mortalité infantile, la baisse apparaît moins forte sur la dernière période que sur la période la plus récente. En ce qui concerne la mortalité infanto-juvénile, la baisse qui suit les mêmes tendances se situe à des niveaux intermédiaires : le taux global est passé de 139 % à 54 %, soit une baisse de 61 %.

**Graphique 4.4 Tendance de la mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile, 1992-2014**



#### 4.2.3 Mortalité et caractéristiques socio-économiques

Les résultats du Tableau 4.5 mettent en évidence des variations importantes du niveau de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-économiques. Ainsi, le risque de décéder est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain, quelle que soit la composante de la mortalité considérée. Le risque de décéder avant le premier anniversaire est de 30 % en milieu urbain contre 46 % en milieu rural. Cette différence de mortalité entre les deux milieux est plus marquée avant le cinquième anniversaire avec un quotient de 44 % en milieu urbain contre 77 % en milieu rural.

Le niveau de mortalité des enfants présente des écarts importants entre les grandes régions. C'est dans la région Sud que l'on observe les niveaux de mortalité les plus élevés, cela quelle que soit la composante de la mortalité. En effet, le quotient de mortalité néonatale y est de 27 % contre 15 % dans la région Ouest ; Entre la naissance et un an exact, la probabilité de décéder y est de 57 % contre 28 % dans la région Ouest et enfin, entre la naissance et le cinquième anniversaire, le quotient y est estimé à 100 % contre 43 % dans la région Ouest. C'est la région Ouest qui enregistre les niveaux de mortalité les plus faibles.

Le niveau d'instruction de la mère est l'un des indicateurs les plus déterminants de la mortalité des enfants. L'analyse du Tableau 4.5 montre qu'en général, la mortalité des enfants de moins de cinq ans semble être beaucoup moins élevée chez les mères de niveau d'instruction primaire (41 % contre 70 % quand la mère n'a aucun niveau d'instruction).

Le niveau de vie du ménage influence également le niveau de mortalité chez les enfants. À cet effet, le Tableau 4.5 montre que le risque de décès diminue avec le niveau de bien-être des ménages. Ainsi, on peut remarquer que les enfants vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre sont plus exposés au risque de décéder que ceux vivant dans un ménage du quintile le plus riche, cela quelle que soit la composante considérée. Le risque de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire est estimé à 92 % pour un enfant dont le ménage est classé dans le quintile le plus pauvre contre 44 % pour un enfant dont le ménage est classé dans le quintile le plus riche.

**Tableau 4.5 Quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-économiques**

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période des dix années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-économiques, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristique socio-économique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) <sup>1</sup>	Mortalité infantile ( $1q_0$ )	Mortalité juvénile ( $4q_1$ )	Mortalité infanto-juvénile ( $5q_0$ )
<b>Résidence</b>					
Urbain	15	15	30	14	44
Rural	25	21	46	32	77
<b>Grande région</b>					
Nord	25	15	40	15	54
Ouest	15	13	28	16	43
Centre	21	19	40	28	66
Sud	27	29	57	46	100
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>					
Pas d'instruction	24	19	43	29	70
Primaire	17	13	31	10	41
Moyen/secondeaire ou plus	7	23	30	23	53
<b>Quintiles de bien-être économique</b>					
Le plus pauvre	25	27	52	42	92
Second	22	20	41	25	66
Moyen	25	16	41	27	67
Quatrième	19	13	31	13	44
Le plus riche	11	11	23	6	28

<sup>1</sup> Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.

#### 4.2.4 Mortalité et caractéristiques démographiques de la mère et des enfants

Le niveau de la mortalité des enfants est aussi influencé par certaines caractéristiques démographiques de la mère et de l'enfant. Comme dans la plupart des populations, on s'attend à ce que le niveau de mortalité des garçons soit supérieur à celui des filles. Cependant, les résultats ne mettent pas en évidence d'écart très importants entre les sexes. On peut néanmoins relever que le quotient de mortalité infantile des garçons est estimé à 41 % contre 37 % pour les filles.

Le comportement procréateur de la mère influence de manière importante les chances de survie des enfants. Les résultats selon l'âge de la mère à la naissance de l'enfant montrent que les quotients de mortalité baissent avec l'âge de la mère. Dans tous les cas, ce sont les enfants nés de mère en début de vie reproductive (moins de 20 ans) qui courent les risques de décès les plus élevés. Pour ce qui est de la mortalité post-néonatale, les enfants de ces femmes ont un risque de décéder (24 %) plus de deux fois plus élevé que celui des enfants dont la mère est âgée de 40-49 ans (11 %). Il en est de même pour les risques de décéder entre le premier et le cinquième anniversaire. Entre la naissance et le cinquième anniversaire, ce quotient est de 80 % chez les enfants dont la mère avait moins de 20 ans à leur naissance contre 41 % chez ceux dont elle avait 40-49 ans. Le rang de naissance de l'enfant affecte aussi ses chances de survie : entre la naissance et le cinquième anniversaire, les enfants dont le rang de naissance est élevé courent un risque de décéder plus élevé que les autres. Ce quotient est de 67 % pour les enfants de rang 7 et plus contre 58 % pour ceux de rang 2-3. Cependant, on remarque que les enfants de rang 1 ont un risque de mortalité élevé presque similaire à celui des enfants de rang 7. Ceci pourrait s'expliquer par les risques que font courir aux enfants les maternités trop précoces ou trop tardives.

Tout comme l'âge de la mère, le risque de décéder diminue avec l'intervalle entre deux naissances. Plus l'intervalle est court, plus le risque de décéder des enfants est élevé. Le risque de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 89 % pour un intervalle intergénésique de moins de 2 ans contre 46 % pour un intervalle de 3 ans et plus.

**Tableau 4.6 Quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants**

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période des dix années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristique démographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) <sup>1</sup>	Mortalité infantile ( ${}_1q_0$ )	Mortalité juvénile ( ${}_4q_1$ )	Mortalité infanto-juvénile ( ${}_5q_0$ )
<b>Sexe de l'enfant</b>					
Masculin	22	19	41	23	63
Féminin	19	18	37	26	62
<b>Âge de la mère à la naissance de l'enfant</b>					
<20	29	24	53	29	80
20-29	20	18	38	26	63
30-39	19	16	35	19	54
40-49	19	11	30	11	41
<b>Rang de naissance</b>					
1	22	21	42	23	65
2-3	18	18	36	22	58
4-6	22	16	38	28	64
7+	24	19	44	25	67
<b>Intervalle avec la naissance précédente<sup>2</sup></b>					
<2 années	34	26	60	31	89
2 années	16	19	34	28	62
3 années	12	14	26	20	46
4 années+	22	10	32	14	46
<b>Taille à la naissance<sup>3</sup></b>					
Petit/très petit	21	23	44	na	na
Moyen ou gros	17	11	28	na	na

na = Non applicable

<sup>1</sup> Calculé par différence entre les quotients de mortalité infantile et néonatale.

<sup>2</sup> Non compris les naissances de rang 1.

<sup>3</sup> Quotients pour la période des cinq années avant l'enquête.



# CONTRACEPTION ET PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ DES FEMMES

5

*Papa Mabèye DIOP et Atoumane FALL*

## Principaux résultats

- L'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes en union continue d'augmenter : 22 % pour toutes méthodes confondues, et 20 % pour les méthodes modernes contre 16 % à l'EDS-Continu 2012-2013.
- L'utilisation des méthodes modernes reste essentiellement le fait des femmes urbaines (29 %), de celles résidant dans la région Ouest (32 %), et des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire moyen/ plus (33 %).
- Au total, 64 % des femmes peuvent être considérées comme des candidates potentielles à la planification familiale car elles ne veulent plus d'enfants (20 %) ou désirent espacer la naissance de leurs prochains enfants pour une période d'au moins deux ans (44 %).

**L**e niveau d'utilisation de la contraception est l'un des indicateurs qui permet de juger de la réussite des programmes de planification familiale. L'EDS-Continu permet de mesurer le niveau d'utilisation de la contraception au moment de l'enquête. Aux femmes qui ont déclaré connaître une méthode contraceptive, on a demandé si elles en utilisaient une au moment de l'enquête.

## 5.1 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

Le Tableau 5.1 présente le taux de prévalence de la contraception, c'est-à-dire la proportion de femmes actuellement en union qui utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête.

Dans l'ensemble, 22 % des femmes en union utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode contraceptive ; 20 % une méthode moderne et moins de 2 % une méthode traditionnelle. Les femmes utilisaient essentiellement les injectables (8 %) suivis de la pilule et des implants (5 % dans chaque cas) (Graphique 5.1). Toutes les autres méthodes sont utilisées par moins de 1 % des enquêtées. Parmi les méthodes traditionnelles les plus utilisées, on peut citer la méthode du rythme et celle du retrait, mais dans des proportions très faibles, avec respectivement 0,8 % et 0,3 %.

**Tableau 5.1 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques**

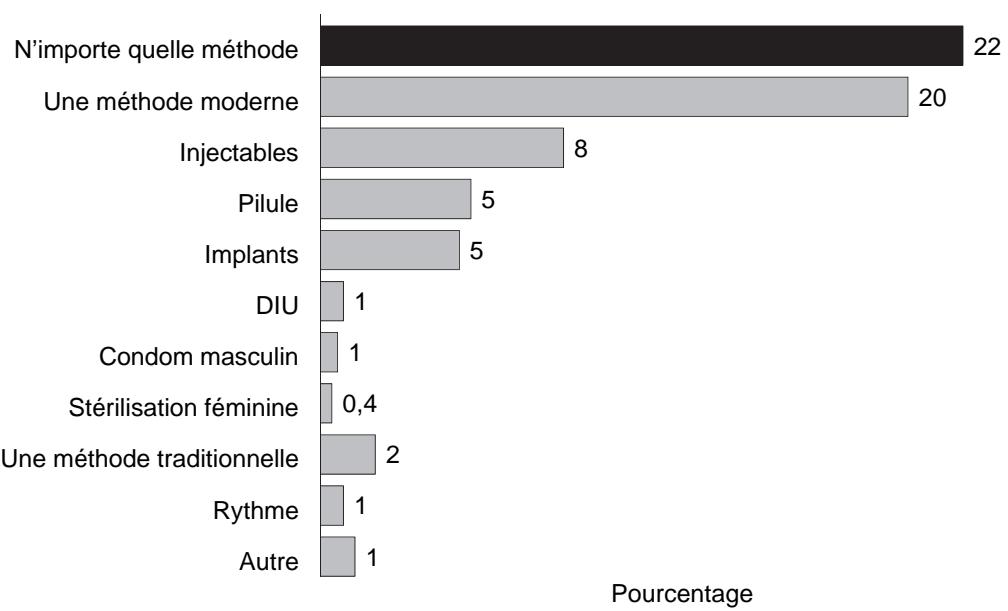
Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Une méthode moderne								Une méthode traditionnelle	Une méthode traditionnelle			N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes	
			Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injectables	Implants	Condom masculin	MAMA	Collier		Rythme	Retrait	Autre				
<b>Âge</b>																		
15-19	12,4	12,3	0,0	6,8	0,0	4,3	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	87,6	100,0	416
20-24	13,5	12,2	0,0	2,1	0,1	6,4	2,5	0,8	0,3	0,0	0,0	1,4	0,1	0,0	1,2	86,5	100,0	877
25-29	26,1	24,5	0,0	4,9	0,6	10,9	6,8	1,0	0,2	0,0	0,1	1,6	0,7	0,3	0,6	73,9	100,0	1 194
30-34	26,2	22,8	0,9	5,8	0,2	10,2	5,2	0,3	0,0	0,3	0,0	3,5	1,9	0,9	0,6	73,8	100,0	1 073
35-39	29,6	27,9	0,3	9,2	2,7	9,9	5,1	0,7	0,0	0,0	0,0	1,7	0,7	0,1	0,8	70,4	100,0	807
40-44	20,5	18,9	0,6	3,7	0,9	6,1	6,9	0,6	0,2	0,0	0,0	1,6	0,7	0,2	0,7	79,5	100,0	654
45-49	17,3	15,6	1,3	3,6	1,7	5,5	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,0	0,0	0,8	82,7	100,0	478
<b>Nombre d'enfants vivants</b>																		
0	3,2	2,2	0,0	0,5	0,0	1,3	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9	0,0	0,0	96,8	100,0	686
1-2	22,7	21,0	0,0	5,6	0,4	8,5	5,0	1,4	0,1	0,0	0,0	1,7	0,6	0,5	0,6	77,3	100,0	1 817
3-4	25,2	23,7	0,7	6,7	0,8	10,5	4,2	0,4	0,2	0,2	0,0	1,5	0,7	0,3	0,5	74,8	100,0	1 528
5+	27,2	24,4	0,6	5,2	1,8	9,2	7,4	0,0	0,1	0,0	0,1	2,7	1,2	0,1	1,4	72,8	100,0	1 469
<b>Résidence</b>																		
Urbanain	31,1	28,8	0,6	7,8	1,4	11,1	6,7	1,0	0,0	0,1	0,0	2,3	1,3	0,5	0,5	68,9	100,0	2 551
Rural	14,4	13,0	0,2	2,9	0,4	6,0	3,2	0,2	0,2	0,0	0,1	1,4	0,4	0,1	0,9	85,6	100,0	2 949
<b>Grande région</b>																		
Nord	16,3	15,5	0,3	6,4	0,7	5,8	2,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,8	0,5	0,2	0,2	83,7	100,0	1 194
Ouest	34,3	31,6	0,8	7,8	1,6	12,3	7,8	1,2	0,1	0,1	0,0	2,7	1,5	0,5	0,6	65,7	100,0	1 937
Centre	13,8	12,3	0,1	2,8	0,3	5,9	2,8	0,1	0,2	0,0	0,1	1,6	0,4	0,1	1,1	86,2	100,0	1 495
Sud	17,6	15,7	0,1	1,6	0,3	7,3	5,3	0,9	0,2	0,0	0,0	1,8	0,6	0,3	1,0	82,4	100,0	874
<b>Niveau d'instruction</b>																		
Pas d'instruction	15,8	14,3	0,2	2,9	0,6	7,1	3,1	0,2	0,1	0,0	0,0	1,5	0,5	0,2	0,8	84,2	100,0	3 516
Primaire	31,2	29,6	0,1	9,1	0,6	11,0	7,1	1,3	0,0	0,2	0,0	1,7	0,4	0,7	0,6	68,8	100,0	1 239
Moyen/secondeaire ou plus	37,2	33,4	1,5	9,3	2,3	10,0	8,9	1,3	0,2	0,0	0,0	3,7	3,2	0,2	0,4	62,8	100,0	745
<b>Quintiles de bien-être économique</b>																		
Le plus pauvre	12,2	10,7	0,1	1,3	0,2	5,3	3,3	0,3	0,2	0,0	0,0	1,5	0,4	0,1	1,0	87,8	100,0	1 130
Second	15,0	13,5	0,2	2,2	0,4	6,4	3,7	0,3	0,1	0,0	0,2	1,5	0,2	0,1	1,2	85,0	100,0	1 084
Moyen	21,8	19,5	0,2	5,7	0,4	8,8	4,0	0,3	0,1	0,0	0,0	2,3	1,5	0,0	0,7	78,2	100,0	1 087
Quatrième	30,3	28,7	0,4	7,4	1,4	12,6	5,8	1,1	0,0	0,0	0,0	1,6	0,6	0,6	0,5	69,7	100,0	1 096
Le plus riche	31,7	29,4	1,0	9,4	1,7	8,7	7,2	1,1	0,1	0,3	0,0	2,3	1,5	0,6	0,2	68,3	100,0	1 102
Ensemble	22,2	20,3	0,4	5,2	0,8	8,4	4,8	0,6	0,1	0,1	0,0	1,8	0,8	0,3	0,7	77,8	100,0	5 500

Note : Si plus d'une méthode a été utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.

MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

### Graphique 5.1 Prévalence contraceptive parmi les femmes en union selon la méthode



Par ailleurs, les renseignements recueillis permettent aussi l'analyse de la prévalence contraceptive selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes en union (Tableau 5.1). Les résultats selon l'âge montrent que c'est entre 25 et 39 ans, particulièrement dans le groupe d'âges 35-39 ans, où le pourcentage d'utilisatrices atteint 30 %, que la prévalence est la plus élevée.

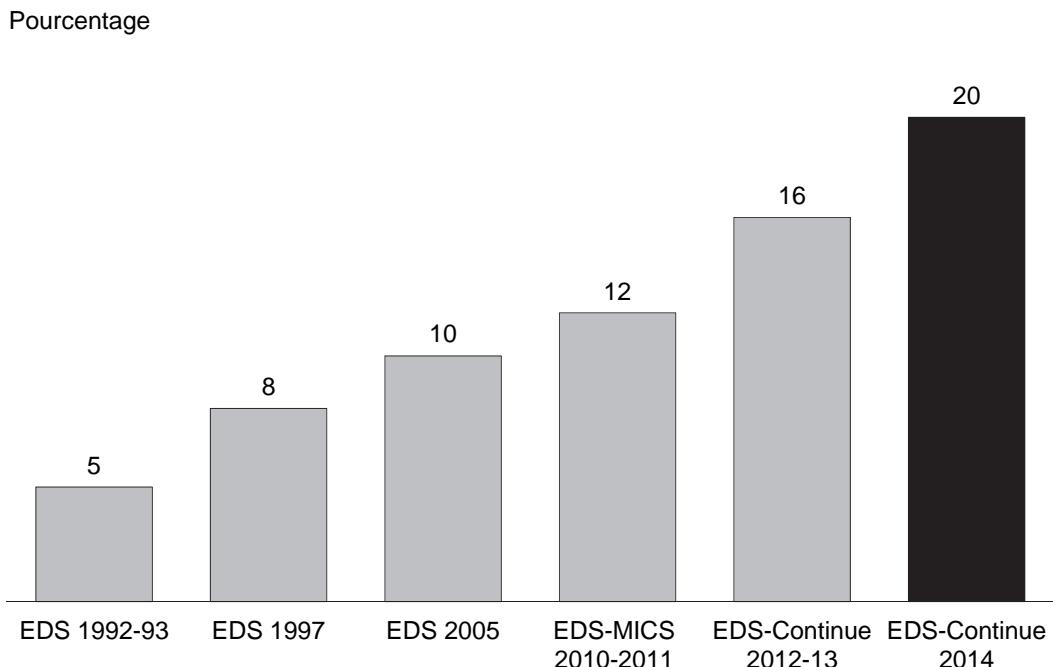
L'utilisation de la contraception augmente régulièrement avec le nombre d'enfants passant de 3 % chez les femmes nullipares, à 23 % parmi les femmes ayant 1-2 enfants et à 27 % parmi celles en ayant 5 ou plus. La prévalence contraceptive pour l'ensemble des méthodes est presque trois fois plus élevée en milieu urbain (31 %) qu'en milieu rural (14 %). Les différences observées entre les régions sont importantes. La grande région Centre (12 %) se distinguent par une faible prévalence contraceptive moderne. À l'inverse, la région Ouest enregistre le taux de prévalence contraceptive le plus élevé (32 %). Dans les régions Nord et Sud la prévalence est de 16 %. Par ailleurs, la prévalence contraceptive, qu'elle soit moderne ou traditionnelle, augmente de façon très nette avec le niveau d'instruction. Pour les méthodes modernes, la prévalence passe de 14 % chez les femmes sans niveau d'instruction à 29 % chez celles ayant un niveau d'instruction primaire et à 33 % chez les femmes de niveau moyen/secondeaire ou plus. L'utilisation de méthodes contraceptives est aussi influencée par le niveau de bien-être économique du ménage, la prévalence moderne passant de 11 % parmi les femmes dont le ménage est classé dans le quintile le plus pauvre à 29 % parmi celles dont le ménage est classé dans les deux derniers quintiles.

Les résultats selon le type de méthodes montrent que, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural et quel que soit le niveau d'instruction, les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées par les femmes en union sont les injectables (11 % en zone urbaine et 6 % en zone rurale), les implants (7 % en urbain et 3 % en rural) et la pilule (8 % en urbain et 3 % en rural). La principale méthode traditionnelle utilisée est la méthode du rythme, surtout en milieu urbain (1,3 % contre 0,4 % pour les femmes du milieu rural).

### *Tendances*

La comparaison avec les résultats des enquêtes précédentes montre que la prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union n'a cessé d'augmenter. Comme on peut le voir au Graphique 5.2, la prévalence est passée de 5 % en 1993 (EDS-II) à 10 % en 2005 (EDS-IV), à 16 % en 2013 (EDS-Continue 2012-2013) pour atteindre 20 % en 2014. En particulier, on constate, au cours des cinq dernières années, une accélération de la tendance à l'augmentation, la prévalence contraceptive étant passée de 12 % en 2010-2011 à 20 % en 2014. C'est surtout parmi les femmes du milieu rural et celles sans instruction que ces progrès ont été les plus importants. En effet, la prévalence contraceptive moderne a doublé en milieu rural, passant de 6,6 % en 2010-2011 à 13 % en 2014. En comparaison, en milieu urbain, le gain a été plus modeste (44 %). On constate cette augmentation de la prévalence moderne quel que soit le niveau d'instruction : par exemple, pour le niveau primaire, la proportion d'utilisatrices de méthodes modernes est passée de 21 % en 2010-2011 à 30 % en 2014. Parmi les femmes sans niveau d'instruction, la prévalence moderne est passée de 7,9 % en 2010-2011 à 14 % en 2014, soit une augmentation de 77 %.

**Graphique 5.2 Tendance de l'utilisation de la contraception moderne par les femmes en union**



## 5.2 BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

La demande potentielle en matière de contraception et l'identification des femmes qui ont des besoins élevés en services de planification constituent les problèmes les plus importants de tout programme de planification familiale. Les femmes fécondes qui n'utilisent pas la contraception, mais qui souhaitent espacer leur prochaine naissance (espacement) ou qui ne veulent plus d'enfant (limitation) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Plus précisément, les besoins non satisfaits pour espacer concernent :

- les femmes qui courent un risque de tomber enceintes, qui n'utilisent pas la contraception et qui ne souhaitent pas tomber enceintes dans les prochaines années ou qui ne sont pas sûres de vouloir tomber enceintes ou du moment auquel elles voudraient tomber enceintes ;
- les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu ;
- les femmes en aménorrhée post-partum pour une période d'au maximum 2 ans à la suite d'une naissance qui ne s'est pas produite au moment voulu et qui n'utilisent pas de contraception.

Les besoins non satisfaits pour limiter concernent :

- les femmes qui courent un risque de tomber enceintes, qui n'utilisent pas la contraception et qui ne souhaitent pas (plus) d'enfants ;
- les femmes enceintes dont la grossesse n'est pas voulue ;
- les femmes en aménorrhée post-partum pour une période de deux ans au maximum à la suite d'une grossesse non désirée et qui n'utilisent pas de contraception.

Les femmes classées comme n'étant pas fécondes ne sont pas considérées comme ayant des besoins non satisfaits, car elles ne courent pas de risque de tomber enceintes. Au contraire, les femmes qui utilisent la contraception sont considérées comme ayant des besoins satisfaits. Les femmes qui utilisent la

contraception et qui déclarent ne pas (plus) vouloir d'enfant sont considérées comme ayant des besoins satisfaits pour limiter. Celles qui utilisent la contraception et qui déclarent qu'elles veulent retarder la venue d'un enfant ou qui n'en sont pas sûres ou bien qui ne sont sûres de vouloir, ou non, un autre enfant ou du moment auquel elles le souhaitent sont considérées comme ayant des besoins satisfaits pour espacer.

Les besoins non satisfaits, la demande totale, le pourcentage de demande satisfaite et le pourcentage de demande satisfaite par les méthodes modernes sont définis comme suit :

- **besoins non satisfaits** : somme des besoins non satisfaits pour espacer et des besoins non satisfaits pour limiter ;
- **demande totale en planification familiale** : somme des besoins non satisfaits et de l'utilisation contraceptive totale ;
- **pourcentage de demande satisfaite** : utilisation contraceptive totale divisée par la somme des besoins non satisfaits et de l'utilisation contraceptive totale ;
- **pourcentage de demande satisfaite par les méthodes modernes** : utilisation des méthodes contraceptives modernes divisée par la somme des besoins non satisfaits et de l'utilisation contraceptive totale.

Le Tableau 5.2 présente les besoins non satisfaits pour les femmes actuellement en union. La proportion de femmes en union qui ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est estimée à 25,6 %, soit 19,2 % pour l'espacement des naissances et 6,3 % pour la limitation. Ajouté à la proportion d'utilisatrices actuelle (22 %), la demande totale en planification familiale atteint 48 %, soit 35 % pour espacer et 13 % pour limiter. Presque la moitié de cette demande est satisfaite (46 %). Pour les seules méthodes modernes, le pourcentage de la demande qui est satisfaite est de 43 %.

Il ressort de la lecture du Tableau 5.2 que la demande totale en services de planification familiale varie avec l'âge des femmes en union. Elle passe de 33 % pour les femmes âgées de 15-19 ans à 55 % pour celles âgées de 30-34 ans. Le pourcentage de demande satisfaite varie aussi avec l'âge des femmes. Il passe d'un minimum de 37 % chez les femmes de 15-19 ans à un maximum de 57 % chez les femmes de 35-39 ans. En outre, les résultats montrent que la demande en planification familiale est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (54 % contre 43 %); En milieu urbain, 58 % de la demande est satisfaite contre seulement 34 % en milieu rural. Les régions Centre (41 %) et Sud (43 %) enregistrent les proportions de demande en matière de planification familiale les plus faibles ; par contre, la proportion la plus élevée est observée dans la zone Ouest (56 %). La proportion de demande satisfaite est assez faible dans toutes les Grandes régions, en particulier dans les zones Centre et Nord (34 et 35 %). Par ailleurs, la demande totale en service de planification familiale augmente avec le niveau d'instruction. En effet, plus le niveau d'instruction de la femme est élevé plus la demande est forte.

**Tableau 5.2 Besoins en matière de planification familiale des femmes actuellement en union**

Pourcentage de femmes de 15-49 ans, actuellement en union, ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits, pourcentage de demande potentielle totale de services de planification familiale et pourcentage de demande satisfaite, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale			Besoins satisfaits en matière de planification familiale (utilisation actuelle)			Demande totale en planification familiale <sup>1</sup>			Pourcentage de demande satisfaite par des méthodes modernes <sup>3</sup>	Effectif de femmes
	Pour espacer	Pour limiter	Total	Pour espacer	Pour limiter	Total	Pour espacer	Pour limiter	Total		
<b>Âge</b>											
15-19	20,3	0,6	21,0	12,2	0,2	12,4	32,6	0,8	33,4	37,2	36,8
20-24	26,0	0,4	26,4	13,2	0,3	13,5	39,3	0,7	40,0	33,9	30,5
25-29	23,6	0,9	24,5	24,1	1,9	26,1	47,8	2,8	50,6	51,5	48,4
30-34	25,8	3,2	29,0	22,8	3,4	26,2	48,6	6,6	55,2	47,5	41,2
35-39	13,6	9,1	22,7	15,2	14,4	29,6	28,8	23,5	52,3	56,6	53,4
40-44	9,8	20,1	29,9	4,1	16,3	20,5	14,0	36,4	50,3	40,7	37,5
45-49	2,3	19,5	21,8	0,7	16,6	17,3	3,0	36,1	39,1	44,3	39,8
<b>Résidence</b>											
Urbain	16,5	6,1	22,6	22,4	8,7	31,1	38,9	14,8	53,7	58,0	53,7
Rural	21,6	6,6	28,1	9,5	4,9	14,4	31,1	11,5	42,6	33,9	30,5
<b>Grande région</b>											
Nord	24,7	5,8	30,6	12,0	4,3	16,3	36,7	10,2	46,9	34,8	33,1
Ouest	15,0	6,6	21,5	23,8	10,4	34,3	38,8	17,0	55,8	61,4	56,6
Centre	20,7	6,0	26,8	9,2	4,6	13,8	29,9	10,7	40,6	34,1	30,2
Sud	18,5	7,1	25,6	12,7	4,9	17,6	31,1	12,0	43,1	40,7	36,4
<b>Niveau d'instruction</b>											
Pas d'instruction	20,3	7,4	27,7	10,8	5,0	15,8	31,1	12,3	43,5	36,3	32,9
Primaire	16,4	5,3	21,7	22,1	9,1	31,2	38,5	14,4	52,9	59,0	55,8
Moyen/secondeaire ou plus	18,7	3,2	21,9	26,7	10,5	37,2	45,4	13,7	59,1	62,9	56,6
<b>Quintiles de bien-être économique</b>											
Le plus pauvre	21,6	8,0	29,6	8,5	3,7	12,2	30,1	11,7	41,8	29,2	25,7
Second	21,3	6,1	27,4	9,3	5,7	15,0	30,6	11,8	42,4	35,3	31,9
Moyen	17,7	5,5	23,2	16,7	5,1	21,8	34,4	10,6	45,0	48,5	43,4
Quatrième	16,4	5,8	22,1	20,1	10,2	30,3	36,5	16,0	52,4	57,8	54,7
Le plus riche	19,0	6,3	25,3	23,1	8,6	31,7	42,1	14,9	57,0	55,6	51,6
Ensemble	19,2	6,3	25,6	15,5	6,7	22,2	34,7	13,0	47,7	46,4	42,6

Les calculs des besoins en matière de planification familiale sont basés sur la définition dans Bradley et al, 2012 (Bradley, S.E.K., T. N. Croft, J.D. Fishel, and C.F. Westoff. 2012. Revising unmet need for family planning (DHS Analytical Studies No. 25). Calverton, Maryland, USA : ICF International).

<sup>1</sup> La demande totale est la somme des femmes dans les catégories de besoins non satisfaits et besoins satisfaits.

<sup>2</sup> Le pourcentage se la demande satisfaite est la demande satisfaite divisée par la demande totale.

<sup>3</sup> Dans les méthodes modernes sont inclus : la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, la pilule, le DIU, les injectables, le condom masculin, le condom féminin, la mousse/gelée, MAMA et la MJF/Collier.

### 5.3 DÉSIR D'ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES

Des questions ont été posées aux femmes de 15-49 ans actuellement en union pour obtenir des informations sur leur désir d'avoir ou non des (d'autres) enfants et d'espacer leur prochaine naissance. Le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires dans l'avenir est généralement lié à l'âge de la femme et au nombre d'enfants actuellement en vie. Le Tableau 5.3 et le Graphique 5.3 qui présentent les résultats selon le nombre d'enfants vivants montrent qu'une femme sur cinq (20 %) ne désire plus d'enfant.

Ces résultats révèlent également que parmi les 76 % de femmes qui désirent avoir des enfants supplémentaires dans l'avenir, plus de la moitié (44 %) souhaitent espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus. Au total donc, près des deux tiers (64 % de femmes), regroupant celles ne voulant plus d'enfants (20 %) et celles désirant espacer pour une période d'au moins deux ans la naissance de leurs prochains enfants (44 %), peuvent être considérées comme des candidates potentielles à la planification familiale. Ces niveaux sont voisins de ceux enregistrés dans les enquêtes précédentes.

Comme on pouvait s'y attendre, la proportion de femmes qui ne veulent plus d'enfants augmente régulièrement avec le nombre d'enfants actuellement en vie : elle passe de moins de 1 % chez les femmes qui n'ont aucun enfant à 12 % chez celles qui en ont 3 et à 62 % chez celles qui en ont au moins 6. On note également que la totalité des femmes nullipares (99 %) souhaitent avoir un enfant et la grande majorité (81 %) désire une naissance dans les deux années à venir. En ce qui concerne les hommes de 15-49 ans

actuellement en union, on constate que seulement 3 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfants et, à l'inverse, 93 % en désiraient davantage. Les hommes en union souhaitant avoir d'autres enfants sont proportionnellement, plus nombreux que les femmes en union.

Comme chez les femmes, la proportion d'hommes désirant avoir des enfants diminue avec le nombre d'enfants vivants, passant de 99 % à la parité 1, à 94 % à la parité 3 et à 80 % au rang 6 ou plus. Environ un homme en union sur deux (51 %) peut être considéré comme ayant des besoins en matière de planification familiale, soit 3 % qui ne souhaitent plus d'enfants et 48 % qui souhaitent espacer de 2 ans la venue du prochain enfant.

**Tableau 5.3 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants**

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants supplémentaire, selon le nombre d'enfants vivants, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants <sup>1</sup>							Ensemble 15-49	Ensemble 15-59
	0	1	2	3	4	5	6+		
<b>FEMME</b>									
Veut un autre bientôt <sup>2</sup>	80,9	31,8	26,2	23,4	15,1	16,4	5,7	26,1	na
Veut un autre plus tard <sup>3</sup>	3,6	55,9	62,5	53,5	52,2	41,3	23,9	43,7	na
Veut un autre, NSP quand	14,1	9,9	5,8	8,3	2,5	3,1	1,2	6,2	na
Indécise	0,0	0,7	0,7	1,4	4,3	2,3	2,2	1,6	na
Ne veut plus d'enfant	0,3	1,3	2,9	11,9	20,7	31,6	62,1	19,5	na
Stérilisé	0,0	0,0	0,1	0,3	1,2	0,7	0,6	0,4	na
S'est déclarée stérile	1,1	0,5	1,9	1,3	4,1	4,6	4,3	2,4	na
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
Effectif	552	920	930	877	691	539	990	5 500	0
<b>HOMME<sup>5</sup></b>									
Veut un autre bientôt <sup>2</sup>	81,9	46,0	31,4	28,4	34,3	22,1	28,5	37,7	36,0
Veut un autre plus tard <sup>3</sup>	8,2	50,0	56,1	57,4	50,2	59,0	44,5	47,5	42,5
Veut un autre, NSP quand	8,0	3,2	10,8	8,6	10,8	9,7	7,2	8,1	9,1
Indécis	0,5	0,5	0,7	3,6	1,2	1,6	11,5	3,3	4,2
Ne veut plus d'enfant	1,3	0,3	1,0	0,7	3,1	7,6	8,0	3,1	6,3
Stérilisé <sup>4</sup>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
S'est déclaré stérile	0,0	0,0	0,0	1,3	0,3	0,0	0,1	0,2	1,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	124	201	206	162	143	111	227	1 173	1 510

na = Non applicable

<sup>1</sup> Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle.

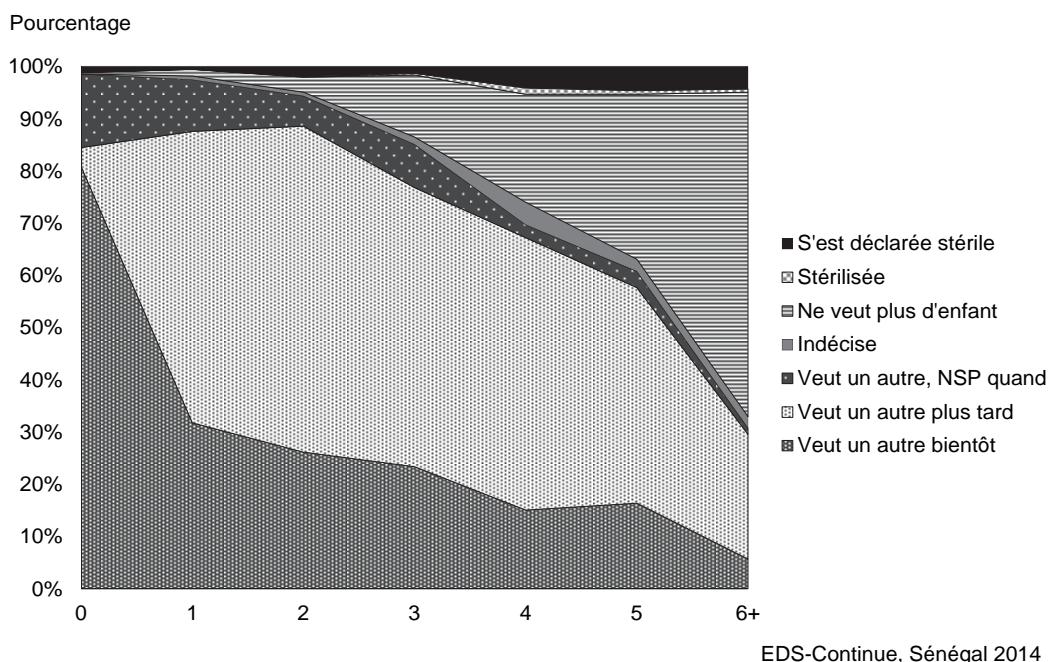
<sup>2</sup> Veut une autre naissance dans les deux ans.

<sup>3</sup> Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus.

<sup>4</sup> Y compris la stérilisation féminine et masculine.

<sup>5</sup> Le nombre d'enfants vivants comprend un enfant supplémentaire si l'épouse de l'enquêtée est enceinte (ou si une des épouses est enceinte, pour les hommes qui ont actuellement plus d'une épouse).

**Graphique 5.3 Désir d'enfant supplémentaire des femmes en union selon le nombre d'enfants vivants**



*Fatou Bintou NIANG et Ibrahima DIOUF*

#### Principaux résultats

- La grande majorité des femmes (96 %) ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente.
- Seulement 48 % des femmes ont effectué au moins les 4 visites prénatales recommandées. En outre, dans près de 3 cas sur 5 (59 %) la première visite a eu lieu durant les 3 premiers mois de grossesse.
- Plus de trois naissances sur quatre (77 %) se sont déroulées dans un établissement de santé, et 59 % ont bénéficié de l'assistance d'un prestataire de santé formé au moment de l'accouchement.
- La majorité des enfants de 12-23 mois ont reçu le vaccin du BCG (95 %), les trois doses de Pentavalent (89 %), celles de Polio (84 %) et 80 % ont été vaccinés contre la rougeole. Au total, plus de sept enfants de 12-23 mois sur dix (74 %) ont reçu tous les vaccins du Programme Élargi de Vaccination (PEV).
- Au cours des deux semaines avant l'enquête, 3 % d'enfants ont présenté des symptômes d'IRA, 11 % ont eu de la fièvre et 19 % ont eu la diarrhée.
- Au cours des épisodes diarrhéiques, 24 % des enfants ont reçu une TRO (SRO ou solution préparée à la maison).

**L**'Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) a collecté des informations sur la santé de la mère et de l'enfant. Ces informations concernent les soins prénatals et les conditions d'accouchement (lieu et assistance), la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois et la prévalence et le traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans. Ces informations sont très importantes pour l'évaluation et la planification des politiques et des programmes de santé.

### 6.1 SANTÉ DE LA MÈRE

#### 6.1.1 Soins prénatals

L'enquête Démographique et de Santé Continue a collecté des informations sur la santé des mères. Ces informations concernent l'accès des femmes aux soins de santé, les soins pré et postnatals et les conditions d'accouchement. Les résultats présentés dans ce chapitre permettent d'identifier les problèmes les plus importants en matière de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Ils constituent ainsi des outils de grande importance pour l'évaluation et la planification des politiques et des programmes de santé.

La surveillance médicale de la grossesse a une influence considérable sur la santé de la femme et de l'enfant. En effet, les soins prénatals permettent de déceler les complications qui peuvent mettre en danger la vie du couple mère-enfant. Il est recommandé au moins quatre consultations prénatales pour assurer un suivi correct de l'évolution de la grossesse. Les consultations prénatales donnent l'occasion d'immuniser la future mère contre le tétanos et de la faire bénéficier de conseils, et si besoin, de suppléments nutritionnels en cas de signes de malnutrition et de Traitement préventif ou curatif contre le paludisme dans les régions impaludées.

Les données du Tableau 6.1 présentent la répartition des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête selon le type de personnel médical consulté durant la grossesse et selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées. Au cours de l'EDS-Continuée 2014, toutes les catégories de personnes consultées par la mère pendant la grossesse ont été enregistrées. Lorsque plusieurs personnes avaient été consultées par la femme, seule la personne la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau. On relève que parmi les dernières naissances vivantes ayant eu lieu au cours des cinq dernières années, plus de neuf naissances sur dix (96 %) ont fait l'objet de consultations prénatales auprès de professionnels de la santé (médecins, sages-femmes et infirmières). Ces consultations ont été principalement effectuées par les sages-femmes (71 %), suivies des infirmières (22 %) ; dans très peu de cas, elles ont été fournies par des médecins (3 %). Seulement, 1 % des mères ont effectué des consultations prénatales auprès de matrones et d'accoucheuses traditionnelles.

**Tableau 6.1 Soins prématernels**

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type de prestataire consulté durant la grossesse pour la naissance la plus récente, et pourcentage de naissances les plus récentes pour lesquelles la mère a consulté un professionnel de la santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Prestataire de soins prématernels					Total	Pourcentage ayant reçu des soins prématernels par un prestataire formé <sup>1</sup>	Effectif de femmes
	Médecin	Sage-femme	Infirmière	Matrone/ Accoucheuse traditionnelle	Pas de soins prématernels			
<b>Âge de la mère à la naissance</b>								
<20	2,3	67,1	27,3	1,7	1,7	100,0	96,6	485
20-34	3,7	71,4	21,3	1,0	2,6	100,0	96,4	2 825
35-49	2,0	70,3	22,8	0,8	4,0	100,0	95,1	789
<b>Rang de naissance</b>								
1	5,4	71,9	20,9	1,0	0,8	100,0	98,2	860
2-3	4,4	73,9	19,4	0,8	1,5	100,0	97,7	1 458
4-5	1,6	71,7	22,3	1,5	3,1	100,0	95,5	932
6+	0,9	62,7	28,8	1,1	6,5	100,0	92,4	849
<b>Résidence</b>								
Urbain	5,8	87,7	5,6	0,2	0,6	100,0	99,2	1 851
Rural	1,1	56,6	36,1	1,7	4,5	100,0	93,8	2 249
<b>Grande région</b>								
Nord	1,4	68,1	27,2	1,0	2,4	100,0	96,7	846
Ouest	6,2	85,6	8,1	0,0	0,1	100,0	99,9	1 386
Centre	2,5	60,0	31,9	1,8	3,9	100,0	94,3	1 145
Sud	0,9	62,0	28,8	1,9	6,4	100,0	91,6	723
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>								
Pas d'instruction	1,6	65,1	28,3	1,2	3,9	100,0	94,9	2 644
Primaire	5,0	80,2	12,9	1,1	0,8	100,0	98,2	919
Moyen/secondeaire ou plus	8,2	81,9	9,0	0,4	0,5	100,0	99,1	536
<b>Quintiles de bien-être économique</b>								
Le plus pauvre	0,5	49,1	41,2	2,7	6,5	100,0	90,8	921
Second	0,7	58,0	35,1	1,4	4,8	100,0	93,8	838
Moyen	1,0	76,8	20,5	0,6	1,1	100,0	98,3	835
Quatrième	3,4	90,4	5,6	0,1	0,4	100,0	99,5	790
Le plus riche	11,9	84,3	3,8	0,0	0,0	100,0	100,0	716
<b>Ensemble</b>	<b>3,2</b>	<b>70,7</b>	<b>22,3</b>	<b>1,0</b>	<b>2,8</b>	<b>100,0</b>	<b>96,2</b>	<b>4 100</b>

Note : Si plus d'un prestataire de soins prématernels a été déclaré, seul le prestataire le plus qualifié est pris en compte dans ce tableau.

<sup>1</sup> Les médecins, les sages-femmes et les infirmiers/infirmières chefs de poste (ICP) sont considérés comme des prestataires formés.

La proportion de naissances pour lesquelles la mère a bénéficié de soins prématernels auprès de personnel formé, sans différencier le type de prestataire, ne présente pas de différences importantes selon les caractéristiques sociodémographiques. En effet, au moins neuf femmes sur dix ont reçu des soins prématernels. On peut cependant relever que dans la région Ouest, constituée des régions de Dakar et de Thiès, la quasi-totalité des femmes ont reçu des soins prématernels dispensés par un prestataire de santé formé contre 92 % dans le Sud qui se caractérise par la proportion la plus faible. Il faut aussi remarquer que si, dans les

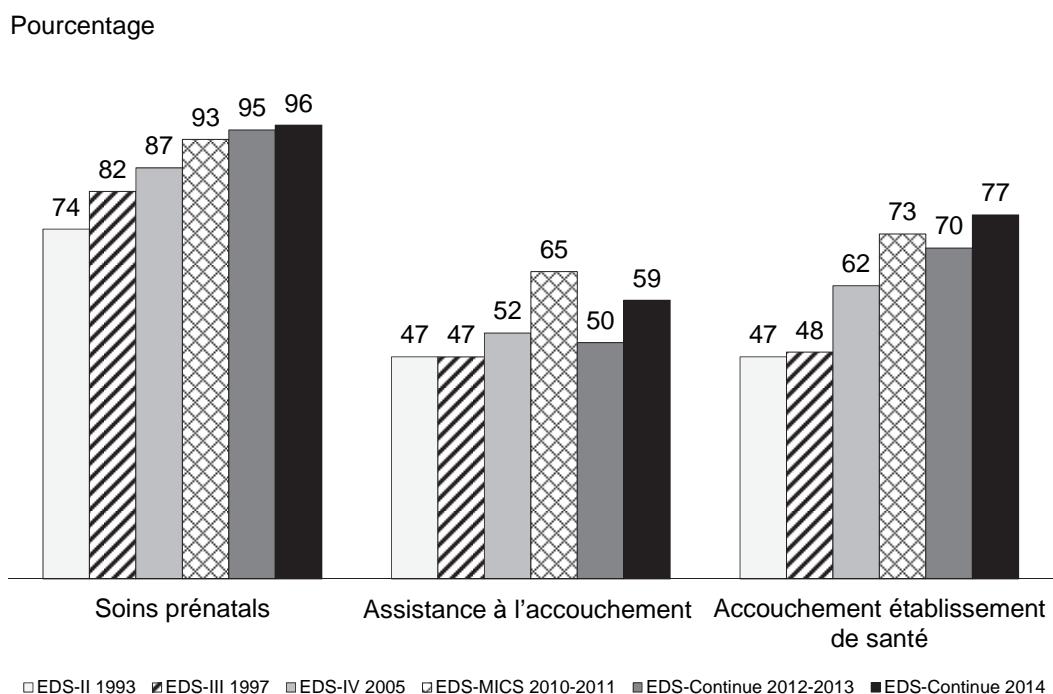
ménages classés dans le quintile le plus riche, 100 % des femmes ont consulté durant leur grossesse un professionnel de santé, cette proportion est légèrement plus faible dans les ménages du quintile le plus pauvre (91 %).

La proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals dispensés par un médecin est très faible (3 %). Cependant, dans certaines catégories de femmes comme celle du milieu urbain (6 %), celles de la région Ouest (6 %), celles ayant un niveau d'instruction moyen/secondaire ou plus (8 %) et surtout celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus riche (12 %), la consultation d'un médecin pendant la grossesse est plus fréquente.

### Tendance

Comme le montre le Graphique 6.1, la comparaison de ces résultats avec ceux des enquêtes précédentes met en évidence une nette tendance à l'amélioration de la couverture en soins prénatals, cette proportion étant passée de 74 % en 1993 à 96 % en 2014. En outre, cette amélioration a concerné toutes les catégories de femmes.

**Graphique 6.1 Soins prénatals, lieu d'accouchement et assistance à l'accouchement**



Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande au moins quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. Le Tableau 6.2 présente la répartition des femmes selon le nombre de visites prénatales et le stade de la grossesse à la première visite. Dans l'ensemble, on note que près de la moitié des femmes (48 %) ont effectué les quatre visites prénatales recommandées. Dans 43 % des cas, elles n'en ont effectué que 2-3 et seulement 5 % n'en ont effectué qu'une. La proportion de femmes ayant effectué les quatre visites prénatales recommandées est nettement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (56 % contre 42 %).

En ce qui concerne le stade de la grossesse auquel a eu lieu la première visite, dans près de trois cas sur cinq, (59 %), la première visite s'est déroulée à moins de quatre mois de grossesse. Même en zone rurale, plus de la moitié des femmes (52 %) ont effectué leur première visite prénatale avant quatre mois de

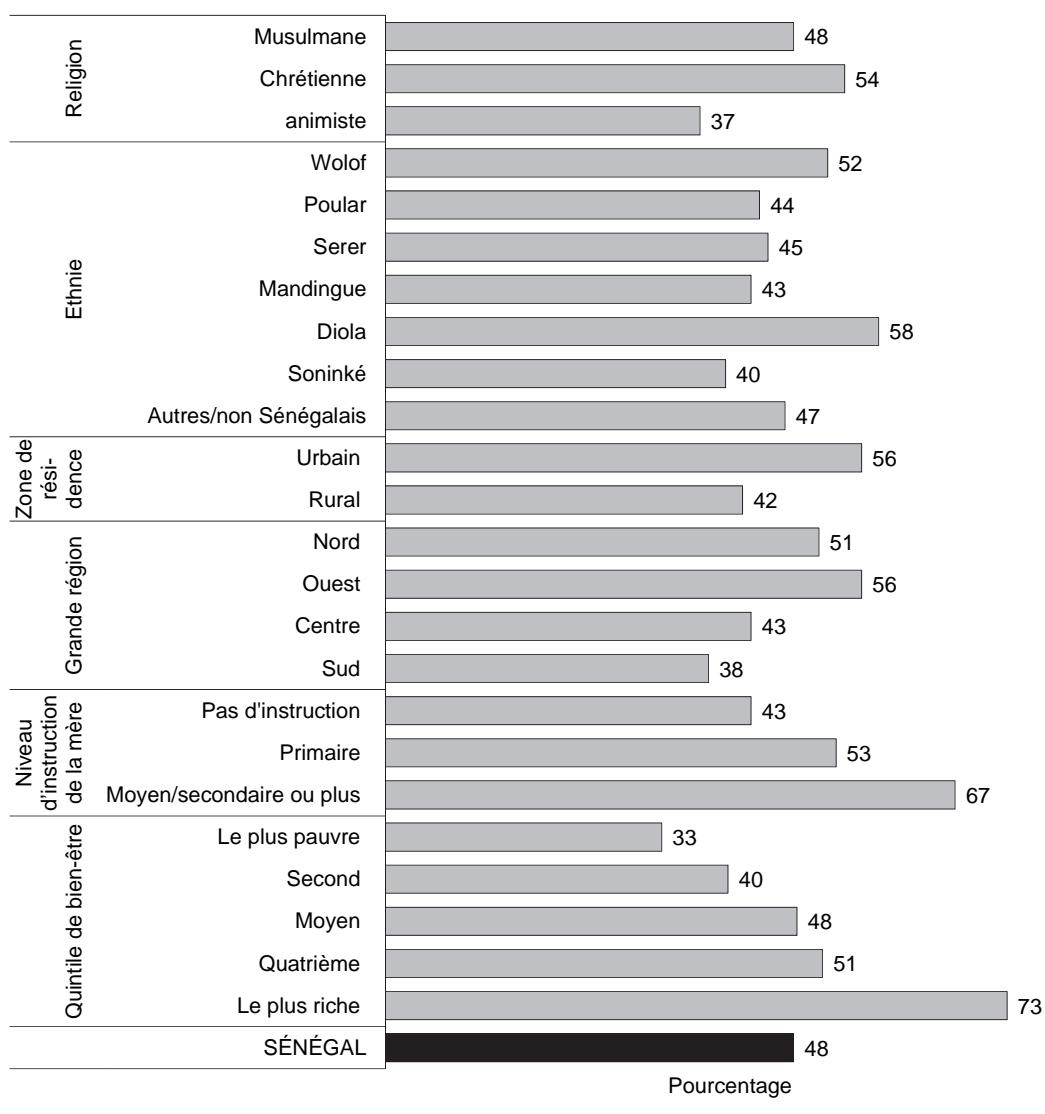
grossesse. Cependant, dans près d'un cas sur trois (27 %), la visite prénatale a eu lieu à 4-5 mois de grossesse. La moitié des femmes enceintes ont effectué leur première visite à 3,6 mois et ce nombre médian de mois varie de 3,8 en milieu rural à 3,4 en milieu urbain. Les femmes du milieu rural commencent donc un peu plus tardivement leurs consultations prénatales que celles du milieu urbain.

**Tableau 6.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse**

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, selon le nombre de visites prénatales et selon le stade de la grossesse au moment de la première visite pour la naissance la plus récente et, parmi les femmes ayant effectué des visites prénatales, nombre médian de mois de grossesse à la première visite, par milieu de résidence, EDS-Continue, Sénégal 2014

Visites prénatales	Résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
<b>Nombre de consultations prénatales</b>			
Aucune	0,6	4,5	2,8
1	3,8	6,7	5,4
2-3	38,7	46,2	42,8
4+	55,8	41,7	48,1
Ne sait pas/manquant	1,1	0,8	0,9
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Nombre de mois de grossesse à la première consultation prénatale</b>			
Aucune consultation prénatale	0,6	4,5	2,8
<4	66,7	51,8	58,5
4-5	24,8	29,5	27,4
6-7	6,7	11,0	9,1
8+	0,8	1,5	1,2
Ne sait pas/manquant	0,3	1,6	1,0
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1 851	2 249	4 100
Nombre médian de mois de grossesse à la première consultation (pour les femmes ayant reçu des soins prénatals)	3,4	3,8	3,6
Effectif de femmes ayant reçu des soins prénatals	1 840	2 147	3 987

**Graphique 6.2 Pourcentage de femmes ayant effectué au moins les quatre visites prénatales selon certaines caractéristiques sociodémographiques**



EDS-Continuée, Sénégal 2014

### Composantes des visites prénatales

L'efficacité des soins prénatals dépend non seulement du type d'examens effectués pendant les consultations, mais aussi des conseils qui sont prodigués aux femmes. Pour cette raison, l'EDS-Continuée 2014 a collecté des données sur cet aspect important du suivi prénatal en demandant aux femmes si, au cours des visites prénatales, elles avaient été informées sur les signes révélateurs de complications de la grossesse, si certains examens médicaux (vérification de la tension artérielle) avaient été effectués et si on avait procédé à des examens d'urine et de sang. En outre, on a cherché à savoir si elles avaient reçu des suppléments de fer et si elles avaient été protégées contre les parasites intestinaux. Ces résultats sont présentés au Tableau 6.3.

Globalement, on constate que la quasi-totalité des femmes qui ont eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête (95 %) ont pris des suppléments de fer sous forme de sirop ou de comprimés. La proportion de celles qui ont reçu des médicaments contre les parasites intestinaux est nettement plus faible (27 %) et les écarts sont peu importants.

Parmi les femmes qui ont reçu des soins prénatals pour leur naissance la plus récente, seulement 44 % ont été informées des signes de complication de la grossesse. Cette proportion est particulièrement faible dans la

région Ouest (14 %). Par comparaison, elle est de 80 % dans le Nord. On constate donc que si la quasi-totalité des femmes reçoivent des soins prénatals (96 %), dans de nombreux cas, au cours de ces consultations, elles ne reçoivent pas les informations importantes sur les risques de la grossesse. En outre, par rapport à l'enquête de 2010-2011, la proportion de femmes ayant reçu des informations sur les signes de complication de la grossesse n'a pratiquement pas varié (45 %).

En outre, on constate que les examens courants qui sont pratiqués généralement au cours des visites prénatales ont été effectués pour pratiquement toutes les femmes. On peut cependant relever qu'un prélèvement sanguin a été moins fréquemment effectué en milieu rural qu'en milieu urbain (79 % contre 93 %), dans la région Nord que dans les autres (77 % contre un maximum de 93 % dans l'Ouest), parmi les femmes sans niveau d'instruction (81 % contre plus de 90 % parmi les autres) et enfin parmi les femmes dont le ménage est classé dans le quintile le plus pauvre que dans les autres ménages (76 % contre un maximum de 93 % dans les ménages des deux derniers quintiles).

**Tableau 6.3 Composants des visites prénatales**

Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage qui, durant la grossesse la plus récente, ont pris des suppléments de fer, sous forme de comprimés ou de sirop, et des médicaments contre les parasites intestinaux au cours de la grossesse la plus récente et parmi les femmes ayant bénéficié de soins prénatals pour la naissance la plus récente des cinq dernières années, pourcentage ayant effectué certains examens prénatals, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage qui, durant la grossesse la plus récente, ont pris :			Parmi les femmes ayant reçu des soins prénatals pour la naissance la plus récente des cinq dernières années, pourcentage qui :				
	Du fer sous forme de comprimés ou de sirop	Des médicaments contre les parasites intestinaux	Effectif de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années	Ont été informées des signes de complication de la grossesse	Ont eu leur tension artérielle vérifiée	Ont eu un prélèvement d'urine	Ont eu un prélèvement de sang	Effectif de femmes ayant reçu des soins prénatals pour la naissance la plus récente
<b>Âge de la mère à la naissance</b>								
<20	96,4	30,3	485	51,0	98,9	87,4	86,1	477
20-34	94,9	26,0	2 825	43,6	99,6	90,6	85,7	2 753
35-49	93,2	28,5	789	40,8	99,9	87,6	84,1	758
<b>Rang de naissance</b>								
1	97,7	27,3	860	41,7	99,2	90,3	90,1	853
2-3	95,6	27,0	1 458	44,0	99,5	90,6	86,4	1 436
4-5	94,3	27,3	932	45,4	99,6	90,8	84,2	903
6+	91,1	26,2	849	44,7	99,9	86,0	80,1	794
<b>Résidence</b>								
Urbain	97,6	24,2	1 851	34,1	99,6	93,7	92,9	1 840
Rural	92,5	29,2	2 249	52,4	99,5	86,2	79,0	2 147
<b>Grande région</b>								
Nord	95,2	31,2	846	80,3	98,8	86,9	76,7	826
Ouest	97,7	20,2	1 386	14,3	99,8	95,2	92,9	1 384
Centre	93,4	28,4	1 145	38,3	99,6	91,0	84,4	1 101
Sud	91,0	32,8	723	69,5	99,7	79,5	82,7	677
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>								
Pas d'instruction	92,7	26,5	2 644	47,2	99,3	87,3	81,4	2 541
Primaire	98,6	28,1	919	41,2	99,9	92,8	91,8	913
Moyen/secondeaire ou plus	98,7	27,5	536	33,5	100,0	95,3	93,9	534
<b>Quintiles de bien-être économique</b>								
Le plus pauvre	90,1	27,7	921	52,4	99,3	79,6	75,5	861
Second	92,3	27,3	838	54,2	99,4	87,7	80,9	797
Moyen	97,6	27,0	835	49,3	99,7	91,8	84,5	825
Quatrième	98,2	26,6	790	31,1	100,0	93,7	95,0	787
Le plus riche	96,6	25,9	716	30,5	99,2	96,9	93,1	716
Ensemble	94,8	27,0	4 100	44,0	99,5	89,6	85,4	3 987

## Couverture vaccinale antitétanique

Le tétanos néonatal est l'une des maladies les plus graves auxquelles le nouveau-né peut être exposé. Pour faire face à cette pathologie, il est recommandé que les femmes enceintes soient vaccinées contre le tétanos. Les données du Tableau 6.4 révèlent que pour 84 % des femmes, la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal. Il est important de souligner que les informations présentées ici ont pris en compte l'histoire vaccinale des femmes. Ainsi, sont considérées comme étant protégées du tétanos néonatal, les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance ou, au moins, deux injections dont la dernière a 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. Selon l'âge de la mère, on observe que les naissances de mère âgée de 20-34 ans sont plus fréquemment protégées contre le tétanos (85 %) que celles de mère de moins de 20 ans ou de 35 ans ou plus. En ce qui concerne le milieu de résidence, les naissances qui se sont produites en milieu urbain ont été mieux protégées que celles qui ont eu lieu en milieu rural (88 % contre 81 %). Les résultats par région montrent que la couverture vaccinale des mères est légèrement plus faible dans la grande région Sud (81 %) que dans les trois autres grandes régions (variant entre 83 % et 86 %). Par ailleurs, c'est parmi les femmes ayant le niveau primaire que la couverture vaccinale antitétanique est la plus élevée (90 %). L'écart entre la couverture vaccinale des femmes sans niveau d'instruction et de celles ayant le niveau moyen/supérieur ou plus est assez faible (81 % contre 84 %).

La comparaison avec les résultats des enquêtes précédentes met en évidence une amélioration de la couverture antitétanique des mères, la proportion de naissances protégées étant passée de 69 % à l'EDS-MICS 2010-11 à 82 % en 2012-13 pour atteindre 84 % en 2014.

### 6.1.2 Assistance lors de l'accouchement

Une bonne prise en charge de l'accouchement, élément clé dans la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles, dépend de la qualification des personnes qui assistent la femme. Près de trois naissances sur cinq (59 %) ont eu lieu avec l'assistance de personnel de santé qualifié (Tableau 6.5), à savoir médecins, sages-femmes ou infirmières, ou Infirmiers/ères Chefs de Poste (ICP).

**Tableau 6.4 Vaccination antitétanique**

Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu au moins deux injections antitétaniques au cours de la grossesse pour la naissance vivante la plus récente et pourcentage dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continué, Sénégal 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Pourcentage ayant reçu deux injections ou plus durant la dernière grossesse	Pourcentage dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal <sup>1</sup>	Effectif de mères
<b>Âge de la mère à la naissance</b>			
<20	70,3	81,5	485
20-34	53,0	84,9	2 825
35-49	44,9	80,9	789
<b>Rang de naissance</b>			
1	77,1	80,2	860
2-3	49,4	88,1	1 458
4-5	45,9	84,7	932
6+	44,9	78,7	849
<b>Résidence</b>			
Urbain	54,3	87,5	1 851
Rural	52,8	80,6	2 249
<b>Grande région</b>			
Nord	48,9	83,2	846
Ouest	49,0	86,2	1 386
Centre	54,5	83,1	1 145
Sud	66,0	80,8	723
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>			
Pas d'instruction	50,3	81,4	2 644
Primaire	55,3	90,1	919
Secondaire ou plus	66,2	84,1	536
<b>Quintiles de bien-être économique</b>			
Le plus pauvre	52,6	77,7	921
Second	52,4	80,9	838
Moyen	50,8	88,1	835
Quatrième	52,0	85,7	790
Le plus riche	60,7	87,5	716
Ensemble	53,5	83,7	4 100

<sup>1</sup> 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), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance), ou, au moins, cinq injections avant la dernière naissance.

La couverture vaccinale antitétanique est la plus élevée (90 %). L'écart entre la couverture vaccinale des femmes sans niveau d'instruction et de celles ayant le niveau moyen/supérieur ou plus est assez faible (81 % contre 84 %).

Les données détaillées par type de personnel de santé montrent que la proportion d'accouchements assistés par des sages-femmes est de loin la plus élevée (42 %) suivie des infirmières (13 %). L'assistance par un médecin n'est assurée que dans 4 % des naissances.

Le pourcentage de naissances assistées par un professionnel de santé varie peu selon l'âge de la mère. Par contre, il diminue avec la parité : de 72 % des naissances assistées par du personnel qualifié chez les primipares, la proportion n'est que de 46 % chez les grandes multipares. On observe aussi un écart important entre les milieux de résidence, la proportion de femmes dont l'accouchement a été assisté par du personnel de santé variant de 44 % en milieu rural à 80 % en milieu urbain. En outre, les résultats mettent en évidence des disparités régionales. C'est, de loin, dans l'Ouest (80 %) que la situation est la meilleure suivie par le Nord (58 %). Par contre, dans le Centre 48 %) et surtout le Sud (42 %), moins d'une femme sur deux a bénéficié durant l'accouchement d'une assistance par du personnel de santé.

La proportion de femmes dont l'accouchement a été assisté par du personnel formé augmente avec le niveau d'instruction de la femme : de 51 % chez les femmes sans instruction, elle passe à 71 % chez celles de niveau primaire, et atteint 84 % chez les femmes de niveau moyen/secondaire ou plus. On observe aussi que cette proportion augmente des ménages du quintile le plus pauvre au plus riche, variant de 30 % à 86 %.

**Tableau 6.5 Assistance lors de l'accouchement**

Répartition (en %) des naissances vivantes ayant eu lieu au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type d'assistance durant l'accouchement, pourcentage de naissances assistées par un professionnel de santé et pourcentage de naissances accouchées par césarienne selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Personne ayant assisté l'accouchement :						Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé <sup>1</sup>			Effectif de naissances
	Médecin	Sage-femme	Infirmière	Autre personnel de santé	Matrone/Accoucheuse traditionnelle	Personne	Total	Pourcentage accouché par césarienne		
<b>Âge de la mère à la naissance</b>										
<20	4,4	39,5	14,4	19,9	19,0	2,9	100,0	58,2	5,4	794
20-34	4,7	42,2	12,9	21,3	16,5	2,5	100,0	59,7	4,5	4 375
35-49	3,2	40,9	13,0	22,1	15,5	5,4	100,0	57,0	3,0	1 018
<b>Rang de naissance</b>										
1	9,3	47,7	14,9	17,6	9,5	0,9	100,0	71,9	8,9	1 368
2-3	4,3	44,3	12,1	19,9	16,7	2,6	100,0	60,8	4,2	2 241
4-5	2,3	40,0	12,1	24,1	18,2	3,4	100,0	54,3	2,3	1 405
6+	1,2	31,2	13,9	24,7	23,0	6,0	100,0	46,4	2,0	1 172
<b>Lieu d'accouchement</b>										
Établissement de santé	5,5	53,0	16,8	24,0	0,5	0,1	100,0	75,3	5,7	4 758
Ailleurs	0,5	3,6	0,7	12,0	70,3	12,9	100,0	4,8	0,0	1 429
<b>Résidence</b>										
Urbain	7,4	63,3	9,8	15,0	4,0	0,6	100,0	80,4	7,1	2 607
Rural	2,2	25,8	15,5	25,8	25,8	4,9	100,0	43,5	2,4	3 580
<b>Grande région</b>										
Nord	3,8	43,3	10,8	22,0	13,8	6,3	100,0	57,8	3,6	1 281
Ouest	8,2	57,9	14,0	17,1	2,3	0,6	100,0	80,1	7,8	1 965
Centre	2,0	29,4	16,4	27,8	22,2	2,2	100,0	47,8	2,2	1 856
Sud	2,3	30,9	8,6	16,6	36,5	5,1	100,0	41,8	2,8	1 085
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>										
Pas d'instruction	2,6	34,2	14,1	23,2	21,9	4,0	100,0	50,9	2,9	4 123
Primaire	4,5	53,9	12,4	19,9	7,6	1,7	100,0	70,8	4,8	1 318
Moyen/secondaire ou plus	14,2	60,9	8,4	12,7	3,4	0,4	100,0	83,5	11,8	746
<b>Quintiles de bien-être économique</b>										
Le plus pauvre	1,3	17,2	11,9	21,7	40,0	8,0	100,0	30,4	1,9	1 512
Second	1,6	28,8	15,4	27,4	23,0	3,7	100,0	45,9	2,0	1 311
Moyen	3,4	46,4	17,4	26,0	6,0	0,9	100,0	67,1	4,6	1 264
Quatrième	6,6	61,8	12,6	16,4	2,0	0,6	100,0	81,0	6,4	1 104
Le plus riche	11,5	67,1	6,9	11,9	2,5	0,1	100,0	85,5	8,8	995
Ensemble	4,4	41,6	13,1	21,3	16,6	3,0	100,0	59,1	4,4	6 187

Note : Si l'enquêtée a déclaré que plus d'une personne avait assisté l'accouchement, seule la personne la plus qualifiée est prise en compte dans ce tableau.

<sup>1</sup> Les médecins, les sages-femmes et les infirmiers/infirmières chefs de poste (ICP) sont considérés comme des prestataires formés.

## *Tendance*

La comparaison de ces résultats avec ceux des enquêtes précédentes présentée au Graphique 6.1 fait apparaître une évolution en dents de scie. En effet, la proportion de femmes ayant accouché avec l’assistance de personnel de santé a augmenté entre 1993 et 2010-2011, variant de 47 % à 65 % puis a diminué pour atteindre seulement 50 % à l’EDS-Continue de 2012-2013. Cette proportion a ensuite augmenté de nouveau pour se situer à 59 % en 2014, à un niveau cependant inférieur de celui de 2010-2011 (65 %).

## *Césarienne*

Dans la stratégie pour la maternité sans risque, la césarienne est un des moyens préconisés pour réduire la mortalité maternelle et périnatale. C’est un mode d’accouchement auquel l’obstétricien recours chaque fois que l’accouchement par voie naturelle s’avère risqué pour le fœtus et/ou pour la mère. Ainsi, a-t-on demandé aux mères, pour toutes les naissances vivantes des cinq dernières années, si l’accouchement avait eu lieu par césarienne ou par voie basse.

Pour 4 % des naissances, on a pratiqué une césarienne (Tableau 6.5). Cette proportion varie peu avec l’âge. Par contre, cette intervention est plus fréquente pour les naissances de rang 1 que pour les autres (9 % contre 2 % pour celles de rangs 4 et plus). La gravido-puerpératilité chez les adolescentes et les primipares est souvent émaillée de complications. Cette gravido-puerpératilité est liée aux anomalies du bassin en rapport avec la nuptialité et la maternité précoce. Des précautions comme un suivi prénatal régulier et de qualité et une bonne prise en charge de la grossesse et de l’accouchement sont à entreprendre pour amoindrir ce risque.

Les césariennes se pratiquent dans un environnement médico-chirurgical. Elles sont exclusivement pratiquées dans les structures de santé (6 %), et sont, de ce fait, plus fréquentes en milieu urbain que rural (7 % contre 2 %). Ce type d’intervention qui n’est réalisable que dans les formations sanitaires suffisamment équipées et dotées de personnels qualifiés n’est pas à la portée des couches les plus défavorisées (moins de 2 % contre 8 % dans les classes aisées) et touche plus les régions les plus urbanisées telles que l’Ouest constitué de Dakar et de Thiès (8 %). Il convient de signaler que la fréquence de la césarienne chez les plus instruites (12 %) pourrait être liée à la maternité tardive qui les expose à des complications obstétricales telles que les mort-nés et un accouchement bloqué (la dystocie) nécessitant une intervention chirurgicale.

### **6.1.3 Lieu d’accouchement**

Parmi les naissances ayant eu lieu au cours des cinq années ayant précédé l’enquête, plus de trois sur quatre (77 %) ont eu lieu dans une structure de santé, en majorité du secteur public (73 % contre 4 % pour le privé) (Tableau 6.6). On observe une augmentation du taux de fréquentation des structures de santé entre 2012-2013 et 2014, passant de 70 % à 77 % (voir Graphique 6.1)

L’examen des données par caractéristiques sociodémographiques de la mère ne met pas en évidence une tendance nette selon l’âge de la mère. Par contre, on observe des disparités selon le rang de naissance avec des proportions qui diminuent avec la parité : de 88 % chez les primipares, la proportion atteint 67 % chez les multipares de 6 enfants ou plus. L’accouchement dans les structures de santé concerne davantage les femmes citadines (93 %) que les femmes rurales (65 %), et celles résidant dans les régions de l’Ouest (96 %) et, dans une moindre mesure, du Centre (71 %) et du Nord (76 %) que celles résidant au Sud où seulement 54 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé. En outre, on constate que le niveau d’instruction influence le lieu d’accouchement puisque de 70 % parmi les femmes sans niveau d’instruction, la proportion ayant accouché en établissement de santé passe à 87 % parmi celles de niveau primaire et atteint 96 % parmi les plus instruites. De même, les femmes résidant dans les ménages les plus aisés sont proportionnellement plus nombreuses à accoucher dans les structures de santé : de 45 % dans le quintile le plus pauvre, la proportion atteint 96 % dans le quintile le plus riche.

L'accouchement dans un établissement de santé varie de manière très nette avec le fait d'avoir effectué des visites prénatales. En effet, de seulement 15 % chez les femmes n'ayant effectué aucune visite, la proportion ayant accouché dans un établissement de santé atteint 88 % chez les femmes en ayant effectué au moins quatre.

Le tableau met également en évidence, la proportion importante d'accouchements à domicile qui concerne près d'un quart des naissances vivantes ayant eu lieu au cours des cinq dernières années (23 %). Cette situation concerne plus les grandes multipares (33 %), les femmes n'ayant effectué aucune consultation lors de la grossesse (85 %), celles résidant en milieu rural (35 %) et celles de la région Sud (46 %). De même, cette proportion reste élevée parmi les femmes sans niveau d'instruction (30 %) et parmi celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus pauvre (53 %).

**Tableau 6.6 Lieu d'accouchement**

Répartition (en %) des naissances vivantes ayant eu lieu au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu d'accouchement, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Établissement de santé		Maison	Total	Pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé	Effectif de naissances
	Secteur public	Secteur privé				
<b>Age de la mère à la naissance</b>						
<20	73,7	1,7	24,7	100,0	75,3	794
20-34	72,8	4,7	22,5	100,0	77,5	4 375
35-49	71,3	4,3	24,4	100,0	75,6	1 018
<b>Rang de naissance</b>						
1	81,1	6,8	12,1	100,0	87,9	1 368
2-3	72,6	5,1	22,3	100,0	77,7	2 241
4-5	71,1	2,2	26,7	100,0	73,3	1 405
6+	64,8	2,0	33,1	100,0	66,9	1 172
<b>Visites prénatales<sup>1</sup></b>						
Aucune	14,7	0,0	85,3	100,0	14,7	113
1-3	70,3	3,0	26,7	100,0	73,3	1 977
4+	82,0	5,9	12,1	100,0	87,9	1 971
<b>Résidence</b>						
Urbain	85,2	7,8	7,0	100,0	93,0	2 607
Rural	63,5	1,6	34,8	100,0	65,2	3 580
<b>Grande région</b>						
Nord	73,3	2,4	24,3	100,0	75,7	1 281
Ouest	87,1	8,5	4,4	100,0	95,6	1 965
Centre	68,1	3,0	28,9	100,0	71,1	1 856
Sud	53,5	0,9	45,5	100,0	54,5	1 085
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>						
Pas d'instruction	68,0	2,2	29,8	100,0	70,2	4 123
Primaire	80,3	6,6	13,1	100,0	86,9	1 318
Moyen/secondeaire ou plus	84,6	11,4	4,0	100,0	96,0	746
<b>Quintiles de bien-être économique</b>						
Le plus pauvre	46,4	0,5	53,1	100,0	46,9	1 512
Second	67,4	1,0	31,6	100,0	68,4	1 311
Moyen	89,2	1,9	9,0	100,0	91,0	1 264
Quatrième	86,2	8,7	5,1	100,0	94,9	1 104
Le plus riche	83,4	12,3	4,3	100,0	95,7	995
Ensemble	72,7	4,3	23,1	100,0	76,9	6 187

<sup>1</sup> Concerne seulement la naissance la plus récente ayant eu lieu au cours des cinq années ayant précédé l'enquête. Exclut 35 cas non-pondérés dont le nombre de visites prénatales est manquant.

## 6.2 SANTÉ DE L'ENFANT

L'EDS-Continue 2014 a collecté des informations détaillées sur la santé des enfants nés au cours des cinq dernières années. Ces informations concernent la couverture vaccinale, la prévalence et le traitement des principales maladies des enfants, en particulier les infections respiratoires, la fièvre et la

diarrhée. Ces résultats permettent de dresser, de manière succincte, l'état de la situation sanitaire des enfants au Sénégal selon certaines caractéristiques sociodémographiques et contextuelles.

### 6.2.1 Vaccination des enfants

Au cours de l'enquête, on a enregistré, pour tous les enfants nés au cours des cinq dernières années, les informations permettant une évaluation de la couverture vaccinale du Programme Élargi de Vaccination (PEV) au Sénégal. Un enfant est considéré comme étant complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la rougeole, trois doses de poliomyélite et trois doses de DTC (Diphthérie, Tétanos et Coqueluche). Depuis peu, une nouvelle combinaison, le « pentavalent », est utilisé en remplacement du DTC. Le pentavalent contient en fait cinq antigènes contre la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, l'Hépatite B et l'Infection à *Haemophilus influenzae* B (HIB). En outre, une première dose de vaccin contre la poliomyélite (polio 0) est donnée à la naissance. D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent être administrés à l'enfant avant l'âge d'un an. Des données ont également été collectées sur la fièvre jaune.

Les données sur la vaccination ont été collectées à partir de deux sources : le carnet de vaccination de l'enfant et la déclaration de la mère, quand le carnet n'était pas disponible ou n'existe pas. Le Tableau 6.7 présentent les résultats sur la couverture vaccinale selon les différentes sources d'information pour les enfants de 12-23 mois, c'est-à-dire ceux qui, d'après les recommandations de l'OMS, ont atteint l'âge auquel ils devraient avoir été complètement vaccinés.

**Tableau 6.7 Vaccinations selon certaines caractéristiques sociodémographiques**

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou la déclaration de la mère) et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêteuse, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	BCG	Penta-valent 1	Penta-valent 2	Penta-valent 3	Polio 0 <sup>1</sup>	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Tous les vaccins <sup>2</sup>	Aucun vaccin	Pourcentage avec un carnet de vaccination présenté à l'enquêteuse	Effectif d'enfants
<b>Sexe</b>													
Masculin	94,4	95,3	93,4	89,1	69,2	95,6	93,5	84,9	79,6	73,8	4,1	69,4	579
Féminin	96,0	96,0	93,9	89,6	71,1	96,3	93,6	83,8	80,7	73,5	2,8	67,8	632
<b>Rang de naissance</b>													
1	93,8	96,0	95,0	91,0	74,7	96,0	94,6	80,2	84,9	73,2	4,0	68,4	279
2-3	95,4	95,2	92,8	88,0	74,4	95,9	92,0	84,7	78,7	73,5	3,3	61,4	434
4-5	96,8	96,6	93,3	89,4	66,7	97,0	95,2	86,8	80,7	75,5	2,1	75,3	282
6+	94,8	94,6	94,0	89,8	60,4	94,6	93,3	85,7	76,2	72,2	4,7	74,5	216
<b>Résidence</b>													
Urbain	96,3	96,0	94,8	89,4	81,3	96,2	93,5	84,2	80,2	75,0	3,0	66,5	541
Rural	94,4	95,3	92,8	89,3	61,2	95,8	93,6	84,5	80,2	72,6	3,7	70,3	670
<b>Grande région</b>													
Nord	95,6	98,6	96,4	94,1	54,4	98,6	95,8	88,2	89,1	80,3	1,4	73,1	246
Ouest	96,2	95,6	95,1	89,4	90,2	95,6	93,8	85,3	79,9	76,1	3,8	67,2	401
Centre	96,5	96,7	93,7	89,9	71,8	97,0	94,3	85,3	78,2	72,6	2,5	70,4	356
Sud	90,7	90,4	87,6	82,6	47,6	91,8	89,2	76,4	73,4	62,9	6,7	62,8	208
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>													
Pas d'instruction	93,4	93,9	91,9	86,8	65,0	94,4	91,8	83,3	76,9	70,9	4,8	68,6	823
Primaire	99,0	98,9	96,2	94,7	75,2	98,9	96,2	87,9	87,3	81,5	0,7	72,6	245
Moyen/secondeaire ou plus	99,6	100,0	99,6	95,0	91,3	99,5	98,9	84,5	86,4	75,9	0,0	61,5	143
<b>Quintiles de bien-être économique</b>													
Le plus pauvre	92,4	94,2	91,0	85,6	53,4	95,1	92,2	81,2	78,2	69,8	4,4	69,7	295
Second	95,1	95,4	92,8	89,4	63,0	95,5	93,6	84,9	78,6	72,1	3,3	72,9	262
Moyen	92,3	92,2	91,2	86,7	71,9	92,6	89,0	82,9	79,0	74,2	7,1	68,3	248
Quatrième	99,0	98,5	96,2	95,3	82,5	98,5	95,6	89,1	83,2	77,3	0,3	65,6	214
Le plus riche	99,4	99,4	99,2	91,6	90,0	99,4	99,2	85,1	83,5	77,0	0,6	64,6	192
Ensemble	95,3	95,6	93,7	89,3	70,2	96,0	93,6	84,4	80,2	73,7	3,4	68,6	1 211

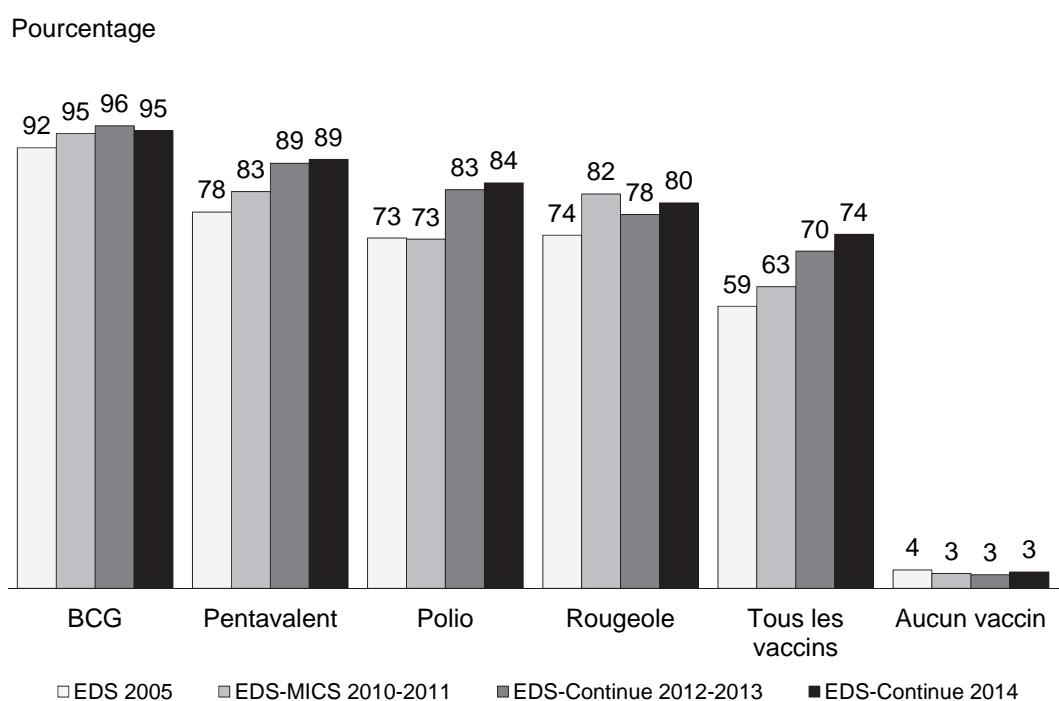
<sup>1</sup> Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.

<sup>2</sup> BCG, rougeole, les trois doses de DTC et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance).

Les résultats du Tableau 6.7 montrent que, toutes sources de renseignements confondues, plus de sept enfants de 12-23 mois sur dix (74 %) ont reçu tous les vaccins du PEV. Le vaccin du BCG a été donné (en principe à la naissance) à 95 % des enfants de 12-23 mois. 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 96 % pour la première dose, elle passe à 94 % pour la deuxième dose, et tombe à 89 % à la troisième dose. Le taux de déperdition<sup>1</sup> pour ce vaccin, assez faible entre les première et deuxième doses (2 %), augmente entre les deuxième et troisième doses (5 %) ; le taux de déperdition global entre les première et troisième doses est de 7 %.

Le vaccin contre la poliomyélite étant administré en même temps que celui du Pentavalent, on s'attend donc à trouver des niveaux de couverture vaccinale très proches. La couverture vaccinale contre la poliomyélite est cependant légèrement plus faible (polio 1 : 96 %, polio 2 : 94 % et polio 3 : 84 %) et connaît une déperdition plus importante que le Penta entre les première et troisième doses (12 % contre 7 %). C'est contre la rougeole que le taux de vaccination est le plus faible (74 %).

**Graphique 6.3 Vaccination des enfants de 12-23 mois selon le type de vaccin et quatre sources**



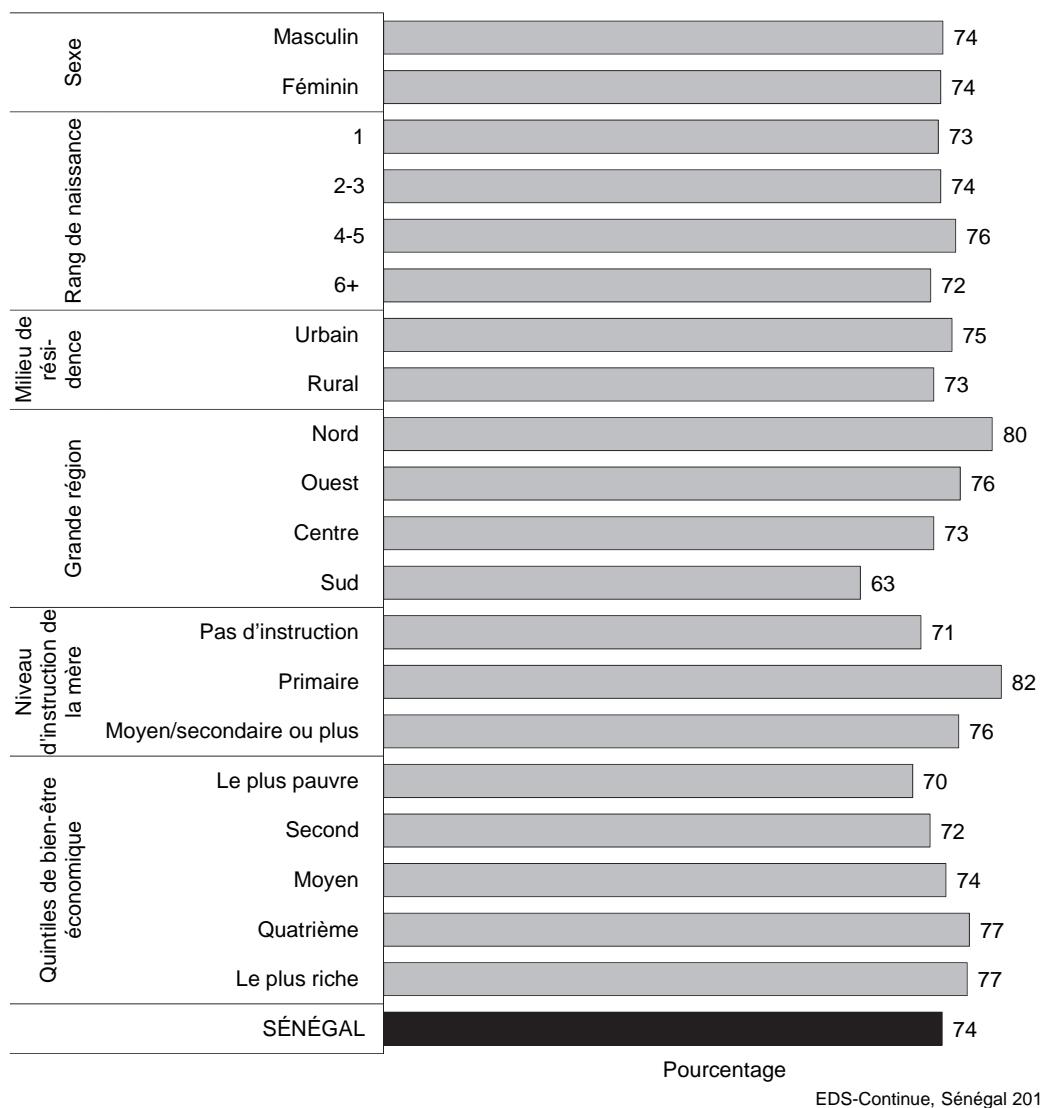
De 2005 à 2014, on constate que la couverture vaccinale s'est améliorée pour tous les vaccins (Graphique 6.3). La proportion d'enfants complètement vaccinés est passée de 59 % en 2005 à 63 % en 2010-2011, 70 % en 2012-2013, pour atteindre 74 % en 2014.

Le Tableau 6.7 et le Graphique 6.4 présentent également la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère et de l'enfant. La couverture vaccinale ne varie pas de manière importante entre les différents sous-groupes d'enfants. Il faut néanmoins relever que la couverture vaccinale est faible dans la région Sud (63 % contre un maximum de 80 % dans le Nord). Les résultats selon le niveau d'instruction de la mère et le niveau de bien-être économique du ménage ne font pas apparaître de tendance régulière : ce sont néanmoins les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (71 % contre 82 % parmi ceux dont la mère a le niveau primaire) et ceux dont le ménage est classé dans le quintile le plus pauvre (70 % contre 77 % dans le quatrième et cinquième quintiles) qui ont la couverture vaccinale la plus faible.

<sup>1</sup> Le taux de déperdition pour le Pentavalent, par exemple, est la proportion d'enfants qui, ayant reçu la première dose du vaccin, ne reçoivent pas la troisième.

Pour l'ensemble des enfants de 12-23 mois, un carnet de vaccination n'a été présenté à l'enquêtrice que dans 69 % des cas. L'analyse par milieu de résidence semble indiquer que c'est en milieu rural, (70 % contre 67 % en milieu urbain) et dans la région Nord (73 % contre seulement 63 % dans le Sud) que la carte a été le plus souvent présentée.

**Graphique 6.4 Pourcentage d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés selon certaines caractéristiques sociodémographiques**



## 6.2.2 Maladies des enfants

### Traitement des infections respiratoires aiguës

Les infections respiratoires aiguës (IRA) et particulièrement la pneumonie constituent l'une des premières causes de mortalité des enfants dans les pays en développement. Pour évaluer la prévalence de ces infections parmi les enfants, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient souffert de la toux pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête et, si oui, on demandait alors si la toux avait été accompagnée d'une respiration courte et rapide, symptômes d'infections respiratoires aiguës (IRA). En outre, pour les enfants ayant présenté ces symptômes d'IRA, on a cherché à connaître le pourcentage pour lesquels on avait recherché un traitement ou des conseils auprès d'une structure ou d'un prestataire de santé.

Parmi les enfants de moins de cinq ans, 3 % avaient souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête (données non présentées). Pour ces enfants, dans 42 % des cas, un traitement ou des conseils ont été recherché auprès d'une structure ou d'un prestataire de santé (Tableau 6.8).

Les écarts entre les différents sous-groupes d'enfants pour lesquels on a recherché un traitement ou des conseils ne sont pas significatifs dans la plupart des cas car basés sur des effectifs trop faibles d'enfants ayant eu des symptômes d'IRA au cours des deux semaines ayant précédé l'interview. On note cependant que la recherche de traitement ou de conseils auprès d'une structure de santé, est plus fréquente pour les garçons que pour les filles (49 % contre 34 %) et en milieu rural qu'en milieu urbain (47 % contre 40 %).

**Tableau 6.8 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'interview, 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'interview, 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 à qui on a donné des liquides de SRO préconditionnés et pourcentage qui ont été traité avec n'importe quel type de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continu, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec des symptômes d'IRA <sup>1</sup>		Enfants avec la fièvre		Enfants avec la diarrhée		
	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé <sup>2</sup>	Effectif avec IRA	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé <sup>2</sup>	Effectif avec la fièvre	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé <sup>2</sup>	Pourcentage à qui on a donné une solution à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) <sup>3</sup>	Pourcentage ayant été traité avec une TRO <sup>4</sup>
<b>Groupe d'âges en mois</b>							
<6	*	13	42,8	61	30,4	11,1	12,6
6-11	*	23	45,9	107	36,9	24,2	25,6
12-23	(43,4)	53	46,7	207	32,3	24,2	26,5
24-35	(39,6)	42	40,8	156	31,7	21,9	22,7
36-47	*	24	45,8	84	37,8	31,2	32,1
48-59	*	13	58,4	62	26,7	19,6	20,7
<b>Sexe</b>							
Masculin	48,9	94	51,0	379	36,0	27,1	28,6
Féminin	33,6	74	39,3	298	29,1	17,1	18,6
<b>Milieu de résidence</b>							
Urbain	39,5	109	46,4	308	31,2	19,4	19,6
Rural	47,1	59	45,3	369	34,0	24,9	27,2
<b>Grande région</b>							
Nord	*	3	45,8	99	30,1	20,2	20,9
Ouest	(40,8)	90	50,9	224	32,6	19,5	19,8
Centre	36,5	50	40,2	203	30,6	22,8	26,1
Sud	(61,1)	25	45,8	150	40,6	30,3	31,9
<b>Quintile de bien-être</b>							
Le plus pauvre	(48,0)	35	44,2	190	30,8	24,0	27,6
Second	(38,8)	29	42,5	134	37,2	26,2	28,0
Moyen	*	12	43,7	91	30,4	21,2	21,8
Quatrième	(51,3)	53	42,3	130	24,8	16,8	17,0
Le plus riche	(28,4)	39	56,4	132	42,2	23,6	23,6
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>							
Pas d'instruction	485,0	107	43,5	398	31,1	23,3	25,0
Primaire	*	33	49,7	190	35,2	21,9	23,0
Moyen/Secondaire ou plus	*	28	47,8	88	37,6	20,3	20,8
Ensemble	42,2	168	45,8	677	32,8	22,6	24,1

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels

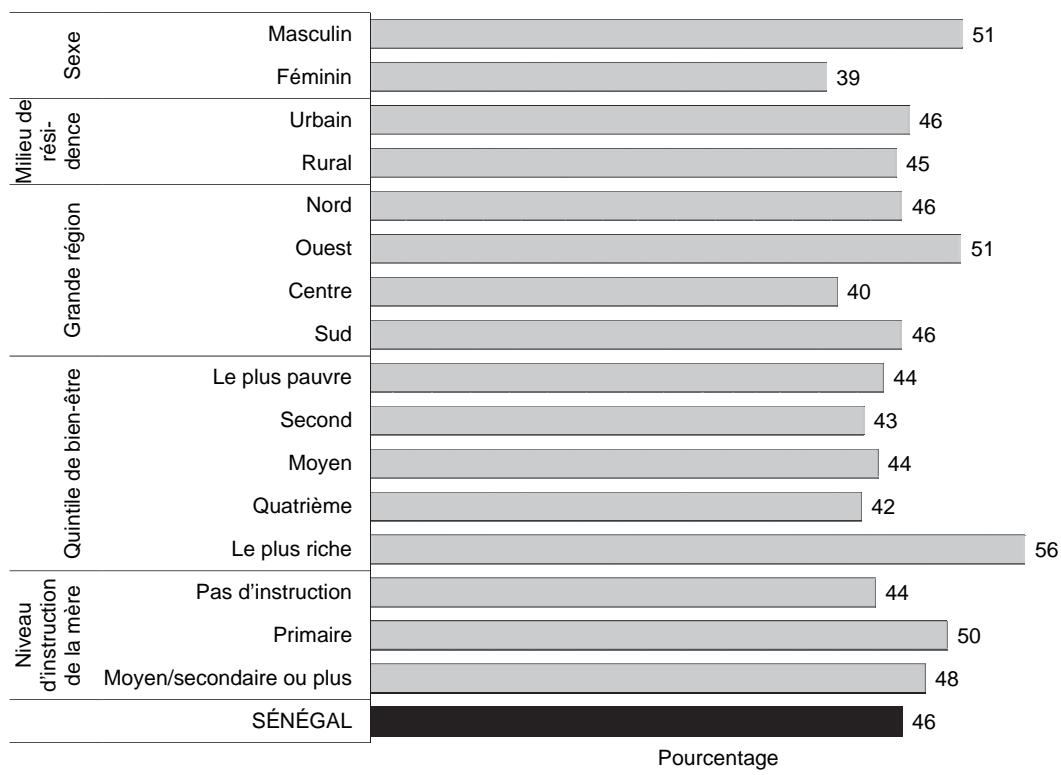
<sup>3</sup> Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et les liquides SRO préconditionnés

<sup>4</sup> Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO), les liquides SRO préconditionnés et les solutions maison recommandées

## *Prévalence et traitement précoce de la fièvre*

Environ un enfant de moins de cinq ans sur dix (11 %) a eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview (données non présentées). Selon le Tableau 6.8 on a recherché un traitement auprès d'un établissement de santé pour 46 % de ces enfants souffrant de la fièvre. La recherche de traitement a été plus fréquente pour les enfants âgés entre 48-59 mois (58 %) que pour les autres. On constate un écart important selon les sexes (51 % pour les garçons contre 39 % pour les filles). Par contre, on note peu de disparité selon le milieu de résidence : 46 % en milieu urbain contre 45 % en milieu rural (Graphique 6.5). Le recours aux structures de santé est cependant plus fréquent dans la région Ouest (51 %), que dans les trois autres régions (Nord et Sud : 46 % et Centre : 40 %). Les résultats selon le niveau d'instruction de la mère montrent que ce sont les enfants dont la mère a le niveau primaire qui ont le plus fréquemment bénéficié d'une recherche de traitement ou de conseils (50 % contre 48 % quand la mère a un niveau secondaire ou plus et 44 % quand elle n'a aucun niveau d'instruction). Les variations selon les quintiles de bien-être économique sont assez irrégulières, mais ce sont néanmoins les enfants des ménages classés dans le quintile le plus riche qui ont été le plus fréquemment traités quand ils avaient de la fièvre.

**Graphique 6.5 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre et pour lesquels un traitement a été recherché**



EDS-Continue, Sénégal 2014

## *Prévalence et traitement de la diarrhée*

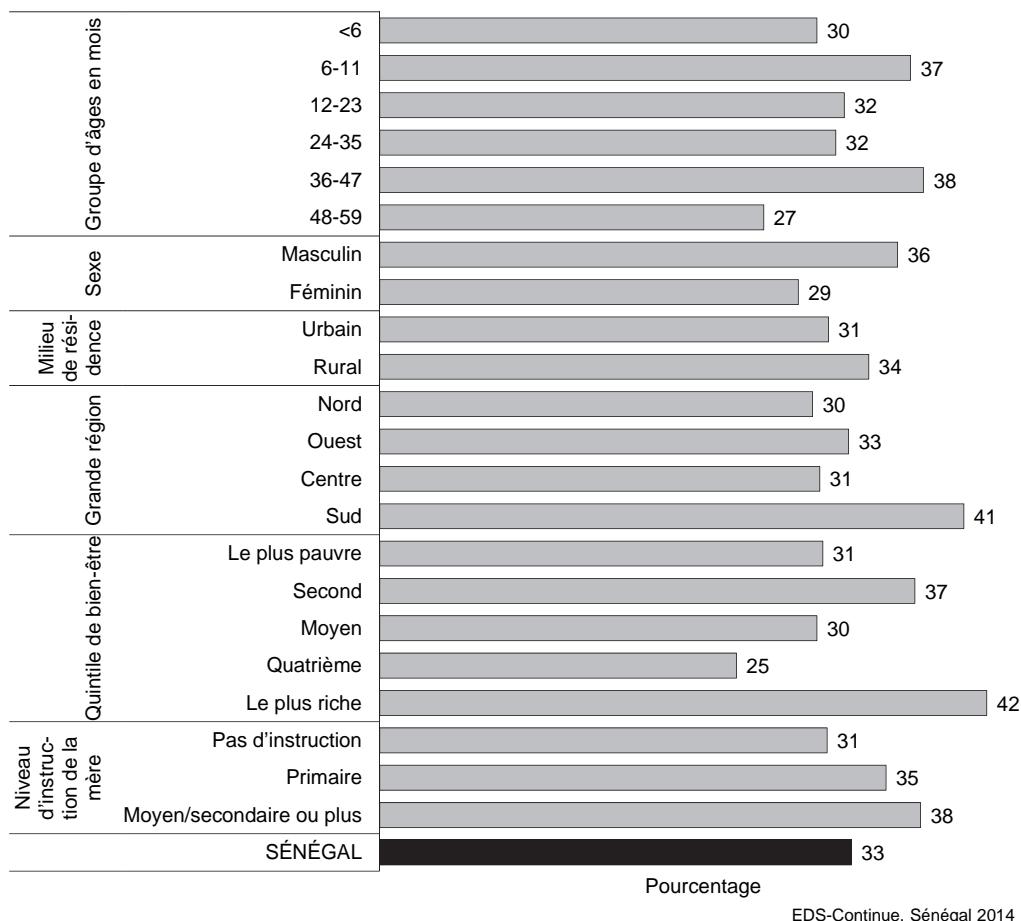
De par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la malnutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement. Pour lutter contre les effets de la déshydratation, l'OMS recommande la généralisation de la Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), en conseillant l'utilisation, soit d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO), soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel.

Au cours de l'EDS-Continue, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'interview afin de mesurer la prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans. En ce qui concerne le traitement de la diarrhée, on a demandé aux mères si elles avaient recherché des conseils ou traitement pour leurs enfants malades, si elles les avaient traités avec des SRO et si elles avaient eu recours à une TRO.

La prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans s'élève à 19 % (données non présentées). Le Tableau 6.8 et le Graphique 6.6 montrent que, pour seulement 33 % des enfants ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'interview, on a recherché des conseils ou un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé.

La recherche de soins pour la diarrhée concerne plus fréquemment les garçons (36 %) que les filles (29 %). C'est pour ceux de la région Sud (41 %) qu'un traitement ou des conseils ont été recherché le plus fréquemment. Il en est de même des enfants des ménages du quintile le plus riche (42 %) et ceux de mères de niveau d'instruction moyen/secondaire ou plus (38 %).

**Graphique 6.6 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la diarrhée pour lesquels un traitement a été recherché**



Pour traiter la diarrhée des enfants, on recommande l'utilisation de sachets de SRO et de liquides SRO préconditionnés ou de des solutions-maison. Parmi les enfants diarrhéiques, 23 % ont reçu une solution à partir de sachets de SRO ou de liquides SRO préconditionnés. Globalement, 24 % ont reçu un TRO (SRO, SRO préconditionné ou solutions-maison recommandées).

C'est parmi les enfants de 36-47 mois et ceux de la région Sud (32 % dans les deux cas) que la proportion d'enfants traités avec une TRO est la plus élevée. À l'opposé, les filles (19 %), les enfants du milieu urbain (20 %), ceux de la région Ouest (20 %) et ceux dont le ménage est classé dans le quintile le plus riche (24 %) sont ceux qui ont le moins fréquemment reçu une TRO quand ils avaient la diarrhée.

# ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

*Papa Mabèye DIOP et Jean Pierre Diamane BAHOUM*

## Principaux résultats

- L'allaitement est une pratique généralisée et qui se prolonge assez tard : à moins de six mois, 99 % des enfants sont allaités et, à 12-15 mois, cette proportion est de 94 %.
- La recommandation d'allaitement exclusif avant l'âge de 6 mois n'est pas bien suivie : seulement près de trois enfants de moins de six mois sur dix (33 %) sont exclusivement allaités.
- Au Sénégal, 19 % des enfants de moins de cinq ans souffrent de retard de croissance et 5 % souffrent de retard de croissance sévère.
- Six pour cent des enfants sont atteints de maigreur.
- Six enfants de 6-59 mois sur dix (60 %) sont atteints d'anémie : 26 % sous une forme légère, 32 % sous une forme modérée et 2 % sont atteints d'anémie sévère. En 2012-2013, 71 % des enfants étaient anémiques.

Ce chapitre présente les résultats concernant les pratiques alimentaires et l'état nutritionnel des enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête. Les pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément constituent la première partie du chapitre. La deuxième partie est consacrée aux résultats des mesures anthropométriques (poids et taille) à partir desquelles a été évalué leur état nutritionnel. Enfin, la dernière partie, traite de la prévalence de l'anémie chez les enfants.

## 7.1 ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

Les pratiques d'alimentation et, en particulier, le recours à l'allaitement, constituent les facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui, à son tour, affecte la morbidité et la mortalité de ces enfants.

Au cours de l'EDS-Continue, les enquêtrices ont demandé aux mères si elles avaient allaité leurs enfants nés dans les deux années ayant précédé l'enquête et, plus précisément, quel âge avaient ces enfants au moment où elles avaient commencé à allaiter, pendant combien de temps elles les avaient allaités, quelle était la fréquence de l'allaitement, à quel âge avaient été introduits des aliments de complément et de quel type d'aliments il s'agissait, et enfin à quelle fréquence les différents types d'aliments étaient donnés à l'enfant. On a également demandé aux mères si elles avaient utilisé le biberon.

Les résultats du Tableau 7.1 montrent que, dès la naissance, la quasi-totalité des enfants sont allaités et cette pratique se poursuit longtemps après la naissance puisqu'à 12-15 mois, 93 % des enfants sont toujours allaités et à 20-23 mois, 41 % le sont encore. Cependant, alors que l'OMS recommande que jusqu'à l'âge de six mois les enfants soient exclusivement allaités, on constate que l'allaitement exclusif n'est pas une pratique courante (Graphique 7.1). En effet, à moins de 2 mois, seulement 58 % des enfants ne reçoivent que le lait maternel et à 4-5 mois, cette proportion n'est plus que de 13 %. Dans l'ensemble, la proportion d'enfants âgés de moins de six mois exclusivement allaités s'élève à 33 %, tandis que 66 % des enfants reçoivent d'autres liquides ou solides en plus du lait maternel, principalement de l'eau (41 %). Par contre, entre 6 et 9 mois, âge à partir duquel tous les enfants devraient déjà recevoir des aliments de complément en plus du lait maternel, seulement deux enfants sur trois sont nourris de cette façon (67 %).

**Tableau 7.1 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant**

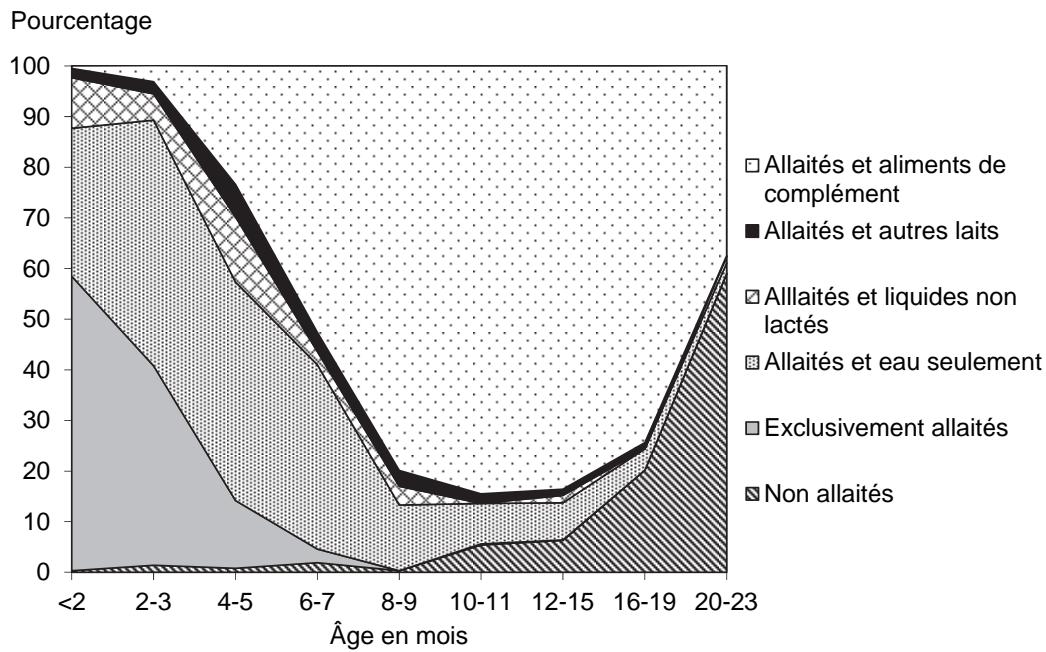
Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère par type d'allaitement et pourcentage actuellement allaités ; pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de deux ans utilisant un biberon, selon l'âge de l'enfant en mois, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Âge en mois	Non allaités	Allaitement et consommant :					Pourcen-tage actuelle-ment allaités	Effectif des derniers-nés de moins de deux ans	Pourcen-tage utilisant un biberon	Nombre d'enfants
		Exclusive-ment allaités	Allaités et eau seule-ment	Allaités et liquides non lactés <sup>1</sup>	Allaités et autres laits	Allaités et aliments de complé-ment				
<2	0,3	58,2	29,2	10,0	1,8	0,5	100,0	99,7	145	5,2
2-3	1,4	39,4	48,5	5,2	2,4	3,2	100,0	98,6	177	1,6
4-5	0,8	13,4	43,1	12,9	6,4	23,4	100,0	99,2	244	11,3
6-7	1,9	2,7	36,4	2,6	3,8	52,6	100,0	98,1	192	3,8
8-9	0,3	0,0	13,0	3,7	3,1	79,9	100,0	99,7	216	3,1
10-11	5,4	0,2	8,0	0,0	1,9	84,5	100,0	94,6	164	5,2
12-15	6,3	0,1	7,3	1,5	1,2	83,6	100,0	93,7	360	0,5
16-19	20,2	0,0	4,2	0,0	1,2	74,4	100,0	79,8	432	2,5
20-23	59,0	0,0	2,1	1,3	0,1	37,6	100,0	41,0	332	0,1
< 6	0,9	33,0	41,2	9,7	4,0	11,2	100,0	99,1	567	6,7
6-9	1,1	1,3	24,0	3,2	3,4	67,1	100,0	98,9	408	3,4
										413

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

<sup>1</sup> Les liquides non-lactés comprennent les jus, les boissons à base de jus, les bouillons et les autres liquides.

### Graphique 7.1 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant



EDS-Continuée, Sénégal 2014

L'allaitement exclusif au sein des nourrissons de moins de 6 mois reste une pratique peu généralisée (33 %). Cependant, on constate entre 1992 et 2011 une amélioration, la proportion d'enfants de moins de six mois exclusivement allaités étant passée de 5 % en 1992 à 39 % en 2011. Au-delà, cette proportion a légèrement diminué pour concerter, en 2014, 33 % des enfants de moins de six mois

Le Tableau 7.1 montre que l'utilisation du biberon chez les enfants est plutôt rare puisque seulement, 5 % de ceux de moins de 2 mois et 7 % de l'ensemble de ceux de moins de 6 mois avaient reçu quelque chose au biberon au cours des dernières 24 heures. Cependant, ce niveau a peu évolué par rapport

à l'EDS-Continu 2012-2013, où le pourcentage d'enfants de moins de 6 mois ayant pris des aliments au biberon au cours des 24 heures précédent l'enquête était également de 6 %.

## 7.2 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

La malnutrition protéino-énergétique chez les enfants désigne un ensemble de désordres caractérisés avant tout par un arrêt ou un retard de la croissance. Elle résulte à la fois des apports alimentaires inadéquats et de la morbidité. La malnutrition peut être évaluée par des critères cliniques, des analyses biochimiques ou des mesures anthropométriques.

### 7.2.1 Méthodologie

L'évaluation de l'état nutritionnel des enfants est basée sur le concept selon lequel, dans une population bien nourrie, les répartitions des mensurations des enfants, pour un âge donné, se rapprochent d'une distribution normale. Il est, en outre, généralement admis, que le potentiel génétique de croissance des enfants, pour un âge donné, est le même dans la plupart des populations, indépendamment de leur origine.

Dans ce rapport, l'état nutritionnel des enfants est évalué sur la base de mesures anthropométriques. Les mesures du poids et de la taille ont été enregistrées pour les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête. Ces données sur le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge). Ces indices sont exprimés en termes de nombre d'unités d'écart type par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les enfants qui se situent à moins de deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence, sont considérés comme mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts type en dessous de la médiane sont considérés comme étant sévèrement mal nourris. Le Tableau 7.2 présente une classification de la malnutrition.

Tableau 7.2 Échelle pour l'interprétation des valeurs de prévalence de la malnutrition (-2 Z-score) dans une population, EDS-Continu, Sénégal 2014

Indicateurs	Situation de malnutrition			
	Acceptable	Mauvaise	Grave	Critique
Prévalence du retard de croissance (% d'enfants Z < -2)	<20	≥20 et <30	≥30 et <40	≥40
Prévalence de l'insuffisance pondérale (% d'enfants Z < -2)	<10	≥10 et <20	≥20 et <30	≥30
Prévalence de l'émaciation (% d'enfants Z < -2)	<5	≥5 et <10	≥10 et <15	≥15

### 7.2.2 Taille-pour-âge

Cet indice permet d'identifier le retard de croissance qui correspond à une inadéquation de la croissance en taille par rapport à l'âge. Il résulte d'une alimentation inadéquate pendant une longue durée ou d'une malnutrition chronique et/ou peut aussi être la conséquence d'épisodes répétés de maladies. On considère qu'après l'âge de deux ans, le retard de croissance staturale acquis dès les plus jeunes âges est difficilement rattrapable. La taille-pour-âge est révélatrice de la qualité de l'environnement et, d'une manière générale, du niveau de développement socio-économique d'une population. Le retard de croissance est défini comme une taille-pour-âge inférieure à 2 écarts-type de la médiane des standard OMS ; -3 écarts-type correspond à un retard de croissance sévère. Le Tableau 7.3 présente les pourcentages d'enfants accusant un retard de croissance ou souffrant de malnutrition chronique.

Au Sénégal, 19 % des enfants accusent un retard de croissance : un enfant sur vingt (5 %) souffre de retard de croissance sévère. Selon la classification de l'OMS, cette situation peut être qualifiée d'acceptable. Cependant, cette situation masque des disparités importantes en fonction des variables

sociodémographiques. Tout d'abord, selon l'âge, on note des variations importantes de la prévalence du retard de croissance, qu'elle soit modérée ou sévère. La proportion d'enfants accusant un retard de croissance augmente avec l'âge : de 8 % à moins de 6 mois, la prévalence du retard de croissance augmente pour atteindre un pic de 25 % à 24-35 mois, pour diminuer ensuite : cependant dans le groupe d'âges 48-59 mois, 17 % des enfants sont affectés par cette forme de malnutrition. On constate ensuite que les garçons sont légèrement plus touchés que les filles par le retard de croissance (20 % contre 17 %). Les résultats selon l'intervalle intergénésique montrent que les enfants dont l'espacement avec la naissance précédente est d'au moins 48 mois présentent moins fréquemment un retard de croissance que ceux dont l'intervalle intergénésique est plus court (13 % contre 20 % pour un intervalle de moins de 24 mois ou de 24-47 mois). Le retard de croissance affecte davantage les enfants considérés par la mère comme très petits et petits à la naissance que ceux qui étaient moyens ou plus gros que la moyenne (respectivement 25 % et 22 % contre 16 %).

Par ailleurs, la proportion d'enfants présentant un retard de croissance est nettement plus élevée en milieu rural qu'urbain (23 % contre 12 %) et dans les régions, elle varie d'un maximum de 30 % dans le Sud à 13 % dans l'Ouest.

Les résultats selon le niveau d'instruction de la mère montrent que le niveau du retard de croissance a tendance à diminuer avec l'élévation du niveau d'instruction, variant de 21 % parmi les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction à 10 % parmi ceux dont elle a le niveau moyen/secondaire ou plus. Enfin, on constate que la prévalence du retard de croissance diminue des ménages du quintile le plus pauvre au plus riche et que dans les ménages les plus pauvres, la proportion d'enfants atteints de retard de croissance est environ trois fois plus élevée que dans les ménages classés dans le quintile le plus riche (29 % contre 8 %).

Tableau 7.3. État nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EHS-Continu, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-Âge <sup>1</sup>			Poids-pour-Taille			Poids-pour-Âge			
	Pourcentage en dessous de -3 ET <sup>2</sup>	Pourcentage en dessous de -2 ET <sup>2</sup>	Score centré réduit moyen (ET)	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage au-dessus de +2 ET <sup>2</sup>	Score centré réduit moyen (ET)	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage au-dessus de +2 ET <sup>2</sup>	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants
<b>Age en mois</b>										
<6	2,5	8,0	(0,4)	0,8	4,2	4,2	(0,0)	2,4	7,5	1,9
6-9	4,4	9,0	(0,6)	0,5	3,2	4,7	(0,1)	1,2	7,2	2,3
10-11	2,6	12,3	(0,6)	0,3	4,5	0,8	(0,3)	2,6	9,3	0,0
12-23	5,1	21,9	(1,1)	0,6	6,4	0,8	(0,4)	1,9	11,9	0,6
24-35	6,2	24,9	(1,2)	0,4	4,1	0,7	(0,4)	2,0	13,3	0,1
36-47	6,4	20,4	(1,1)	0,5	5,3	0,6	(0,5)	2,7	13,7	0,1
48-59	5,0	16,5	(0,9)	1,4	9,5	0,4	(0,8)	2,5	16,0	0,3
<b>Sexe</b>										
Masculin	6,0	20,3	(1,0)	0,7	6,2	1,7	(0,5)	2,3	13,5	0,6
Féminin	4,3	17,0	(0,9)	0,8	5,5	0,8	(0,4)	2,1	11,6	0,4
<b>Intervalle intergénésique en mois<sup>3</sup></b>										
Première naissance <sup>4</sup>	5,2	18,9	(0,9)	0,5	5,8	1,5	(0,4)	1,5	11,1	0,3
<24	6,7	20,4	(1,1)	1,1	5,1	1,8	(0,4)	2,0	13,6	0,8
24-47	5,8	19,9	(1,0)	0,8	6,5	1,1	(0,5)	2,9	13,8	0,6
48+	2,5	13,4	(0,7)	0,7	5,3	1,3	(0,4)	1,5	9,7	0,5
<b>Grosesse à la naissance<sup>5</sup></b>										
Très petit	7,5	25,2	(1,2)	2,1	10,6	0,8	(0,7)	4,5	19,7	0,1
Petit	4,3	22,3	(1,1)	0,7	8,9	0,8	(0,7)	2,0	15,0	0,3
Moyen ou plus gros que la moyenne	4,7	15,9	(0,8)	0,4	3,9	1,6	(0,3)	1,6	9,8	0,7
<b>Interviewée</b>										
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	5,2	18,7	(0,9)	0,8	5,9	1,3	(0,4)	2,2	12,5	0,5
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage <sup>6</sup>	5,0	21,2	(1,1)	0,5	5,9	0,6	(0,4)	2,0	17,3	0,5
4,3	18,0	(0,8)	0,3	5,0	0,7	(0,6)	1,9	1,9	11,0	0,6
<b>Résidence</b>										
Urban	3,5	12,4	(0,7)	0,8	4,5	1,2	(0,4)	0,9	8,3	0,6
Rural	6,3	23,2	(1,1)	0,7	6,8	1,3	(0,5)	3,1	15,6	0,5
<b>Grande région</b>										
Nord	3,3	14,0	(0,7)	1,1	9,6	1,1	(0,7)	2,4	14,3	0,7
Ouest	3,9	12,7	(0,8)	0,3	2,8	1,0	(0,3)	0,6	6,8	0,6
Centre	5,3	21,7	(1,1)	0,7	6,4	1,1	(0,5)	2,9	14,8	0,3
Sud	9,4	30,1	(1,3)	1,0	6,0	2,1	(0,3)	3,8	17,0	0,5
<b>Niveau d'instruction de la mère<sup>6</sup></b>										
Pas d'instruction	6,0	21,2	(1,1)	0,8	6,7	1,3	(0,5)	2,7	14,6	0,5
Primaire	4,3	15,8	(0,8)	0,9	4,6	1,0	(0,4)	1,6	10,4	0,2
Moyen/secondaire ou plus	2,3	9,8	(0,6)	0,4	3,8	1,8	(0,2)	0,5	5,5	1,1
<b>Quintiles de bien-être économique</b>										
Le plus pauvre	8,5	28,8	(1,3)	0,7	8,2	0,9	(0,6)	4,0	19,2	0,4
Second	5,6	21,7	(1,1)	0,6	6,7	0,9	(0,5)	2,7	14,7	0,5
Moyen	4,3	15,5	(0,9)	0,9	6,3	1,9	(0,4)	1,8	11,1	0,6
Quatrième	4,0	13,4	(0,8)	1,0	3,4	1,5	(0,4)	1,1	8,6	0,7
Le plus riche	1,6	8,4	(0,5)	0,5	3,3	1,0	(0,3)	0,4	5,3	0,5
Ensemble <sup>7</sup>	5,2	18,7	(0,9)	0,7	5,9	1,2	(0,4)	2,2	12,6	0,5

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Chaque indice est exprimé en termes d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les indices présentés dans ce tableau ne sont PAS comparables à ceux basés sur les normes NCHS/CDC/OMS de 1977 utilisées précédemment. Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance sont valides.

<sup>1</sup> Les enfants de moins de 2 ans sont mesurés position allongée alors que les autres enfants sont mesurés en position debout.

<sup>2</sup> Y compris les enfants dont la mère n'a pas été interviewée.

<sup>3</sup> Non compris les enfants dont la mère n'a pas été interviewée.

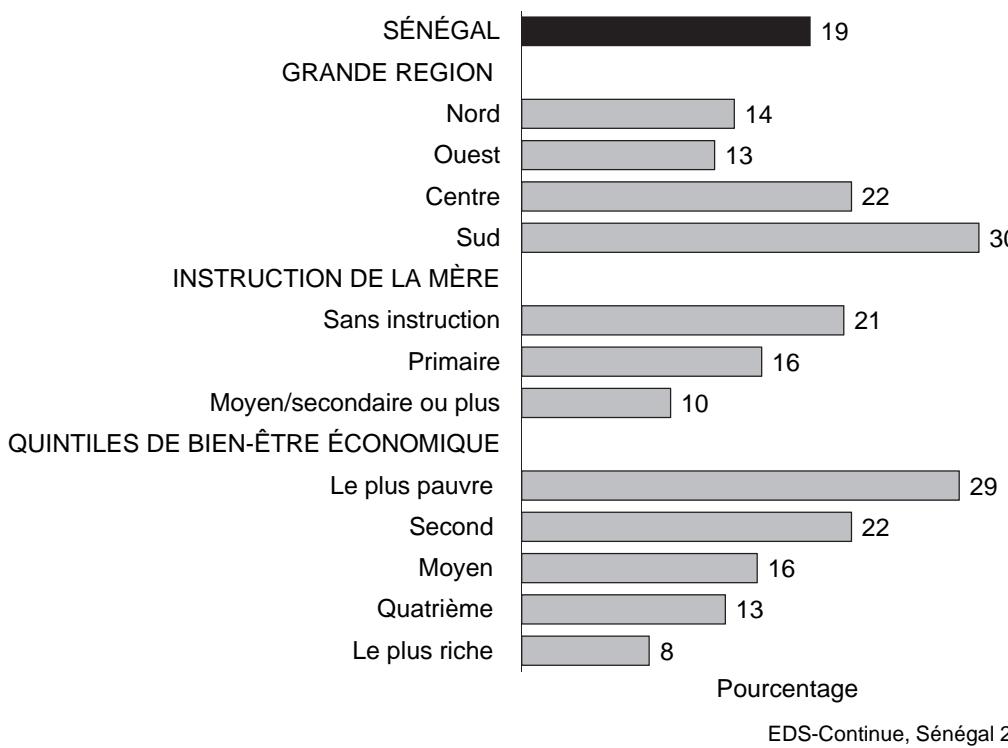
<sup>4</sup> Les premières naissances multiples (jumeaux, triplés, etc.) sont comptées comme première naissance parce qu'elles n'ont pas d'intervalle avec la naissance précédente.

<sup>5</sup> Y compris les enfants dont la mère est décédée.

<sup>6</sup> Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, l'information provient du questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le questionnaire Ménage.

<sup>7</sup> Y compris 4 enfants dont le poids à la naissance est manquant.

**Graphique 7.2 Prévalence du retard de croissance**



EDS-Continue, Sénégal 2014

### 7.2.3 Poids-pour-taille

Au Tableau 7.3, figurent également les résultats concernant les proportions d'enfants atteints de maigreur, évaluées par l'indice poids-pour-taille. Les enfants dont le poids-pour-taille se situent en dessous de moins deux écarts-types de la médiane de la population de référence, sont considérés comme étant atteints de maigreur ou d'émaciation, ceux se situant en dessous de moins trois écarts-type sont considérés comme souffrant maigreur sévère (OMS et UNICEF 2009). L'émaciation reflète une malnutrition aigüe.

Dans l'ensemble, la malnutrition aigüe globale est élevée ; plus d'un enfant sur vingt (6 %) est atteint de maigreur sous forme modérée ou sévère : moins de 1 % sont atteints d'émaciation sous forme sévère. Si l'on considère l'âge, ce sont les enfants âgés de 48-59 mois qui souffrent le plus fréquemment d'émaciation (10 %).

La malnutrition aigüe touche un peu plus fréquemment le milieu rural que le milieu urbain (7 % contre 5 %) et elle varie fortement en fonction des régions. Elle est beaucoup plus élevée au Nord (10 %), au Sud et au Centre (6 % dans les deux cas) qu'à l'Ouest (3 %). La prévalence de l'émaciation chez les enfants est également plus élevée lorsque la mère est sans instruction (7 %) que lorsqu'elle a un niveau primaire (5 %) et surtout moyen/secondaire ou plus (4 %). La prévalence de l'émaciation est aussi liée au niveau de bien-être du ménage : plus le niveau de bien-être augmente, plus la prévalence de l'émaciation est faible. Elle est de 8 % chez les enfants des ménages du quintile le plus pauvre contre 3 % chez les enfants des ménages du quintile le plus riche.

### 7.2.4 Surpoids et obésité

L'indice poids-pour-taille supérieur à plus de 2 écarts-types définit le surpoids. Globalement, 1 % des enfants de moins de cinq ans sont atteints de surpoids (Tableau 7.3). La prévalence du surpoids est élevée chez les nourrissons de moins de neuf mois (5 %) et elle baisse très rapidement avec l'âge. Le surpoids est aussi plus fréquent chez les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus (2 %) que chez ceux de mères moins instruites (1 %). Au niveau des régions, la zone Sud enregistre la proportion la plus élevée (2 %).

### **7.2.5 Poids-pour-âge**

Le Tableau 7.3 présente également l'état nutritionnel des enfants au moyen de l'indice poids-pour-âge. Il s'agit d'un indice combiné, un faible poids-pour-âge pouvant être provoqué par la maigreur comme par le retard de croissance. Cet indice est celui qui est le plus souvent utilisé par les services de santé pour suivre les progrès nutritionnels et la croissance des enfants. Les enfants dont le poids pour-âge se situe en dessous de moins deux écarts-types de la médiane de la population de référence sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale ; ceux se situant en dessous de moins trois écarts-types sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale sévère.

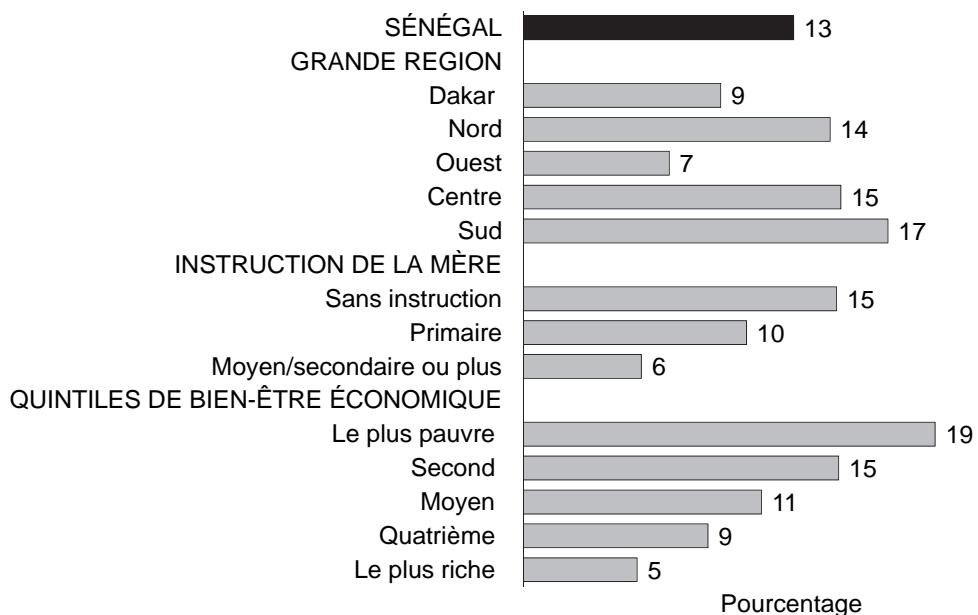
L'insuffisance pondérale est un indicateur composite qui reflète en même temps une malnutrition chronique et une malnutrition aigüe. Plus d'un enfant sur dix (13 % contre 16 % en 2012-2013) souffrent d'insuffisance pondérale : 2 % souffrent d'insuffisance pondérale sévère (contre 3 % en 2012-2013).

Les écarts de prévalence de l'insuffisance pondérale en fonction des caractéristiques sociodémographiques sont importants. Cette forme de malnutrition survient très tôt (8 % à moins de six mois) et augmente avec l'âge pour toucher près d'un enfant de 10-11 mois sur dix (9 %) et près d'un enfant de 48-59 mois sur six (16 %).

Elle est légèrement plus élevée chez les garçons (14 %) que chez les filles (12 %). Les enfants dont l'intervalle intergénésique est inférieur à 48 mois présentent plus fréquemment que les autres une insuffisance pondérale (14 % contre 10 % quand l'intervalle est supérieur à 48 mois). L'insuffisance pondérale est plus élevée parmi les enfants très petits à la naissance (20 % contre 10 % lorsque l'enfant est moyen ou plus gros que la moyenne à la naissance). En milieu rural, 16 % des enfants sont atteints de cette forme de malnutrition contre 8 % en milieu urbain. La prévalence de l'insuffisance pondérale est plus élevée dans les régions Sud (17 %), Centre et Nord (respectivement 15 % et 14 %) que dans la région Ouest (7 %) (Graphique 7.3).

Comme pour le retard de croissance, le niveau d'instruction de la mère est l'une des variables les plus discriminantes : 6 % des enfants dont la mère a un niveau d'instruction moyen/secondeaire ou plus présentent une insuffisance pondérale contre 10 % parmi ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire et 15 % parmi ceux dont la mère n'a aucune instruction (Graphique 7.3). Enfin, la prévalence de l'insuffisance pondérale baisse avec l'augmentation du niveau de bien-être des ménages ; dans les ménages du quintile le plus riche, 6 % des enfants présentent une insuffisance pondérale contre 19 % des enfants des ménages du quintile le plus pauvre.

**Graphique 7.3 Prévalence de l'insuffisance pondérale**



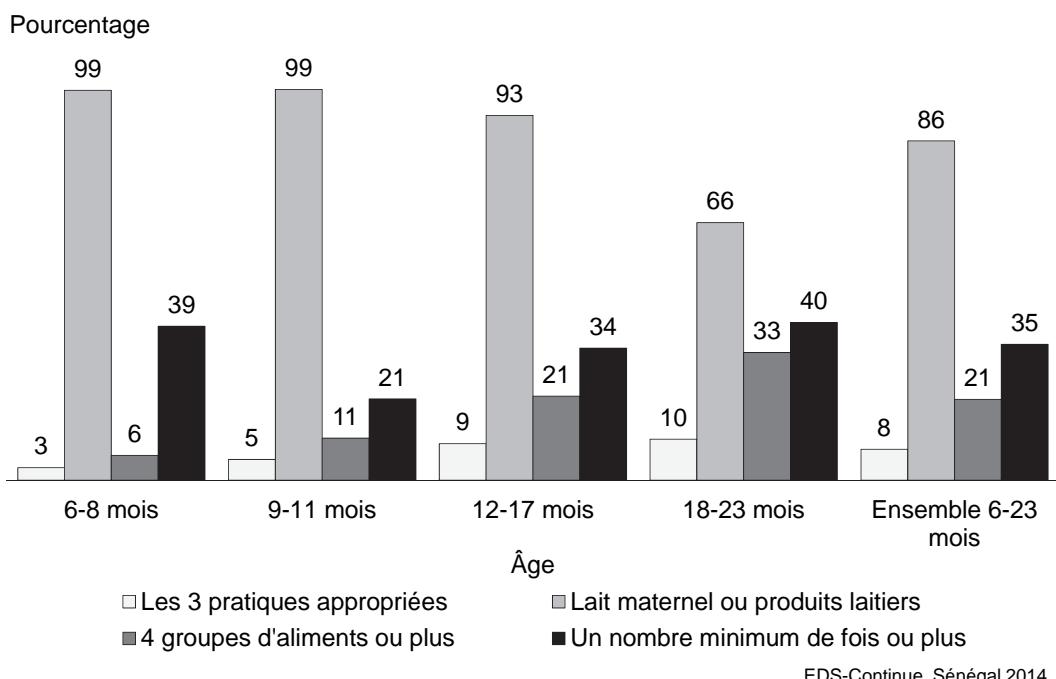
EDS-Continue, Sénégal 2014

### 7.3 PRATIQUES ALIMENTAIRES DES NOURRISSONS ET DES JEUNES ENFANTS

On considère que les enfants nourris de manière optimale sont ceux qui ont consommé certains groupes d'aliments déterminés un certain nombre de fois. Les critères sont différents selon l'âge de l'enfant et selon que l'enfant est allaité ou non. Le Graphique 7.4 présente les proportions d'enfants derniers-nés de 6-23 mois vivant avec leur mère selon les pratiques alimentaires appropriées du nourrisson et du jeune enfant.

Dans l'ensemble, parmi les enfants de 6-23 mois, allaités ou non, 86 % ont reçu, au cours des dernières 24 heures, le lait maternel ou des produits laitiers au moins deux fois par jour. Cependant, seulement 21 % de ces enfants ont reçu une alimentation diversifiée, c'est-à-dire qu'ils ont consommé quatre groupes d'aliments recommandés en fonction de leur âge et du fait qu'ils étaient ou non allaités et 35 % ont été nourris le nombre de fois approprié selon leur groupe d'âges. Globalement, seulement 8 % de l'ensemble des enfants de 6-23 mois ont été nourris de manière appropriée, c'est-à-dire en suivant les pratiques d'alimentation optimales du nourrisson et du jeune enfant.

#### Graphique 7.4 Pratiques alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants



#### 7.4 PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE CHEZ LES ENFANTS

Le Tableau 7.4 indique que six enfants de 6-59 mois sur dix (60 %) sont atteints d'anémie : 26 % sous une forme légère, 32 % sous une forme modérée et 2 % sont atteints d'anémie sévère.

Selon l'âge, c'est entre 12 et 23 mois que les enfants sont les plus touchés par l'anémie (76 %). La prévalence de l'anémie augmente avec l'âge de l'enfant de 68 % à 6-9 mois à 76 % à 12-23 mois (76 %) pour diminuer ensuite et se situer à 43 % à 48-59 mois. Les résultats font apparaître des différences entre les sexes (62 % chez les garçons et 59 % chez les filles), entre les milieux de résidence (55 % en milieu urbain et 64 % en milieu rural) et selon la région (47 % au Nord, 60 % à l'Ouest, 63 % au Sud et 68 % au Centre). Selon le niveau d'instruction, la proportion d'enfants atteints d'anémie est de 62 % quand la mère n'a aucune instruction contre 55 % quand elle a un niveau primaire et 62 % quand elle a un niveau moyen/secondeaire ou plus.

##### Tendance

La prévalence de l'anémie (60 %) a baissé par rapport à l'EDS-Continue 2012-2013 où elle était estimée à 71 %. Cette baisse concerne toutes les formes d'anémie : 2 % contre 4 % pour l'anémie sévère, 32 % contre 42 % pour l'anémie modérée et 26 % contre 25 % pour l'anémie légère.

**Tableau 7.4 Prévalence de l'anémie chez les enfants**

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois considérés comme étant atteints d'anémie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Anémie selon le niveau d'hémoglobine				
	Anémie (<11,0 g/dl)	Anémie légère (10,0-10,9 g/dl)	Anémie modérée (7,0-9,9 g/dl)	Anémie sévère (<7,0 g/dl)	Effectif d'enfants
<b>Âge en mois</b>					
6-9	67,6	35,4	31,1	1,1	373
10-11	72,0	30,4	41,0	0,6	167
12-23	76,4	25,9	48,5	2,1	1 234
24-35	65,1	27,1	34,7	3,3	1 285
36-47	52,0	25,3	25,1	1,6	1 157
48-59	43,2	23,4	18,5	1,4	1 249
<b>Sexe</b>					
Masculin	61,8	26,1	33,4	2,3	2 819
Féminin	58,7	26,4	30,6	1,7	2 645
<b>Interview de la mère</b>					
Interviewée	60,6	26,3	32,4	2,0	4 851
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	55,2	21,7	30,2	3,3	181
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage <sup>1</sup>	58,4	28,2	28,5	1,7	431
<b>Résidence</b>					
Urbain	55,3	27,1	27,4	0,7	2 264
Rural	63,8	25,7	35,3	2,9	3 200
<b>Grande région</b>					
Nord	46,6	22,2	22,6	1,7	1 122
Ouest	60,2	29,1	30,2	0,8	1 715
Centre	67,8	26,0	38,7	3,1	1 670
Sud	63,3	26,3	34,6	2,4	957
<b>Niveau d'instruction de la mère<sup>2</sup></b>					
Pas d'instruction	61,8	25,9	33,5	2,4	3 387
Primaire	55,0	24,5	29,1	1,4	1 066
Moyen/secondeaire ou plus	62,2	30,3	31,4	0,5	578
<b>Quintiles de bien-être économique</b>					
Le plus pauvre	68,8	24,1	40,6	4,1	1 368
Second	63,9	27,2	34,5	2,2	1 210
Moyen	55,0	26,6	26,9	1,4	1 079
Quatrième	50,6	26,9	23,0	0,8	980
Le plus riche	59,0	27,2	31,5	0,3	827
Ensemble <sup>3</sup>	60,3	26,3	32,0	2,0	5 464

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. La prévalence de l'anémie, basée sur le niveau d'hémoglobine, est ajustée en fonction de l'altitude en utilisant les formules du CDC, 1998. Hémoglobine en grammes par décilitre (g/dl).

<sup>1</sup> Y compris les enfants dont la mère est décédée.

<sup>2</sup> Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage.

<sup>3</sup> Y compris 5 enfants non-pondérés dont le niveau d'instruction de la mère est manquant.

*Moussa DIAKHATÉ et Magatte NDIAYE<sup>1</sup>*

### Principaux résultats

- Plus de huit ménages sur dix, soit 82 %, possèdent au moins une moustiquaire, 74 % possèdent au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) et 70 % une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA). La grande majorité des moustiquaires possédées par les ménages sont donc des MIILDA.
- Dans l'ensemble, 9 % des ménages ont déclaré que les murs internes de leur logement ont été pulvérisés d'insecticide dans les 12 mois précédant l'enquête.
- Dans l'ensemble, 40 % des membres des ménages ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview ; cette proportion est de 52 % dans les ménages disposant d'au moins une MII. Pour les enfants de moins de cinq ans ces proportions sont respectivement de 43 % et 54% et pour les femmes enceintes, elles sont respectivement de 38 % et 52 %.
- Environ neuf femmes enceintes sur dix (89 %) ont pris des antipaludéens à titre préventif au cours de leur dernière grossesse, mais seulement 40 % ont reçu au moins deux doses ou plus de SP/Fansidar dont, au moins une, pendant une visite prénatale, tel que recommandé dans le cadre du Traitement Préventif Intermittent (TPIg).
- Parmi les 11 % d'enfants de moins de cinq ans qui avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, des conseils ou un traitement ont été recherchés pour 56 % d'entre eux.
- Seulement 1 % des enfants de 6-59 mois ont été testés positifs au diagnostic microscopique du paludisme (goutte épaisse).

**L**e paludisme est dû à un parasite, le plasmodium, transmis par des moustiques qui en sont porteurs. Les populations les plus vulnérables au paludisme sont les enfants de moins de cinq ans ainsi que les femmes enceintes. C'est en Afrique que le fardeau du paludisme demeure le plus important. Cependant, dans son rapport 2010 sur le paludisme dans le monde, l'OMS a montré que dans 11 pays d'Afrique, le nombre de cas confirmés de paludisme, d'hospitalisation et de décès dus à cette maladie a diminué de plus de 50 % au cours de la décennie écoulée. Cette baisse considérable de la morbi-mortalité est la conséquence d'une action soutenue des stratégies de contrôle mise en place par les différents Programmes Nationaux de lutte contre le Paludisme pour atteindre les objectifs du Millénaire. Ces progrès importants ont été accomplis grâce à la distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticide, au développement des programmes de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent, au diagnostic par les tests de diagnostic rapide (TDR) et à une plus grande utilisation des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA).

Au Sénégal, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a inscrit dans sa planification stratégique la promotion de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) comme un axe d'intervention majeure pour la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme. Ce choix s'aligne sur les recommandations édictées par l'OMS et se justifie par la réduction prouvée de l'ordre de 18 % de la mortalité infantile entre 2000 et 2010 grâce à la prévention du paludisme

<sup>1</sup> Les auteurs tiennent à remercier l'équipe PMI de Dakar, Sénégal, d'avoir accepté de lire le chapitre sur le paludisme et pour leurs observations pertinentes.

(Roll Back Malaria, 2010). Ainsi, le PNLP s'est fixé pour objectif d'atteindre un taux d'utilisation de MII de 80 % en 2010. Afin de réaliser cet objectif, le PNLP et ses partenaires ont mis en œuvre des activités d'approvisionnement et de distribution de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILLDA). Cette distribution est effectuée au cours d'activités de routine par le biais des structures sanitaires et des organisations communautaires de base (vente subventionnée), mais aussi à travers des campagnes de distribution gratuite.

Depuis 2003 avec la propagation de la résistance à la chloroquine, le Sénégal a adopté la combinaison Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) plus Amodiaquine (AQ) pour le traitement du paludisme simple. Puis en 2006 selon les recommandations de l'OMS pour la prise en charge des cas confirmés de paludisme simple, le Sénégal a adopté une Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA). Pour la prise en charge du paludisme grave, la quinine est la molécule utilisée aussi bien chez l'enfant, l'adulte et la femme enceinte.

Les Tests de Diagnostic Rapide (TDR) qui ont fait l'objet d'étude de faisabilité et d'acceptabilité au niveau opérationnel en 2006 ont démontré leur caractère indispensable pour un bon diagnostic des cas de paludisme et une meilleure appréciation de la morbidité palustre dans le pays. C'est pourquoi, le PNLP a procédé dans le troisième trimestre de 2007 à la mise à l'échelle de cet outil de diagnostic dans les structures de santé en procédant d'abord à la formation des prestataires et ensuite à la dotation gratuite des TDR. La mise à l'échelle du TDR a été accompagnée par l'introduction d'un ordinogramme pour le diagnostic et la prise en charge des cas de paludisme simple. Cet ordinogramme exige l'utilisation des TDR avant l'administration d'un traitement antipaludique.

Les informations collectées dans le cadre de la deuxième année de l'EDS-Continuée du Sénégal (EDS-Continuée 2014) ont permis d'évaluer les interventions qui ont été menées au Sénégal dans le cadre de la lutte contre le paludisme, de mettre en lumière les progrès et les efforts accomplis pour le renforcement de la prise en charge du paludisme.

## 8.1 MOUSTIQUAIRES ET PULVÉRISATION INTRADOMICILIAIRE

La prévention du paludisme repose sur deux types de mesure : un ensemble de précautions visant à limiter les risques de piqûre des moustiques transmetteurs du parasite (*Plasmodium*) responsable du paludisme et la chimio prophylaxie palustre. Parmi les mesures limitant le contact entre l'Homme et le vecteur (moustique), la moustiquaire imprégnée d'insecticide et l'aspersion ou la pulvérisation intradomiciliaire (PID) d'insecticide sont parmi les moyens les plus efficaces.

L'approche stratégique choisie par le PNLP est celle de l'accès universel aux MILDA afin de garantir un meilleur taux de couverture et d'utilisation des MILDA, en particulier par les populations les plus vulnérables. La pulvérisation intradomiciliaire constitue aussi une des composantes de la stratégie de lutte contre le paludisme au Sénégal.

### 8.1.1 Possession de moustiquaires

Les données collectées au cours de l'EDS-Continuée 2014 ont permis d'évaluer les proportions de ménages disposant de moustiquaires, imprégnées ou non, de ceux disposant de MII et de ceux disposant d'une MILDA. Une MIILDA est une moustiquaire qui a été imprégnée d'insecticide industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Une MII est soit une MILDA, soit une moustiquaire préimprégnée obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

Le Tableau 8.1 présente le pourcentage de ménages disposant d'au moins une moustiquaire quelconque et le nombre moyen de moustiquaires par ménage. Les mêmes informations sont fournies pour la possession des MII, ainsi que des MILDA.

Tableau 8.1 Possession de moustiquaires par les ménages

Pourcentage de ménages qui possèdent au moins une moustiquaire (imprégnée ou non) ; pourcentage qui possède au moins une moustiquaire préimprégnée d'insecticide (MII) ; pourcentage qui possède une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MIILDA) et nombre moyen de moustiquaires, de MII et de MIILDA par ménages et pourcentage de ménages qui possèdent au moins une MII pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage, selon certaines caractéristiques, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristique	N'importe quel type de moustiquaire		Moustiquaire Préimprégnée d'Insecticide (MII) <sup>1</sup>		Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MIILDA)		Effectif de ménages	Pourcentage de ménages avec au moins une MII <sup>1</sup> pour deux personnes <sup>2</sup> qui ont passé la nuit dernière dans le ménage (Couverture universelle)	Effectif de ménages avec au moins une personne qui a passé la nuit dernière dans le ménage
	Pourcentage en ayant au moins une	Nombre moyen de moustiquaires par ménage	Pourcentage en ayant au moins une	Nombre moyen de MII <sup>1</sup> par ménage	Pourcentage en ayant au moins une	Nombre moyen de MIILDA par ménage			
<b>Résidence</b>									
Urbain	76,6	2,7	66,2	2,3	60,2	2,0	2 290	32,5	2 290
Rural	89,0	3,9	84,2	3,6	81,5	3,5	1 941	40,7	1 938
<b>Type de saison</b>									
Saison des pluies (septembre à janvier)	79,0	3,0	68,3	2,6	64,9	2,4	1 016	34,7	1 014
Saison sèche (février à août)	83,4	3,4	76,4	3,0	71,6	2,8	3 215	36,8	3 214
<b>Grande région</b>									
Nord	84,1	3,4	80,8	3,2	78,1	3,1	775	37,4	774
Ouest	75,6	2,9	61,9	2,3	55,6	2,0	1 787	32,0	1 787
Centre	85,3	3,5	81,8	3,3	79,9	3,2	945	33,6	943
Sud	93,0	3,7	88,9	3,5	83,9	3,3	724	49,2	723
<b>Profil épidémiologique palustre<sup>3</sup></b>									
Zone I	78,2	3,1	67,6	2,6	62,4	2,3	2 562	33,7	2 562
Zone II	85,3	3,5	81,8	3,3	79,9	3,2	945	33,6	943
Zone III	93,0	3,7	88,9	3,5	83,9	3,3	724	49,2	723
<b>Quintiles de bien-être économique</b>									
Le plus pauvre	86,9	3,6	82,8	3,3	79,5	3,2	745	33,8	745
Second	91,9	4,1	86,0	3,7	83,0	3,5	743	41,7	742
Moyen	88,5	3,6	81,4	3,3	76,9	3,0	783	41,4	782
Quatrième	80,3	2,9	70,9	2,4	64,8	2,2	949	35,8	949
Le plus riche	69,0	2,5	57,7	2,1	52,9	1,9	1 008	30,7	1 011
Ensemble	82,3	3,3	74,4	2,9	70,0	2,7	4 231	36,3	4 228

<sup>1</sup> Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est (1) une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire (MIILDA) ou (2) une moustiquaire préimprégnée obtenue il y a moins de 12 mois, ou (3) une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

<sup>2</sup> Membres de fait des ménages

<sup>3</sup> La Zone I correspond aux deux grandes régions du Nord et de l'Ouest (régions de Dakar, St-Louis, Thiès, Louga et Matam), la Zone II correspond à la grande région du Centre (régions de Diourbel, Kaolack, Fatick et Kaffrine) et la Zone III correspond à la grande région du Sud (régions de Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, Kédougou et Sédiou)

Ainsi, plus de huit ménages sur dix (82 % contre 76 % dans l'EDS-Continuée de 2012-2013), possèdent au moins une moustiquaire. La plupart des moustiquaires sont imprégnées : 74 % des ménages possèdent une moustiquaire de type MII, et 70 % possèdent une MIILDA. Dans l'EDS-Continuée de 2012-2013, ces proportions étaient respectivement de 73 % et 68 %. En moyenne, un ménage dispose de 2,9 MII. Cette moyenne est similaire à celle observée en 2012-2013. En effet, selon l'EDS-Continuée de 2012-2013, un ménage possédait, en moyenne, 2,8 MII. Les résultats montrent donc qu'au Sénégal, pratiquement toutes les moustiquaires sont des MIILDA.

La proportion de ménages disposant d'au moins une MII est plus élevée en milieu rural (84 %) qu'en milieu urbain (66 %). Les résultats selon le type de saison montrent que le pourcentage de ménages possédant au moins une MII était moins élevé durant la saison des pluies (septembre à janvier) qu'au cours de la saison sèche (février à août), soit 68 % contre 76 %. En outre, on observe des écarts de possession de MII entre les grandes régions ; les proportions les plus faibles sont observées dans l'Ouest (régions de Dakar et Thiès : 62 %). Viennent ensuite, le Nord (régions de Matam, Louga et St Louis : 81 %) et le Centre (régions de Kaolack, Diourbel, Fatick et Kaffrine : 82 %). La proportion la plus élevée est observée dans le Sud (régions de Tambacounda, Ziguinchor, Sédiou, Kolda et Kédougou : 89 %). On observe des variations similaires pour les MIILDA. Selon les zones de transmission, on constate que ce sont la **Zone II** qui correspond à la grande région du Centre (régions de Diourbel, Kaolack, Fatick et Kaffrine) et la **Zone III** qui correspond à la grande région du Sud (régions de Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, Kédougou et

Sédhiou) qui présentent les proportions les plus élevées de ménages disposant d'au moins une MII (respectivement 82 % et 89 %). Quant à la **Zone I** qui correspond aux deux grandes régions du Nord et de l'Ouest (régions de Dakar, St-Louis, Thiès, Louga et Matam), on constate que la proportion (68 %) est nettement inférieure à celles des deux autres zones.

On relève des écarts selon les quintiles de bien-être économique. La possession des moustiquaires, quel que soit le type, diminue avec l'amélioration du niveau économique des ménages. Les ménages des quintiles les plus élevés sont moins exposés aux moustiques ou peuvent se procurer d'autres moyens de protection tels que les insecticides ou les grillages ou rideaux aux portes et fenêtres.

Selon les recommandations de l'OMS, chaque ménage devrait posséder au moins, une moustiquaire imprégnée pour deux personnes dans le but d'atteindre une couverture universelle. Les résultats de l'enquête présentés au Tableau 8.1 indiquent que 36 % des ménages possédaient, au moins, une MII pour deux personnes qui avaient passé la nuit précédent l'interview dans le ménage. On constate donc que bien que les trois quarts des ménages possèdent au moins une MII, le niveau de la couverture universelle demeure insuffisant. La proportion de ménages possédant une MII pour deux personnes est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (41 % en rural contre 33 % en urbain). Par contre, cette proportion varie très peu selon le type de saison (37 % au cours de la saison sèche et 35 % pendant la saison des pluies). Par rapport aux grandes régions, on note que la proportion de ménages possédant une MII pour deux personnes varie d'un minimum de 32 % dans la région de l'Ouest à un maximum de 49 % dans la région du Sud. Selon le profil épidémiologique palustre, les résultats montrent que c'est dans la Zone III que la couverture universelle est la plus élevée (49 % contre 34 % dans les deux autres zones). Enfin, dans les ménages, la couverture universelle varie d'un minimum de 31 % parmi ceux classés dans le quintile de bien-être économique le plus élevé à 41-42 % dans ceux classés dans le quintile moyen.

### 8.1.2 Pulvérisation intradomiciliaire (PID)

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

- Un effet létal : les anophèles qui se trouvent à l'intérieur de la maison sont tués en se posant sur les murs.
- Un effet répulsif : la PID dissuade—cette fois avant la piqûre—les anophèles de rentrer dans un logement dont les murs ont été pulvérisés d'insecticide.

Par ailleurs, certains insecticides utilisés pour la PID réduisent fortement la présence d'autres insectes nuisibles comme les cafards et les mouches.

Au Sénégal, la pulvérisation intradomiciliaire est un des axes d'intervention stratégique de lutte contre le paludisme du PNLP. Cependant, dans l'ensemble, seulement 9 % des ménages enquêtés ont déclaré que les murs internes de leur logement avaient été pulvérisés dans les 12 mois précédent l'enquête. En outre, ce pourcentage a baissé par rapport à l'EDS-Continue de 2012-2013 au cours de laquelle elle était de 12 %.

L'analyse différentielle de la PID selon certaines caractéristiques des ménages permet de constater que les murs des logements du milieu rural ont été plus fréquemment pulvérisés d'insecticide que ceux du milieu urbain (13 % contre 5 %). Selon la période de collecte des données, on note que la PID est moins fréquente durant la première vague (septembre à janvier) que durant la deuxième vague (février à août) (respectivement 7 % et 9 %). Par grande région, on note que le Centre et le Sud viennent en tête avec respectivement 14 % et 15 %. Dans l'Ouest et le Nord, les proportions sont seulement de respectivement 5 % et de 4 %. Selon le profil épidémiologique palustre, on constate que c'est dans la Zone I que cette proportion est la plus faible (5 %) et dans les Zones II et III qu'elle est la plus élevée (respectivement 14 % et 15 %). Le pourcentage de ménages dont les murs du logement ont été pulvérisés d'insecticide varie

également selon le quintile de bien-être économique (15 % dans le quintile le plus pauvre et entre 5% et 7 % dans le deux quintiles le plus riches).

Le même tableau montre que les trois quarts des ménages sénégalais (76 %) ont, au moins, une MII et/ou ont bénéficié d'une PID au cours des 12 derniers mois.

**Tableau 8.2 Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide résiduel (PID) contre les moustiques**

Pourcentage de ménages ayant reçu la visite de quelqu'un qui a pulvérisé les murs intérieurs du logement contre les moustiques (PID) au cours des 12 derniers mois et pourcentage de ménages avec, au moins, une MII et/ou ayant bénéficié d'une PID au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristique	Pourcentage de ménages dont les murs intérieurs du logement ont été pulvérisés au cours des 12 derniers mois	Pourcentage de ménages avec, au moins, une MII <sup>1</sup> et/ou ayant bénéficié d'une PID au cours des 12 derniers mois	Effectif de ménages
<b>Résidence</b>			
Urbain	5,3	67,5	2 290
Rural	12,8	86,2	1 941
<b>Type de saison</b>			
Saison des pluies (Septembre à Janvier)	7,0	70,1	1 016
Saison sèche (février à août)	9,3	78,0	3 215
<b>Grande région</b>			
Nord	4,3	81,6	775
Ouest	5,2	63,4	1 787
Centre	14,2	84,9	945
Sud	15,2	89,9	724
<b>Profil épidémiologique palustre<sup>2</sup></b>			
Zone I	4,9	68,9	2 562
Zone II	14,2	84,9	945
Zone III	15,2	89,9	724
<b>Quintiles de bien-être économique</b>			
Le plus pauvre	15,0	86,0	745
Second	10,0	87,2	743
Moyen	8,7	81,7	783
Quatrième	4,6	71,6	949
Le plus riche	7,1	60,5	1 011
Ensemble	8,7	76,1	4 231

PID = Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide résiduel.

<sup>1</sup> Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est (1) une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement d'Insecticide par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire (MIILDA) ou (2) une moustiquaire préimprégnée obtenue il y a moins de 12 mois, ou (3) une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

<sup>2</sup> La Zone I correspond aux deux grandes régions du Nord et de l'Ouest (régions de Dakar, St-Louis, Thiès, Louga et Matam), la Zone II correspond à la grande région du Centre (régions de Diourbel, Kaolack, Fatick et Kaffrine) et la Zone III correspond à la grande région du Sud (régions de Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, Kédougou et Sédiou).

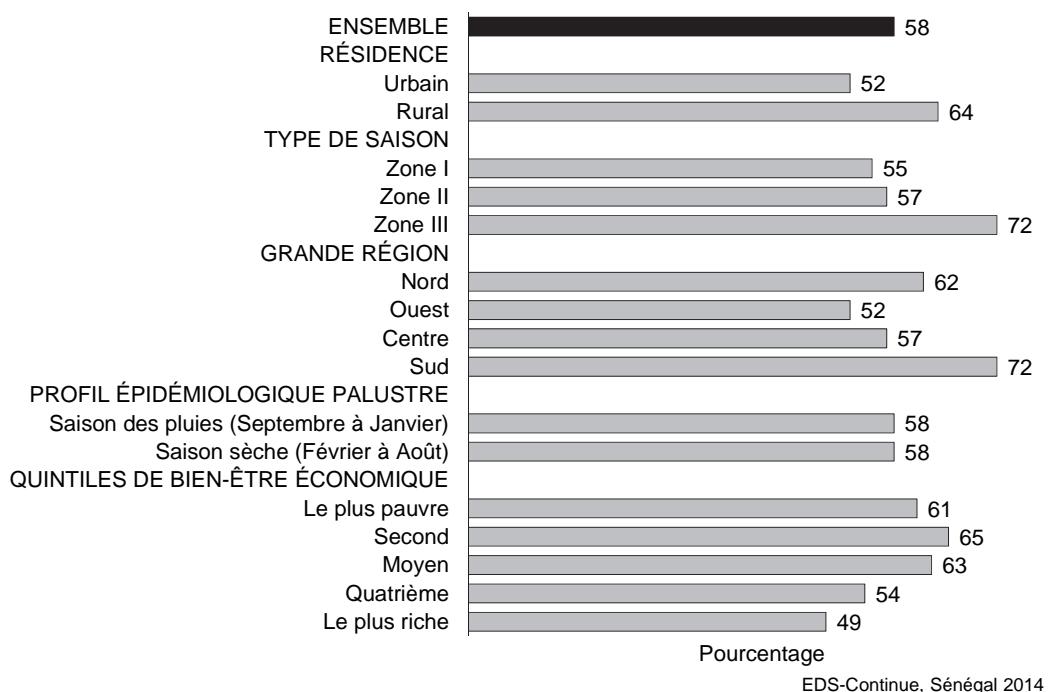
### 8.1.3 Accès aux moustiquaires

Le 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, est un indicateur important dans la lutte contre le paludisme. Comparé avec l'indicateur d'utilisation des MII, il permet de mieux comprendre les facteurs de la sous-utilisation des MII au sein des ménages afin de mieux orienter les programmes de lutte contre le paludisme.

Le Graphique 8.1 présente les niveaux d'accès aux MII de la population de fait des ménages. Selon ce graphique, au Sénégal, 58 % de la population de fait des ménages ont accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide ; ce qui veut dire que près de six personnes sur dix auraient pu dormir sous une MII si chaque MII du ménage était utilisée par deux personnes au maximum. On constate que ce

pourcentage est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (64 % contre 52 %). La grande région du Sud est celle qui présente le plus fort pourcentage d'accès au MII (72 %) ; le pourcentage le moins élevé est enregistré dans celle de l'Ouest (52 %). Enfin les ménages classés dans les trois premiers quintiles sont ceux qui ont les taux d'accès aux moustiquaires les plus forts alors que ceux des deux quintiles les plus élevés présentent les taux les plus faibles.

**Graphique 8.1 Pourcentage de la population de fait ayant accès à une MII dans le ménage**



#### 8.1.4 Utilisation des moustiquaires par la population des ménages

Le PNLP s'est fixé pour objectif l'utilisation de MII par 80 % de la population générale. Une attention particulière est toujours accordée aux groupes vulnérables que sont les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Pour évaluer le niveau d'utilisation des moustiquaires par les populations, au cours de l'enquête, on a demandé la liste de toutes les personnes qui avaient dormi sous chaque moustiquaire la nuit ayant précédé le passage de l'enquêteur. Les informations sur l'âge et sur l'état de grossesse pour les femmes, ont permis de déterminer la fréquence de l'utilisation des moustiquaires dans la population générale (tous âges et tous sexes confondus), et parmi les deux groupes vulnérables que sont les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Le Tableau 8.3 sur l'utilisation des moustiquaires par la population générale montre que 46 % des membres des ménages enquêtés ont dormi sous une moustiquaire quelconque la nuit précédent l'interview (dans l'EDS-Continue de 2012-2013, cette proportion était de 43 %). Ce niveau d'utilisation reste relativement faible comparativement à l'objectif fixé pour cet indicateur (80 %). Environ 40 % des membres des ménages ont déclaré avoir dormi sous une MII et 37 % sous une MIILDA (ces proportions étaient respectivement de 41 % et de 37 % dans l'EDS-Continue de 2012-2013). Les moustiquaires utilisées par les ménages sénégalais sont donc essentiellement des MIILDA. Globalement, 46 % des membres ont dormi la nuit précédent l'enquête sous une MII ou dans un logement dont les murs intérieurs ont été pulvérisés d'insecticide (PID) au cours des 12 derniers mois.

Tableau 8.3 Utilisation des moustiquaires par la population des ménages

Pourcentage de la population de fait des ménages qui, la nuit précédent l'interview, a dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non), sous une moustiquaire préimprégnée d'insecticide (MII), et sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MIILDA), ou dans un logement dont les murs intérieurs ont été pulvérisés d'insecticide (PID) au cours des 12 derniers mois et, parmi la population de fait des ménages avec, au moins, une MII, pourcentage qui a dormi sous une MII la nuit précédent l'interview, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continu, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Population des ménages					Population des ménages avec, au moins, une MII <sup>1</sup>	
	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire quelconque la nuit dernière	Pourcentage ayant dormi sous une MII <sup>1</sup> la nuit dernière	Pourcentage ayant dormi sous une MIILDA <sup>1</sup> la nuit dernière	Pourcentage ayant dormi sous une MII pulvérisée d'insecticide contre les moustiques au cours des 12 derniers mois	Effectif	Pourcentage ayant dormi sous une MII <sup>1</sup> la nuit dernière	Effectif
						ayant dormi sous une MII <sup>1</sup> la nuit dernière ou dans un logement dont les murs ont été pulvérisés d'insecticide contre les moustiques au cours des 12 derniers mois	
<b>Âge (en années)</b>							
<5	48,8	43,2	40,4	49,7	6 257	54,4	4 976
5-14	46,1	40,5	37,3	46,3	10 235	50,9	8 143
15-34	42,5	37,6	34,7	43,5	11 589	49,6	8 790
35-39	48,2	40,3	36,7	45,7	4 255	53,9	3 179
50+	49,4	43,5	40,2	48,7	4 474	55,3	3 522
<b>Sexe</b>							
Masculin	44,9	38,9	35,7	44,6	17 184	50,3	13 286
Féminin	47,1	41,7	38,7	47,6	19 637	53,4	15 331
<b>Résidence</b>							
Urbain	45,6	38,2	33,7	41,3	17 803	54,2	12 524
Rural	46,5	42,5	40,6	50,8	19 018	50,2	16 093
<b>Type de saison</b>							
Saison des pluies (septembre à janvier)	54,0	45,9	43,6	49,8	7 891	61,4	5 892
Saison sèche (février à août)	43,9	38,9	35,6	45,3	28 930	49,5	22 724
<b>Grande région</b>							
Nord	51,0	47,7	45,9	50,3	7 360	58,6	6 000
Ouest	42,6	33,0	28,1	36,1	13 784	48,8	9 319
Centre	40,5	37,3	36,2	48,6	9 526	45,4	7 822
Sud	56,6	53,0	49,3	60,5	6 151	59,6	5 476
<b>Profil épidémiologique palustre<sup>2</sup></b>							
Zone I	45,5	38,1	34,3	41,0	21 144	52,6	15 319
Zone II	40,5	37,3	36,2	48,6	9 526	45,4	7 822
Zone III	56,6	53,0	49,3	60,5	6 151	59,6	5 476
<b>Quintiles de bien-être économique</b>							
Le plus pauvre	40,2	36,8	35,0	47,5	7 283	43,8	6 119
Second	50,1	44,7	42,0	50,7	7 320	52,4	6 246
Moyen	54,3	48,8	45,0	53,2	7 330	59,4	6 031
Quatrième	48,4	40,2	36,1	42,9	7 353	54,2	5 453
Le plus riche	37,6	31,7	28,7	37,2	7 528	50,1	4 767
Ensemble	46,1	40,4	37,3	46,2	36 821	52,0	28 617

Note : L'ensemble comprend 10 personnes pour lesquelles l'information sur l'âge est manquante. PID = Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide résiduel

<sup>1</sup> Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est (1) une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire (MILDA) ou (2) une moustiquaire préimprégnée obtenue il y a moins de 12 mois, ou (3) une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

<sup>2</sup> Zone I correspond aux deux grandes régions du Nord et de l'Ouest (régions de Dakar, St-Louis, Thiès, Louga et Matam), Zone II correspond à la grande région du Centre (régions de Diourbel, Kaolack, Fatick et Kaffrine) et la Zone III correspond à la grande région du Sud (régions de Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, Kédougou et Sédiou)

La proportion de la population des ménages ayant dormi sous une MII varie de 38 % dans la tranche d'âges de 15 à 34 ans à 44 % chez les adultes de 50 ans et plus. Par ailleurs, les femmes (42 %) et les ménages du milieu rural (43 %) sont proportionnellement plus nombreux à avoir dormi sous une MII que les hommes (39 %) et les ménages du milieu urbain (38 %).

Les différences interrégionales sont assez significatives. C'est dans Le Sud où le taux d'utilisation d'une MII atteint 53 % que la proportion de ménages ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview est la plus élevée. Dans les trois autres grandes régions, le taux d'utilisation est de 37 % dans le Centre, 48 % dans le Nord et seulement 33 % dans l'Ouest. Les taux d'utilisation de la MII ont augmenté dans Le Sud et l'Ouest par rapport à l'année dernière.

Les résultats montrent aussi des écarts d'utilisation de la moustiquaire selon le type de saison pendant laquelle a été effectuée la collecte des données : 54 % des ménages ont utilisé une moustiquaire imprégnée ou non pendant la saison de pluies contre 44 % pendant la saison sèche. De même, le taux d'utilisation d'une MII et d'une MIILDA est plus élevé pendant la saison des pluies que pendant la saison sèche (44 % contre 36 % pour la MIILDA). En ce qui concerne le profil épidémiologique palustre, les résultats montrent clairement que les taux d'utilisation d'une moustiquaire sont plus élevés dans la zone III que dans les autres (49 % contre 34 % dans la zone I pour la MIILDA).

Les résultats selon les quintiles de bien-être économique montrent que les taux d'utilisation d'une moustiquaire, quelle qu'elle soit, sont nettement plus faibles dans les ménages classés dans le quintile le plus riche que dans les autres (29 % contre 45 % dans les ménages du quintile moyen pour l'utilisation d'une MIILDA).

Par ailleurs, le pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'interview ou dans un logement dont les murs ont été pulvérisés d'insecticide contre les moustiques au cours des 12 derniers mois est de 46 %. Les variations sont similaires à celles observées pour l'utilisation d'une MILDA.

### **8.1.5 Utilisation des moustiquaires par les groupes vulnérables**

Bien que le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale se soit fixé comme objectif de protéger toute la population par les MII, il accorde néanmoins une attention spéciale aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans. Ces deux groupes de population vulnérable font l'objet d'un suivi particulier.

*Utilisation des moustiquaires par les enfants de moins de cinq ans :* Le Tableau 8.4 présente la proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'interview, pour chaque type de moustiquaire et selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Il ressort de ce tableau que près d'un enfant sur deux (49 %) a dormi sous une moustiquaire quelconque la nuit ayant précédé l'interview. Cette proportion est similaire à celle observée l'année précédente (48 % selon l'EDS-Continue de 2012-2013). Environ 43 % des enfants ont dormi sous une MII et 40 % sous une MILDA (ces proportions étaient respectivement de 46 % et de 42 % selon l'EDS-Continue de 2012-2013). En outre, 50 % des enfants ont dormi sous une MII ou dans un logement dont les murs intérieurs ont été pulvérisés d'insecticide au cours des 12 derniers mois. Enfin, parmi les enfants vivant dans un ménage disposant, au moins, d'une MII, 54 % ont dormi sous ce type de moustiquaire la nuit précédant l'interview.

La proportion d'enfants ayant dormi sous une MII varie légèrement selon l'âge, d'un minimum de 41 % chez les plus âgés de 48-59 mois à 45 % dans le groupe d'âges 24-35 mois. Les différences liées au genre ne sont pas non plus importantes (44 % parmi les garçons contre 42 % parmi les filles). Selon le milieu de résidence, on note que l'utilisation d'une MII est légèrement plus fréquente en milieu rural (44 %) qu'en milieu urbain (42 %).

Par contre, on relève des variations notables selon la période de collecte ; en effet le niveau d'utilisation des MII par les enfants de moins de cinq ans est plus faible durant la première vague correspondant à la période de février à août (41 %) que durant la deuxième vague de septembre à janvier (53 %). Les taux d'utilisation des MII par les enfants varient aussi selon la région de résidence : plus d'un enfant sur deux dans les régions du Nord (53 %) et du Sud (54 %) ont dormi sous une moustiquaire contre 36 % dans la région Ouest et 38 % dans celle du Centre. Les écarts de niveau d'utilisation en fonction du profil épidémiologique palustre sont importants. En effet, le taux varie d'un minimum de 38 % dans la zone II à 43 % dans la zone I et à un maximum de 54 % dans la zone III.

**Tableau 8.4 Utilisation des moustiquaires par les enfants**

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui, la nuit précédant l'interview, a dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non), sous une moustiquaire préimprégnée d'insecticide (MII), et sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MIILDA), ou dans un logement dont les murs intérieurs ont été pulvérisés d'insecticide (PID) au cours des 12 derniers mois et, parmi les enfants de moins de cinq ans des ménages avec, au moins, une MII, pourcentage qui a dormi sous une MII la nuit précédant l'interview, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Enfants de moins de cinq ans dans tous les ménages					Enfants de moins de cinq ans dans les ménages avec, au moins, une MII <sup>1</sup>	
	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire quelconque la nuit dernière	Pourcentage ayant dormi sous une MII <sup>1</sup> la nuit dernière	Pourcentage ayant dormi sous une MIILDA <sup>1</sup> la nuit dernière	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire pulvérisée d'insecticide contre les moustiques au cours des 12 derniers mois	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MII <sup>1</sup> la nuit dernière	Effectif d'enfants
<b>Âge (en mois)</b>							
<12	48,3	43,9	40,0	51,2	1 207	55,8	950
12-23	49,6	43,7	41,9	49,0	1 276	55,0	1 012
24-35	49,6	45,0	41,5	51,7	1 310	57,0	1 034
36-47	48,6	42,9	40,6	49,7	1 181	52,0	975
48-59	48,0	40,6	37,7	46,8	1 283	51,8	1 005
<b>Sexe</b>							
Masculin	50,8	44,2	41,2	50,7	3 195	55,9	2 524
Féminin	46,8	42,2	39,5	48,6	3 062	52,7	2 453
<b>Résidence</b>							
Urbain	50,0	42,1	38,0	45,3	2 607	57,7	1 902
Rural	48,0	44,0	42,1	52,8	3 650	52,3	3 074
<b>Type de saison</b>							
Saison des pluies (septembre à janvier)	61,1	53,1	50,4	56,0	1 272	68,4	987
Saison sèche (février à août)	45,7	40,7	37,8	48,1	4 985	50,9	3 989
<b>Grande région</b>							
Nord	56,8	52,6	50,4	54,8	1 274	62,7	1 069
Ouest	45,8	36,2	31,8	39,1	1 980	52,0	1 379
Centre	41,3	37,9	36,8	49,9	1 901	46,2	1 561
Sud	58,1	54,1	50,2	62,5	1 102	61,7	967
<b>Profil épidémiologique palustre<sup>2</sup></b>							
Zone I	50,1	42,6	39,1	45,2	3 254	56,7	2 448
Zone II	41,3	37,9	36,8	49,9	1 901	46,2	1 561
Zone III	58,1	54,1	50,2	62,5	1 102	61,7	967
<b>Quintiles de bien-être économique</b>							
Le plus pauvre	41,9	37,8	36,4	49,4	1 552	45,3	1 294
Second	51,5	46,1	43,3	52,3	1 384	54,5	1 172
Moyen	60,0	54,1	50,4	58,4	1 234	64,3	1 039
Quatrième	51,0	44,3	39,6	46,9	1 104	56,1	871
Le plus riche	39,7	32,9	30,8	38,6	983	53,8	601
Ensemble	48,8	43,2	40,4	49,7	6 257	54,4	4 976

Note : Le tableau est basé sur les enfants ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage. PID = Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide résiduel.

<sup>1</sup> Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est (1) une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire (MIILDA) ou (2) une moustiquaire préimprégnée obtenue il y a moins de 12 mois, ou (3) une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

<sup>2</sup> La Zone I correspond aux deux grandes régions du Nord et de l'Ouest (régions de Dakar, St-Louis, Thiès, Louga et Matam), la Zone II correspond à la grande région du Centre (régions de Diourbel, Kaolack, Fatick et Kaffrine) et la Zone III correspond à la grande région du Sud (régions de Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, Kédougou et Sédiou).

Comme pour l'utilisation de moustiquaire par l'ensemble de la population , les résultats montrent que c'est dans les ménages du quintile moyen que l'on enregistre la proportion la plus élevée d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous une MII (54 %) et, à l'opposé, c'est dans les ménages du quintile le plus riche que l'on constate la proportion la plus faible (33 %).

**Utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes :** Le Tableau 8.5 présente les pourcentages de femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi la nuit ayant précédé l'interview sous une moustiquaire de chaque type. Plus de deux femmes enceintes sur cinq (45 %), ont dormi sous une moustiquaire quelconque; en ce qui concerne les MII, la proportion est de 38 % et enfin en ce qui concerne les MIILDA, elle est de 36 %. Dans l'EDS-Continue de 2012-2013, ces pourcentages étaient respectivement de 45 %, 43 % et 40 %. Par ailleurs, 45 % des femmes enceintes ont dormi sous une MII ou dans un logement dont les murs intérieurs

ont été pulvérisés d'insecticide au cours des 12 derniers mois. Parmi les femmes enceintes vivant dans un ménage disposant, au moins, d'une MII, 52 % ont dormi sous ce type de moustiquaire la nuit précédent l'interview.

**Tableau 8.5 Utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes**

Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans qui, la nuit précédent l'interview, a dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non), sous une moustiquaire préimprégnée d'insecticide (MII), et sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MIILDA), ou dans un logement dont les murs intérieurs ont été pulvérisés d'insecticide (PID) au cours des 12 derniers mois et, parmi les femmes enceintes de 15-49 ans des ménages avec, au moins, une MII, pourcentage qui a dormi sous une MII la nuit précédent l'interview, selon certaines caractéristiques, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristique	Femmes enceintes de 15-49 ans dans tous les ménages					Femmes enceintes de 15-49 ans dans les ménages avec, au moins, une MII <sup>1</sup>			
	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire quelconque la nuit dernière				Pourcentage ayant dormi sous une MII <sup>1</sup> la nuit dernière	Pourcentage ayant dormi sous une MIILDA <sup>1</sup> la nuit dernière	Pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit dernière ou dans un logement dont les murs intérieurs ont été pulvérisés d'insecticide contre les moustiques au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Pourcentage ayant dormi sous une MII <sup>1</sup> la nuit dernière
	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire quelconque la nuit dernière	Pourcentage ayant dormi sous une MII <sup>1</sup> la nuit dernière	Pourcentage ayant dormi sous une MIILDA <sup>1</sup> la nuit dernière	Pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit dernière ou dans un logement dont les murs intérieurs ont été pulvérisés d'insecticide contre les moustiques au cours des 12 derniers mois					
<b>Résidence</b>									
Urbain	44,1	32,2	30,6	37,4	283	52,5	174		
Rural	45,9	42,4	40,1	50,9	395	51,8	323		
<b>Type de saison</b>									
Saison des pluies (septembre à janvier)	69,5	54,1	49,9	61,4	151	77,0	106		
Saison sèche (février à août)	38,1	33,6	32,2	40,7	527	45,3	391		
<b>Grande région</b>									
Nord	42,2	35,4	34,2	41,6	136	43,7	110		
Ouest	41,9	28,1	28,1	31,2	214	50,9	118		
Centre	42,8	39,9	38,2	50,3	212	50,3	168		
Sud	58,6	56,4	49,5	66,2	117	65,4	101		
<b>Profil épidémiologique<sup>2</sup> palustre</b>									
Zone I	42,0	30,9	30,5	35,2	349	47,4	228		
Zone II	42,8	39,9	38,2	50,3	212	50,3	168		
Zone III	58,6	56,4	49,5	66,2	117	65,4	101		
<b>Niveau d'instruction</b>									
Pas d'instruction	44,6	41,8	40,0	48,5	433	52,0	347		
Primaire	40,3	30,2	27,1	33,2	153	46,6	99		
Moyen/secondeaire ou plus	55,6	34,5	33,0	50,0	92	62,9	51		
<b>Quintiles de bien-être économique</b>									
Le plus pauvre	41,2	37,7	35,3	47,8	187	47,2	149		
Second	47,8	44,2	40,5	53,7	115	53,7	95		
Moyen	52,7	49,2	46,0	51,4	138	55,8	122		
Quatrième	38,9	30,6	30,6	32,6	131	49,7	81		
Le plus riche	46,9	27,4	27,0	39,5	107	(58,1)	51		
Ensemble	45,1	38,1	36,1	45,3	678	52,1	497		

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Le tableau est basé sur les femmes ayant passé la nuit précédent l'interview dans le ménage. PID = Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide résiduel

<sup>1</sup> Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est (1) une moustiquaire qui a été imprégnée d'insecticide industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire (MIILDA) ou (2) une moustiquaire préimprégnée obtenue il y a moins de 12 mois, ou (3) une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

<sup>2</sup> La Zone I correspond aux deux grandes régions du Nord et de l'Ouest (régions de Dakar, St-Louis, Thiès, Louga et Matam), la Zone II correspond à la grande région du Centre (régions de Diourbel, Kaolack, Fatick et Kaffrine) et la Zone III correspond à la grande région du Sud (régions de Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, Kédougou et Sédiou).

Les pourcentages de femmes enceintes ayant utilisé une moustiquaire sont plus élevés en zone rurale qu'en zone urbaine. On relève des proportions de respectivement 42 % et 32 % pour les MII, et de 40 % et 31 % pour les MIILDA. Selon la période d'enquête, on remarque que le taux d'utilisation des MII est plus faible durant la première vague correspondant à la période de février à août (34 %) que durant la deuxième vague de septembre à janvier (54 %). Les femmes enceintes utilisent les MII dans des proportions différentes selon les grandes régions. Ainsi, l'enquête révèle que c'est le Sud (56 %) qui détient la proportion la plus élevée, suivie du Centre (40 %) et du Nord (35 %). Dans l'Ouest, le niveau est

nettement plus faible : 28 %. Selon le profil épidémiologique palustre, on remarque que les différences du niveau d'utilisation des MII sont aussi importantes : Zone III (56 %), Zone II (40 %) et Zone I (31 %). Des différences sont également observées dans l'utilisation des MII en fonction du niveau d'instruction. Le pourcentage de femmes enceintes utilisatrices de MII est plus élevé chez celles n'ayant pas d'instruction (42 %) que chez celles ayant un niveau moyen/secondeaire ou plus (35 %) et que chez celles ayant un niveau primaire (30 %). On constate aussi que c'est dans les ménages classés dans le quintile moyen que le pourcentage de femmes enceintes utilisatrices de MII est le plus important (49 % contre un minimum de 27 % dans le quintile le plus riche).

Le taux d'utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes entre 2012-2013 et 2014 n'a pratiquement pas varié : pour les moustiquaires imprégnées ou non, le taux d'utilisation est resté inchangé ; pour les MII, le taux d'utilisation est passé de 43 % à 38 %, et pour les MIILDA, il est passé de 40 % à 36 %.

## **8.2 TRAITEMENT PRÉVENTIF ANTIPALUDÉEN AU COURS DE LA GROSSESSE**

Outre l'utilisation des MII, la prévention du paludisme chez la femme enceinte passe également par le Traitement Préventif Intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) qui consiste en la prise de deux doses de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) dont au moins une au cours d'une consultation prénatale. La première dose du TPIg-SP devrait être administrée aussi tôt que possible lors du 2<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse et la dernière dose du TPIg-SP peut être administrée jusqu'au moment de l'accouchement. Une troisième dose est recommandée pour les femmes enceintes et qui sont VIH positives. Cependant, les directives récentes de l'OMS recommandent la prise de trois doses pour toutes les femmes enceintes. Au cours de l'EDS-Continue 2014, on a demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance au cours des deux années précédant l'enquête si, durant la grossesse la plus récente, elles avaient pris des antipaludiques à titre préventif. Dans le cas d'une réponse positive, on leur a demandé de quels antipaludiques il s'agissait. Aux femmes ayant déclaré avoir pris de la SP/Fansidar, on a demandé combien de fois elles avaient pris cet antipaludique et si elles l'avaient reçu au cours d'une visite prénatale. Les résultats sont présentés au Tableau 8.6.

Il ressort des résultats que 89 % des femmes enceintes ont pris des médicaments antipaludiques, à titre préventif, au cours de la dernière grossesse ayant eu lieu au cours des deux années ayant précédé l'enquête contre 88 % lors de l'EDS-Continue de 2012-2013. Dans la majorité des cas, les femmes qui ont pris un antipaludique ont pris de la SP/Fansidar (79 %) et pratiquement toutes les femmes qui ont pris de la SP/Fansidar en ont reçu au cours d'une visite prénatale (71 %). Plus de deux femmes sur quatre (43 %) ont déclaré avoir pris 2 doses ou plus de SP/Fansidar au cours de leur dernière grossesse. Pratiquement toutes ces femmes en ont reçu au moins une dose au cours d'une visite prénatale (40 %). En accord avec les récentes directives de la politique de Traitement Préventif Intermittent (TPIg), 3 % des femmes ont déclaré avoir reçu au moins trois doses de SP/Fansidar au cours de leur dernière grossesse, dont au moins une dose administrée au cours d'une visite prénatale. La proportion de femmes ayant suivi un TPIg selon les récentes directives varie très peu selon les caractéristiques sociodémographiques considérées.

Il convient de relever que, 40 % des femmes ont déclaré avoir reçu au moins deux doses de SP/Fansidar au cours de leur dernière grossesse, dont au moins une dose administrée au cours d'une visite prénatale ; ces femmes ont suivi un Traitement Préventif Intermittent du paludisme pendant la grossesse selon les anciennes directives de l'OMS en la matière. Dans l'EDS-Continue de 2012-2013, ce pourcentage était de 41 %. Les écarts entre les grandes régions sont très importants. Le pourcentage de femmes ayant suivi un TPIg-SP selon les directives précédentes est nettement plus élevé dans le Nord que dans les autres régions (57 % contre 34 %-39 % dans les autres). L'écart entre les milieux de résidence n'est pas important (40 % en milieu rural contre 41 % en milieu urbain). Le pourcentage de femmes ayant bénéficié de deux doses de SP/Fansidar ou plus, une au moins ayant été prise au cours d'une visite prénatale, est plus élevé chez les femmes ayant un niveau moyen/secondeaire ou plus (49 %)

que chez celles ayant une instruction primaire (40 %) et chez celles n'ayant pas de niveau d'instruction (38 %). Les résultats selon le niveau de bien-être économique du ménage montrent que la proportion de femmes ayant suivi un TPIg à la SP varie d'un minimum de 39 % parmi les femmes dont le ménage est classé dans le quintile moyen à 43 % parmi celles des ménages du quintile le plus riche.

**Tableau 8.6 Utilisation d'antipaludéens à titre préventif et du Traitement Préventif Intermittent (TPIg) par les femmes au cours de la grossesse**

Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des deux années ayant précédé l'enquête qui, au cours de la grossesse, ont pris des antipaludéens à titre préventif, pourcentage qui ont pris une dose de SP/Fansidar, pourcentage qui ont reçu de la SP/Fansidar au cours d'une visite prénatale, pourcentage qui ont pris au moins 2 doses de SP/Fansidar, pourcentage qui ont pris au moins 2 doses de SP/Fansidar et qui en ont reçu, au moins une, au cours d'une visite prénatale et pourcentage qui ont pris au moins 3 doses de SP/Fansidar et qui en ont reçu, au moins une, au cours d'une visite prénatale, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant pris un antipaludéen	Pourcentage ayant pris de la SP/Fansidar	Pourcentage ayant reçu de la SP/Fansidar au cours d'une visite prénatale	Pourcentage ayant pris 2 doses ou plus de SP/Fansidar	Pourcentage ayant pris 2 doses ou plus de SP/Fansidar et qui en ont reçu au moins une au cours d'une visite prénatale	Pourcentage ayant pris 3 doses ou plus de SP/Fansidar et qui en ont reçu au moins une au cours d'une visite prénatale	Effectif de femmes ayant eu une naissance au cours des deux dernières années
<b>Résidence</b>							
Urban	90,0	83,6	71,9	45,7	40,6	1,8	1 009
Rural	88,1	75,3	70,4	41,6	39,5	3,1	1 332
<b>Type de saison</b>							
Saison des pluies (septembre à janvier)	85,8	71,7	66,1	41,5	40,1	2,5	473
Saison sèche (février à août)	89,7	80,7	72,3	43,9	39,9	2,5	1 869
<b>Grande région</b>							
Nord	90,0	90,0	88,7	57,7	57,2	2,5	466
Ouest	89,2	84,6	68,9	42,7	36,1	2,1	762
Centre	89,5	75,5	69,1	36,1	33,6	3,1	695
Sud	86,2	61,7	58,6	40,7	38,5	2,3	419
<b>Profil épidémiologique palustre<sup>1</sup></b>							
Zone I	89,5	86,6	76,4	48,4	44,1	2,3	1 228
Zone II	89,5	75,5	69,1	36,1	33,6	3,1	695
Zone III	86,2	61,7	58,6	40,7	38,5	2,3	419
<b>Niveau d'instruction</b>							
Pas d'instruction	86,6	75,7	69,8	40,6	38,4	2,9	1 560
Primaire	93,2	85,6	73,6	47,4	39,5	2,3	474
Moyen/secondeaire ou plus	93,6	84,7	73,4	51,0	48,5	0,9	307
<b>Quintiles de bien-être économique</b>							
Le plus pauvre	85,5	74,0	68,8	42,0	39,5	2,4	571
Second	89,4	74,4	68,8	41,6	39,5	3,0	501
Moyen	90,5	79,1	72,6	41,2	38,6	2,2	470
Quatrième	91,2	83,0	67,5	48,5	40,2	4,8	407
Le plus riche	88,7	87,1	79,0	44,9	42,8	0,1	393
Ensemble	88,9	78,9	71,1	43,4	40,0	2,5	2 342

<sup>1</sup> La Zone I correspond aux deux grandes régions du Nord et de l'Ouest (régions de Dakar, St-Louis, Thiès, Louga et Matam), la Zone II correspond à la grande région du Centre (régions de Diourbel, Kaolack, Fatick et Kaffrine) et la Zone III correspond à la grande région du Sud (régions de Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, Kédougou et Sédiou).

### 8.3 FIÈVRE ET TRAITEMENT ANTIPALUDÉEN DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Les enquêteurs ont également demandé si les enfants de moins de cinq ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview. Si la réponse était positive, une série de questions sur le traitement de la fièvre a été alors posée (voir Chapitre 6—Santé de l'enfant). Ces questions portaient sur la prise de médicaments antipaludéens et sur le moment où le traitement antipaludique avait été administré pour la première fois. Les résultats sont présentés dans le Tableau 8.7 ci-dessous.

Tableau 8.7 Prévalence, diagnostic et traitement précoce de la fièvre chez les enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview ; parmi ces enfants, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, pourcentage qui ont pris des antipaludéens, pourcentage ayant pris des antipaludéens le jour même où le jour suivant le début de la fièvre, pourcentage ayant bénéficié d'une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA), et pourcentage ayant bénéficié d'une CTA le jour même où le jour suivant le début de la fièvre, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Parmi les enfants de moins de cinq ans :		Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre :						Effectif d'enfants
	Pourcentage ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement <sup>1</sup>	Pourcentage ayant pris des antipaludéens	Pourcentage ayant pris des antipaludéens le jour même où le jour suivant le début de la fièvre	Pourcentage ayant pris une CTA	Pourcentage ayant pris une CTA le jour même où le jour suivant le début de la fièvre		
<b>Âge (en mois)</b>									
<12	14,4	1 166	55,7	9,9	9,5	0,0	0,0	168	
12-23	17,1	1 211	57,9	2,5	1,0	0,4	0,2	207	
24-35	12,6	1 237	49,3	2,8	1,9	1,0	0,6	156	
36-47	7,4	1 135	56,3	21,9	20,9	2,0	1,2	84	
48-59	5,2	1 193	66,7	1,1	0,0	1,1	0,0	62	
<b>Sexe</b>									
Masculin	12,5	3 024	62,1	6,3	5,2	0,8	0,2	379	
Féminin	10,2	2 918	48,2	7,1	6,4	0,6	0,5	298	
<b>Résidence</b>									
Urbain	12,1	2 543	61,0	10,1	10,1	0,2	0,1	308	
Rural	10,9	3 399	51,8	3,8	2,0	1,2	0,5	369	
<b>Type de saison</b>									
Saison des pluies (Septembre à Janvier)	11,0	1 215	57,8	3,9	3,0	0,5	0,5	133	
Saison sèche (Février à Août)	11,5	4 727	55,6	7,3	6,4	0,8	0,3	544	
<b>Grande région</b>									
Nord	8,1	1 228	59,6	1,6	1,6	0,3	0,3	99	
Ouest	11,7	1 915	61,9	14,4	13,7	0,0	0,0	224	
Centre	11,4	1 780	51,4	3,6	2,9	1,0	0,7	203	
Sud	14,7	1 019	51,1	2,5	0,3	1,6	0,3	150	
<b>Profil épidémiologique palustre<sup>2</sup></b>									
Zone I	10,3	3 143	61,2	10,5	10,0	0,1	0,1	324	
Zone II	11,4	1 780	51,4	3,6	2,9	1,0	0,7	203	
Zone III	14,7	1 019	51,1	2,5	0,3	1,6	0,3	150	
<b>Niveau d'instruction</b>									
Pas d'instruction	10,1	3 942	49,9	4,4	3,0	0,9	0,3	398	
Primaire	14,9	1 279	63,7	9,8	9,4	0,0	0,0	190	
Moyen/secondeaire ou plus	12,2	721	66,5	9,8	9,7	1,5	1,4	88	
<b>Quintiles de bien-être économique</b>									
Le plus pauvre	13,3	1 424	50,0	5,0	2,7	2,2	1,0	190	
Second	10,6	1 258	48,7	1,9	1,8	0,1	0,0	134	
Moyen	7,6	1 198	59,7	0,2	0,0	0,0	0,0	91	
Quatrième	12,1	1 079	59,6	10,2	10,2	0,3	0,3	130	
Le plus riche	13,4	983	65,9	14,8	13,4	0,1	0,0	132	
Ensemble	11,4	5 942	56,0	6,7	5,7	0,7	0,3	677	

CTA = Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine.

<sup>1</sup> Non compris les guérisseurs traditionnels.

<sup>2</sup> La Zone I correspond aux deux grandes régions du Nord et de l'Ouest (régions de Dakar, St-Louis, Thiès, Louga et Matam), la Zone II correspond à la grande région du Centre (régions de Diourbel, Kaolack, Fatick et Kaffrine) et la Zone III correspond à la grande région du Sud (régions de Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, Kédougou et Sédiou)

Les résultats montrent que 11 % des enfants de moins de cinq ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'interview. On ne constate pas de variation importante de la prévalence de la fièvre. Tout au plus peut-on mentionner que c'est dans la région Nord qu'elle est la plus faible (8 %) et dans la région Sud et dans la zone III qu'elle est la plus élevée (15 % dans chaque cas).

Parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview, des conseils ou un traitement ont été recherchés pour 54 % d'entre eux soit auprès de personnel de santé, soit dans une pharmacie. Ce sont les enfants du milieu urbain (61 %), ceux de la région Ouest (62 %), ceux de la Zone I (61 %) et ceux dont le ménage est classé dans le quintile moyen (63 %) pour lesquels on a le plus fréquemment recherché un traitement ou des conseils quand ils avaient de la fièvre.

Parmi les enfants ayant eu de la fièvre, 7 % ont été traités avec des antipaludéens et dans la majorité des cas, l'antipaludique a été pris rapidement, c'est-à-dire le jour qui a suivi le début de la fièvre ou le jour même (6 %). C'est en milieu urbain (10 % contre 2 % en rural), pendant la saison sèche (7 % contre 2 % pendant la saison des pluies), dans la région Ouest (14 % contre 0,3 % dans le Sud), dans la zone de transmission I (10 % contre 0,3 % dans la zone III) et dans les ménages classés dans le quintile le plus riche (13 %) que les pourcentages d'enfants dont la fièvre a été traitée rapidement avec des antipaludéens est la plus élevé. On note que 1 % des enfants ont été traités avec les CTA et dans la plupart des cas, ce traitement n'a pas été administré le jour même où le jour suivant le début de la fièvre.

## 8.4 TAUX D'HÉMOGLOBINE

Dans les pays où le paludisme est endémique, un taux d'hémoglobine inférieur à 8,0 g/dl est considéré comme un indicateur indirect de la prévalence de l'anémie liée au paludisme. Au niveau national, 5 % des enfants de 6 à 59 mois ont un taux d'hémoglobine inférieur à 8,0 g/dl (Tableau 8.8). La prévalence était de 10 % dans l'EDS-Continue de 2012-2013, soit une baisse de 5 points de pourcentage.

Cette proportion varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Selon l'âge, on constate que c'est parmi les enfants de 24-35 mois qu'on enregistre la proportion la plus élevée (8 %). La proportion la plus faible concerne ceux de 48-59 mois (3 %). L'écart n'est pas important entre les sexes (6 % chez les garçons et 5 % chez les filles). Par contre, on note des écarts importants selon les milieux de résidence où les taux varient de 2 % en milieu urbain à 8 % en milieu rural. Selon les grandes régions, la proportion d'enfants dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 8 g/dl varie de 8 % dans le Centre et 7 % dans le Sud à 4 % dans le Nord et 3 % dans l'Ouest. Cette proportion varie aussi selon le profil épidémiologique palustre : de 8 % dans la Zone II et 7 % dans la Zone III à 3 % dans la Zone I. La proportion d'enfants dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 8 g/dl diminue avec le niveau d'instruction de la mère, de 7 % quand elle n'a pas d'instruction à 2 % quand elle a le niveau moyen/secondeaire ou plus ; de même, la proportion d'enfants dont le niveau d'hémoglobine est inférieur à 8 g/dl diminue des ménages du quintile le plus pauvre aux ménages des deux derniers quintiles, variant de 10 % à 2 %.

Tableau 8.8 Hémoglobine <8,0 g/dl

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois dont le niveau d'hémoglobine est inférieur à 8,0 g/dl, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Niveau d'hémoglobine <8,0 g/dl	Effectif d'enfants
<b>Âge (en mois)</b>		
6-8	3,8	266
9-11	2,7	273
12-17	7,1	624
18-23	7,2	611
24-35	8,1	1 285
36-47	4,4	1 157
48-59	2,5	1 249
<b>Sexe</b>		
Masculin	5,6	2 819
Féminin	5,1	2 645
<b>Interview de la mère</b>		
Interviewée	5,3	4 852
Non interviewée mais vivant dans le ménage	7,0	181
Non interviewée et ne vivant pas dans le ménage <sup>1</sup>	4,8	431
<b>Résidence</b>		
Urbain	2,3	2 265
Rural	7,5	3 200
<b>Type de saison</b>		
Saison des pluies (septembre à janvier)	6,9	1 120
Saison sèche (février à août)	5,0	4 345
<b>Grande région</b>		
Nord	4,3	1 122
Ouest	2,6	1 715
Centre	7,8	1 670
Sud	7,1	957
<b>Profil épidémiologique palustre<sup>2</sup></b>		
Zone I	3,3	2 837
Zone II	7,8	1 670
Zone III	7,1	957
<b>Niveau d'instruction de la mère<sup>3</sup></b>		
Pas d'instruction	6,6	3 387
Primaire	3,6	1 066
Moyen/secondeaire ou plus	1,8	578
<b>Quintiles de bien-être économique</b>		
Le plus pauvre	10,5	1 368
Second	6,4	1 210
Moyen	3,1	1 079
Quatrième	2,5	980
Le plus riche	1,6	827
Ensemble	5,3	5 464

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont passé dans le ménage la nuit ayant précédé l'interview. Les niveaux d'hémoglobine ont été ajustés en fonction de l'altitude en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998). L'hémoglobine est mesurée en grammes par décilitre (g/dl).

<sup>1</sup> Y compris les enfants dont la mère est décédée.

<sup>2</sup> La Zone I correspond aux deux grandes régions du Nord et de l'Ouest (régions de Dakar, St-Louis, Thiès, Louga et Matam), la Zone II correspond à la grande région du Centre (régions de Diourbel, Kaolack, Fatick et Kaffrine) et la Zone III correspond à la grande région du Sud (régions de Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, Kédougou et Sédiou)

<sup>3</sup> Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, l'information provient du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.

## **8.5 PARASITÉMIE PALUSTRE**

Au cours de l'EDS-Continue de 2014, le test de paludisme a consisté en deux tests :

- Un test de diagnostic rapide (TDR), à savoir le *SD BIOLINE Malaria Antigen P.f/Pan* qui détecte les antigènes spécifiques du *plasmodium falciparum* et d'autres espèces sans les distinguer. Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur collectait une goutte de sang sur la bandelette du TDR. Le résultat du test était disponible au bout de 15 minutes et était communiqué immédiatement aux parents ou personnes responsables de l'enfant après avoir été enregistré dans le questionnaire ménage. Les enfants testés positifs au TDR étaient soit traités immédiatement au CTA conformément au protocole du ministère de la Santé et de l'action Sociale s'ils ne présentaient pas de contre-indications, soit ils recevaient une carte de référence à une structure sanitaire.
- L'examen microscopique d'une goutte épaisse.

Cette section présente les résultats de l'enquête sur la prévalence du paludisme estimée au moyen d'un TDR réalisé sur le terrain et des gouttes épaisses collectées sur le terrain qui ont fait l'objet d'examens microscopiques au laboratoire de Parasitologie de la Faculté de Médecine de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

### **8.5.1 Principe et méthodologie**

Les tests de parasitémie palustre n'ont concerné que les enfants de 6-59 mois et ont été réalisés sur les gouttes épaisses. L'examen se fait à partir d'un prélèvement d'une goutte de sang au bout du doigt sur une lame porte-objet qui permet, après coloration, l'identification précise du parasite *Plasmodium*. L'examen de la goutte épaisse présente l'avantage d'être 20 fois plus sensible que celui du frottis mince. Au laboratoire, chaque goutte épaisse a été analysée de façon indépendante par deux opérateurs différents, une confirmation étant faite par un troisième opérateur en cas de divergence entre les deux premiers.

La participation au test de parasitémie était assujettie au consentement éclairé et volontaire des personnes responsables de l'enfant. L'enquêteur enregistrait la réponse des parents/personnes responsables/autre adulte sur le questionnaire et signait le questionnaire pour attester qu'il avait bien lu le consentement et que la décision enregistrée sur le questionnaire était bien celle de l'enquêté.

Une fois le consentement obtenu, des gouttes de sang étaient prélevées en utilisant la technique de prélèvement de sang par piqûre au bout du doigt. Avant le prélèvement du sang, le doigt était nettoyé à l'aide d'une gaze pré imprégnée d'alcool et laissé sécher à l'air libre. Dans un deuxième temps, on piquait le bout du doigt avec une lancette stérile, rétractable et non réutilisable. La toute première goutte de sang était éliminée avec une compresse stérile. Les gouttes suivantes étaient utilisées pour la goutte épaisse. Deux lames étaient préparées pour chaque enfant testé. Les lames ainsi préparées étaient conditionnées et envoyées au bureau central de l'enquête pour enregistrement avant d'être transmises au laboratoire du Département de Parasitologie.

Les tests sont anonymes ; aucun nom, ni aucun élément d'identification ne figuraient sur les échantillons de sang. Par contre, des codes à barres préimprimés correspondant à des nombres générés au hasard étaient collés sur les lames utilisées pour la goutte épaisse ainsi que sur les questionnaires.

Les risques associés à la procédure de prélèvement du sang sont considérés comme faibles. La zone de prélèvement du sang était complètement nettoyée avec une gaze préimprégnée d'alcool avant la piqûre. La piqûre était effectuée avec une lancette stérile, rétractable et non réutilisable qui contenait une très petite lame activée par une gâchette. Le flux de sang était arrêté par pression sur l'endroit de la piqûre avec une compresse de gaze. Une fois le saignement arrêté, la zone était protégée de l'infection par du sparadrap. Par ailleurs, les prélèvements étaient effectués par des techniciens de laboratoire diplômés ayant reçu une mise à niveau spéciale sur la procédure et les précautions universelles à observer pour éviter la

transmission d'agents pathogènes transmissibles par le sang. Les lancettes et tous les instruments contaminés par le sang étaient éliminés à la fin de la journée dans un sac pour produits biodangereux, selon un protocole établi.

Le Laboratoire du Département de Parasitologie avait la charge de créer un fichier de données contenant le numéro d'identification du prélèvement et le résultat de tous les tests effectués sur chaque prélèvement. Les données, une fois vérifiées, étaient transmises à la direction de l'enquête.

### 8.5.2 Prévalence de la parasitémie palustre chez les enfants

Les résultats du Tableau 8.9 indiquent tout d'abord un taux très élevé de couverture du test du paludisme que ce soit pour le TDR mais aussi pour la goutte épaisse puisque, puisque pour chacun des deux tests, un échantillon de sang a été prélevé pour 97 % des enfants éligibles. Ce taux de couverture est très élevé pour toutes les catégories d'enfants. Il est néanmoins légèrement plus faible pour les enfants les plus jeunes (83 % pour les 6-9 mois) : en effet, les mères refusent plus fréquemment le test pour les enfants très jeunes et les prélèvements sanguins sont plus délicats chez ces enfants que chez les plus âgés. Selon les grandes régions, le taux de couverture dépasse 95 % pour toutes les grandes régions.

**Tableau 8.9 Couverture du test de paludisme chez les enfants (non pondéré)**

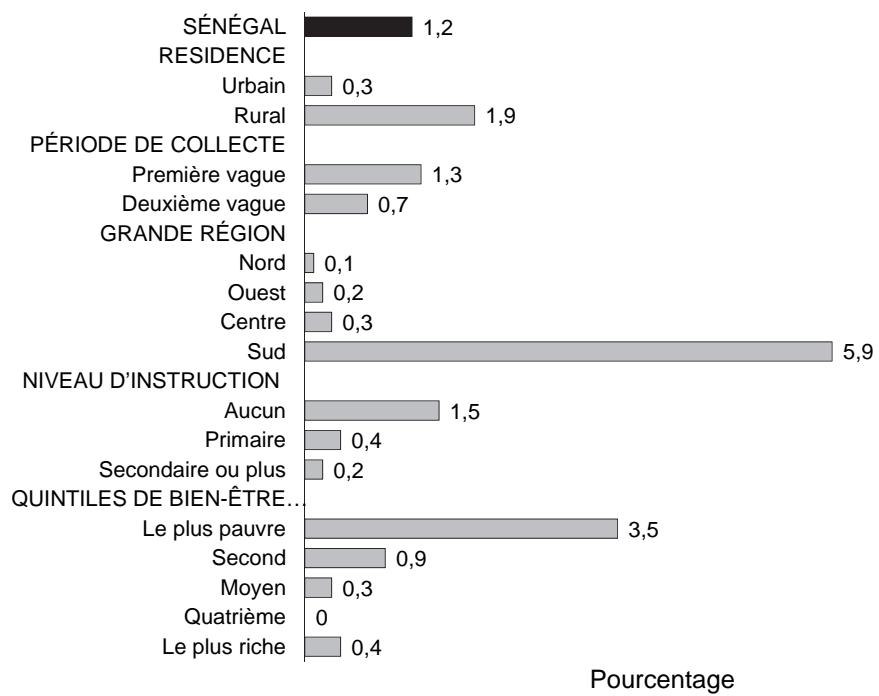
Pourcentage d'enfants de 6-59 mois éligibles pour le Test de Diagnostic Rapide (TDR) et la Goutte Épaisse (GE) du paludisme qui ont effectué le TDR et la GE (non pondéré), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage d'enfants ayant effectué le TDR et la GE :		
	Test de Diagnostic Rapide (TDR)	Gouttes Épaisses (GE)	Effectif d'enfants
<b>Âge (en mois)</b>			
6-9	82,7	82,7	321
10-11	97,0	97,0	282
12-23	96,5	96,5	647
24-35	96,9	96,9	630
36-47	98,1	98,1	1 303
48-59	97,8	97,8	1 182
<b>Sexe</b>			
Masculin	97,1	97,1	2 897
Féminin	96,0	96,1	2 747
<b>Type de saison</b>			
Saison des pluies (septembre à janvier)	95,5	95,4	1 160
Saison sèche (février à août)	96,9	96,9	4 484
<b>Grande région</b>			
Nord	97,0	97,0	1 156
Ouest	95,7	95,8	1 777
Centre	97,3	97,3	1 717
Sud	96,3	96,3	993
<b>Profil épidémiologique palustre<sup>1</sup></b>			
Zone I	96,2	96,3	2 933
Zone II	97,3	97,3	1 717
Zone III	96,3	96,3	993
<b>Ensemble</b>	<b>96,6</b>	<b>96,6</b>	<b>5 644</b>

<sup>1</sup> La Zone I correspond aux deux grandes régions du Nord et de l'Ouest (régions de Dakar, St-Louis, Thiès, Louga et Matam), la Zone II correspond à la grande région du Centre (régions de Diourbel, Kaolack, Fatick et Kaffrine) et la Zone III correspond à la grande région du Sud (régions de Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, Kédougou et Sédiou).

Les résultats du TDR qui sont présentés au Tableau 8.10 indiquent que 1 % des enfants de 6-59 mois ont été testés positifs sur le terrain. On retrouve la même prévalence du paludisme à partir de l'examen microscopique de la goutte épaisse au laboratoire (Tableau 8.10 et Graphique 8.2). En outre, les résultats de la goutte épaisse présentent les mêmes tendances que ceux du TDR quelle que soit la caractéristique sociodémographiques considérée.

**Graphique 8.2 Prévalence de la parasitémie palustre chez les enfants de 6-59 mois**



EDS-Continue, Sénégal 2014

La prévalence au niveau national, estimée par l'enquête qui s'est déroulée de Janvier 2014 à Octobre 2014 est de 1,2 %. Ce taux est en baisse par rapport à l'EDS-Continue de 2012-2013 (de 2,8 %). Les différences interrégionales sont très importantes. On observe la prévalence la plus élevée dans la grande région du Sud (6 %). Les autres grandes régions présentent des prévalences extrêmement faibles (moins de 1 %). Selon le profil épidémiologique palustre, on relève que la prévalence de la parasitémie palustre dans la Zone I et dans la Zone II est très faible (moins de 1 %). Par contre, dans la Zone III, la prévalence est nettement plus élevée puisqu'elle atteint 6 %. Enfin, selon l'indice de bien-être économique, les résultats montrent que la prévalence du paludisme diminue, décroît d'un maximum de 4 % parmi les enfants des ménages du quintile le plus pauvre à moins de 1 % parmi ceux des ménages du quintile le plus riche.

**Tableau 8.10 Résultat du test de diagnostic rapide (TDR) et la gouttes épaisse (GE) du paludisme chez les enfants**

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois dont le résultat au Test de Diagnostic Rapide (TDR) et la Goutte épaisse (GE) du paludisme est positif, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Tests de diagnostic rapide (TDR)		Goutte épaisse (GE)	
	Pourcentage d'enfants dont le résultat est positif	Effectif d'enfants testés	Pourcentage d'enfants dont le résultat est positif	Effectif testé au laboratoire
<b>Âge (en mois)</b>				
6-9	0,6	266	0,5	266
10-11	0,7	273	0,9	273
12-23	0,6	624	0,6	624
24-35	0,5	611	0,9	611
36-47	1,0	1 279	1,1	1 279
48-59	1,2	1 156	1,2	1 157
48-59				
<b>Sexe</b>	1,1	2 813	1,2	2 813
Masculin	1,1	2 638	1,2	2 639
Féminin				
<b>Interview de la mère</b>				
Interviewée	1,1	4 839	1,1	4 839
Non interviewée mais présente dans le ménage	1,7	180	1,8	181
Non interviewée et pas présente dans le ménage <sup>1</sup>	1,2	431	2,1	431
<b>Résidence</b>				
Urbain	0,1	2 252	0,3	2 252
Rural	1,8	3 198	1,9	3 200
<b>Type de saison</b>				
Saison des pluies (Septembre à Janvier)	0,8	1 107	0,7	1 107
Saison sèche (Février à Août)	1,2	4 343	1,3	4 345
<b>Grande région</b>				
Nord	0,1	1 122	0,1	1 122
Ouest	0,0	1 702	0,2	1 702
Centre	0,4	1 670	0,3	1 670
Sud	5,4	957	5,9	956
<b>Profil épidémiologique palustre<sup>2</sup></b>				
Zone I	0,0	2 823	0,1	2 825
Zone II	0,4	1 670	0,3	1 670
Zone III	5,4	957	5,9	956
<b>Niveau d'instruction de la mère<sup>3</sup></b>				
Pas d'instruction	1,3	3 386	1,5	3 387
Primaire	1,0	1 066	0,4	1 066
Moyen/secondeaire ou plus	0,1	566	0,2	566
<b>Quintiles de bien-être économique</b>				
Le plus pauvre	3,1	1 368	3,5	1 368
Second	1,3	1 209	0,9	1 210
Moyen	0,2	1 079	0,3	1 079
Quatrième	0,0	979	0,0	980
Le plus riche	0,0	814	0,4	814
<b>Ensemble</b>	1,1	5 450	1,2	5 452

<sup>1</sup> Y compris les enfants dont la mère est décédée.

<sup>2</sup> Zone I correspond aux deux grandes régions du Nord et de l'Ouest (régions de Dakar, St-Louis, Thiès, Louga et Matam), Zone II correspond à la grande région du Centre (régions de Diourbel, Kaolack, Fatick et Kaffrine) et la Zone III correspond à la grande région du Sud (régions de Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, Kédougou et Sédiou).

<sup>3</sup> Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, l'information provient du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.

*Fatou Bintou Niang CAMARA et Mariana STIRBU*

#### Principaux résultats

- La quasi-totalité des femmes (92 %) a déclaré connaître l'excision. Chez les hommes, cette proportion est un peu plus faible (89 %).
- Au Sénégal, 25 % des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir été excisées.
- Dans plus de la moitié des cas, les femmes n'ont pas subi d'ablation mais une simple entaille (51 %). Cependant, 5 % des filles de moins de 15 ans qui ont été excisées ont eu le vagin fermé et cousu, pratique plus répandue dans les ethnies Mandingue et Soninké qu'ailleurs.
- C'est parmi les Musulmanes, dans le Sud et le Nord, et dans les ethnies Poular, Mandingue, Diola et Soninké que l'excision est le plus fréquemment pratiquée.
- L'excision est pratiquée en général avant l'âge de cinq ans (64 % chez les femmes et 90 % chez les filles).
- La majorité des femmes (79 %) et des hommes (75 %) pensent que l'excision n'est pas une pratique exigée par la religion.
- Dans la majorité des cas (81 % pour les femmes et 79 % pour les hommes), les femmes et les hommes ne sont pas favorables au maintien de cette pratique.

**L'**Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) a collecté des informations sur l'excision des femmes interviewées et des filles de moins de 15 ans. Ces dernières informations concernent la prévalence de l'excision des filles, l'âge auquel l'excision a été effectuée et la prévalence de l'infibulation chez les filles excisées. L'excision en général et, en particulier, l'infibulation peuvent affecter sérieusement la santé des femmes en entraînant des dysfonctionnements de la fonction reproductive et peuvent avoir des conséquences néfastes sur leur bien-être tant physique que mental.

L'excision est une pratique culturelle qui trouve son origine au plan culturel dans les rites d'initiation, notamment le passage de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte des fillettes dans certaines communautés. Elle recouvre en réalité quatre types de mutilation (OMS, 2008) :

*Type I :* ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) ;

*Type II :* ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans mutilation des grandes lèvres ;

*Type III :* rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans mutilation du clitoris (infibulation) ; et

*Type IV :* toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

Au Sénégal, de nombreuses mesures ont été prises pour renforcer les campagnes de mobilisation en faveur de l'abandon total de l'excision. Une loi interdisant la pratique de l'excision a été adoptée en 1999. Un nouveau plan d'action a été adopté en 2010 (plan d'action national pour l'accélération de l'abandon de l'excision 2010-2015). Tirant les leçons de l'évaluation de la mise en œuvre du premier plan d'action 2000-2005 et tenant compte des données collectées pour la première fois dans le cadre de l'EDS-IV, les actions du Gouvernement et de ses partenaires ont été réorientées autour d'un certain nombre de principes directeurs : une approche holistique et multisectorielle basée sur les droits humains, la responsabilisation des communautés, des activités transfrontalières, un plaidoyer au niveau national et international, des mécanismes de suivi et d'évaluation efficents ainsi que l'amélioration de la coordination.

Une étude sur l'état d'application de la loi publiée en 2011 révèle que sa mise en œuvre demeure limitée ; la loi a instauré la peur des sanctions pénales et, par conséquent, l'installation de la pratique dans la clandestinité et, dans certains cas, sa médicalisation. L'évaluation de l'ampleur de la pratique dans le pays demeure donc des plus nécessaires, permettant ainsi de mesurer le chemin qu'il reste à parcourir pour parvenir à l'abandon total de cette pratique sociale, et d'informer les stratégies afférentes.

Les résultats présentés dans ce chapitre fournissent des informations sur la prévalence de l'excision au Sénégal. Ils permettent également de connaître les types d'excision pratiqués et l'âge des femmes au moment de l'excision. L'enquête EDS-Continue 2014 a aussi concerné l'excision chez les filles de moins de 15 ans pour déterminer dans quelle mesure cette pratique se perpétue d'une génération de femmes à l'autre. L'opinion des femmes et des hommes au sujet de la pratique et le lien que ceux-ci établissent entre la pratique et la religion sont également évalués.

## 9.1 CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE L'EXCISION

Compte tenu des contraintes pratiques pour obtenir des informations fiables et précises sur le type d'excision subie, on a demandé, au cours de l'enquête, aux femmes si on leur avait fait une simple entaille ou si on leur avait enlevé des morceaux de chair dans la zone des organes génitaux. Cette question permet de différencier les grandes pratiques consistant à faire une « simple » entaille de celles consistant en l'ablation d'une partie plus ou moins importante des organes génitaux externes. En outre, pour essayer d'identifier les femmes ayant subi la forme la plus radicale d'excision, à savoir une infibulation, on a posé aux enquêtées la question suivante : « *lors de votre excision, vous a-t-on fermé la zone du vagin par une couture ?* »

Selon les données du Tableau 9.1, on constate que la quasi-totalité des femmes (92 %) a déclaré connaître l'excision contre 89 % chez les hommes. Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, les proportions de ceux qui connaissent l'excision sont élevées et les variations sont peu importantes.

Tableau 9.1 Connaissance de l'excision

Pourcentage de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans connaissant l'excision, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Femme		Homme	
	Proportion de femmes connaissant l'excision	Effectif de femmes	Proportion d'hommes connaissant l'excision	Effectif d'hommes
<b>Âge</b>				
15-19	84,4	1 823	67,6	733
20-24	90,1	1 659	89,7	574
25-29	93,3	1 507	95,4	472
30-34	95,6	1 226	97,0	393
35-39	97,2	953	97,1	292
40-44	97,1	749	97,6	325
45-49	96,3	570	99,3	234
<b>Religion</b>				
Musulman	91,9	8 102	88,3	2 884
Chrétien	96,6	344	92,3	129
Animiste	94,1	41	*	9
Sans religion	*	1	*	1
<b>Ethnie</b>				
Wolof	90,4	3 540	90,1	1 205
Poular	92,8	2 271	87,9	823
Serer	90,5	1 072	82,9	419
Mandingue	97,5	568	96,5	158
Diola	97,2	541	88,7	123
Soninké	83,6	158	95,8	42
Autre/non Sénégalais	95,7	339	85,5	252
<b>Résidence</b>				
Urbain	96,1	4 556	93,2	1 711
Rural	87,4	3 932	82,4	1 311
<b>Grande région</b>				
Nord	88,1	1 713	87,6	591
Ouest	95,8	3 488	91,9	1 348
Centre	87,6	2 040	83,0	607
Sud	94,6	1 247	86,8	476
<b>Niveau d'instruction</b>				
Pas d'instruction	89,6	4 330	85,2	1 138
Primaire	93,3	1 974	86,7	749
Moyen/Secondaire ou plus	95,8	2 184	93,0	1 135
<b>Quintiles de bien-être économique</b>				
Le plus pauvre	88,0	1 399	78,9	419
Second	85,5	1 470	79,3	398
Moyen	91,5	1 685	86,9	621
Quatrième	96,2	1 786	90,9	751
Le plus riche	96,2	2 148	96,6	834
Ensemble 15-49	92,1	8 488	88,5	3 022
50-59	na	na	96,8	349
Ensemble 15-59	na	na	89,3	3 371

Note : Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non-pondérés et qu'elle a été supprimée.  
na = non applicable

Au Sénégal, 25 % des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir été excisées (Tableau 9.2). La prévalence était de 26 % en 2010/11. Dans plus de la moitié des cas, (51 %), les femmes excisées ont subi la forme « légère » d'excision (entaille sans ablation de chairs). Par contre 14 % ont subi une excision « réelle », c'est-à-dire qu'une partie de leurs organes génitaux externes a été enlevée au cours de la procédure et 12 % des femmes ont eu le vagin fermé. Il faut aussi souligner la proportion importante de femmes qui n'ont pas été en mesure de donner une réponse ou une réponse précise (23 %), probablement parce qu'elles étaient trop jeunes au moment de l'excision.

Les variations selon l'âge sont assez irrégulières. Cependant, parmi les femmes les plus jeunes (21 % à 15-19 ans et 22 % à 20-24 ans), la proportion de femmes excisées est plus faible que parmi les plus âgées (27 % à 40-44 ans) et (26 % à 45-49 ans).

La prévalence varie de manière importante selon la religion et l'ethnie, ainsi que selon le milieu et la région de résidence. En effet, la proportion de femmes de 15-49 ans excisées demeure plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (28 % contre 22 %) et chez les musulmanes que chez les chrétiennes (25 % contre 8 %). Par ailleurs, les données indiquent que la pratique de l'excision est surtout répandue au Sud (69 %) et, dans une moindre mesure, au Nord (30 %) qui concentrent respectivement les ethnies Mandingues (64 %), Poular (52 %), Diola (46 %) et Soninké (43 %) et où cette pratique est très ancrée dans les normes sociales, notamment en tant que rites d'initiation.

**Tableau 9.2 Prévalence de l'excision**

Proportion de femmes excisées de 15-49 ans, et répartition (en %) des femmes excisées par type d'excision, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Pourcentage de femmes excisées	Effectif de femmes	Type d'excision				Effectif de femmes excisées	
			Parties de chair enlevées	Entaille, pas de chair enlevée	Fermeture du vagin	NSP		
<b>Âge</b>								
15-19	21,1	1 823	13,7	50,8	9,1	26,4	100,0	384
20-24	21,5	1 659	12,2	47,1	10,2	30,5	100,0	356
25-29	27,9	1 507	11,0	52,1	11,2	25,8	100,0	421
30-34	28,2	1 226	15,5	51,4	16,0	17,2	100,0	345
35-39	24,9	953	18,4	52,8	12,3	16,5	100,0	238
40-44	27,2	749	11,0	46,6	16,8	25,6	100,0	203
45-49	25,7	570	24,4	53,3	11,3	11,0	100,0	147
<b>Religion<sup>1</sup></b>								
Musulmane	25,3	8 102	14,4	50,5	12,3	22,9	100,0	2 050
Chrétienne	8,3	344	(9,7)	(65,3)	(2,7)	(22,2)	100,0	29
Animiste	39,0	41	*	*	*	*	100,0	16
<b>Ethnie</b>								
Wolof	1,3	3 540	25,1	36,4	5,7	32,8	100,0	46
Poular	51,8	2 271	15,9	41,9	16,3	25,9	100,0	1 175
Serer	2,4	1 072	(6,4)	(80,0)	(2,5)	(11,1)	100,0	26
Mandingue	64,4	568	9,9	68,5	6,3	15,4	100,0	366
Diola	46,2	541	8,1	75,1	5,7	11,1	100,0	250
Soninké	42,9	158	15,3	43,7	6,3	34,7	100,0	68
Autre/non Sénégalais	48,2	339	18,5	37,1	11,1	33,3	100,0	163
<b>Résidence</b>								
Urbain	21,9	4 556	16,1	48,0	12,3	23,5	100,0	997
Rural	27,9	3 932	12,5	52,8	11,9	22,9	100,0	1 098
<b>Grande région</b>								
Nord	30,4	1 713	16,9	28,6	23,3	31,3	100,0	520
Ouest	16,6	3 488	24,2	32,1	13,0	30,7	100,0	580
Centre	6,3	2 040	10,7	55,5	5,2	28,6	100,0	129
Sud	69,4	1 247	6,4	75,3	5,8	12,4	100,0	865
<b>Niveau d'instruction</b>								
Pas d'instruction	26,7	4 330	15,6	47,4	13,6	23,4	100,0	1 156
Primaire	24,5	1 974	14,9	52,6	13,4	19,2	100,0	483
Moyen/Secondaire ou plus	20,9	2 184	9,9	56,2	7,1	26,8	100,0	456
<b>Quintiles de bien-être économique</b>								
Le plus pauvre	38,2	1 399	11,0	60,0	9,5	19,4	100,0	534
Second	28,8	1 470	8,6	56,3	12,8	22,3	100,0	423
Moyen	23,9	1 685	13,2	58,5	13,3	15,0	100,0	402
Quatrième	20,1	1 786	29,1	32,3	12,1	26,5	100,0	358
Le plus riche	17,5	2 148	11,9	39,4	13,8	34,9	100,0	377
Ensemble	24,7	8 488	14,2	50,5	12,1	23,2	100,0	2 094

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non-pondérés et qu'elle a été supprimée.

<sup>1</sup> Exclut 1 cas (non-pondéré) sans religion

## 9.2 ÂGE DES FEMMES À L'EXCISION

Le Tableau 9.3 présente les données sur l'âge à l'excision des femmes enquêtées. Dans près des deux tiers des cas (64 %), l'excision a eu lieu avant l'âge de 5 ans. Cette proportion comprend les femmes qui ont déclaré avoir été excisées au cours de la petite enfance sans pouvoir fournir un âge exact. En outre, dans 15 % des cas, l'excision a eu lieu entre 5-9 ans et pour 9 % des femmes, l'excision a été effectuée à un âge plus tardif, après 10 ans. En outre, il faut souligner que 11 % des femmes n'ont pas été en mesure de déclarer l'âge auquel elles avaient été excisées.

**Tableau 9.3 Âge des femmes à l'excision**

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans excisées par âge à l'excision, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Âge à l'excision					Total	Effectif des femmes excisées
	<5 <sup>1</sup>	5-9	10-14	15+	NSP/ Manquant		
<b>Âge</b>							
15-19	69,3	14,6	7,4	0,7	8,1	100,0	384
20-24	67,3	10,7	7,9	0,7	13,4	100,0	356
25-29	64,2	14,1	9,4	0,3	12,1	100,0	421
30-34	65,0	17,8	6,0	0,4	10,8	100,0	345
35-39	57,3	16,5	13,5	1,1	11,6	100,0	238
40-44	63,2	13,9	12,6	1,0	9,3	100,0	203
45-49	54,8	27,9	7,2	0,0	10,1	100,0	147
<b>Religion</b>							
Musulman	64,2	15,5	8,6	0,6	11,1	100,0	2 050
Chrétien	(56,7)	(18,9)	(24,4)	(0,0)	(0,0)	100,0	29
Animiste	*	*	*	*	*	100,0	16
<b>Ethnie</b>							
Wolof	85,0	5,3	6,6	0,0	3,0	100,0	46
Pouular	71,2	11,2	5,5	0,3	11,7	100,0	1 175
Serer	(27,2)	(18,6)	(44,1)	(10,1)	(0,0)	100,0	26
Mandingue	55,7	22,4	10,5	1,0	10,4	100,0	366
Diola	48,9	25,8	17,8	1,2	6,2	100,0	250
Soninké	80,8	5,9	4,5	0,0	8,8	100,0	68
Autre/non Sénégalais	49,6	20,5	12,0	0,0	17,9	100,0	163
<b>Résidence</b>							
Urbain	51,5	18,1	11,5	0,7	18,2	100,0	997
Rural	75,8	13,0	6,4	0,5	4,3	100,0	1 098
<b>Grande région</b>							
Nord	92,0	3,0	1,1	0,0	3,9	100,0	520
Ouest	45,2	16,4	13,4	0,4	24,4	100,0	580
Centre	53,7	15,3	12,4	4,2	14,3	100,0	129
Sud	61,8	22,3	9,9	0,5	5,5	100,0	865
<b>Niveau d'instruction</b>							
Pas d'instruction	69,7	12,3	6,5	0,4	11,1	100,0	1 156
Primaire	60,9	18,3	8,5	1,4	10,9	100,0	483
Moyen/Secondaire ou plus	54,0	20,2	15,2	0,3	10,4	100,0	456
<b>Quintiles de bien-être économique</b>							
Le plus pauvre	72,7	15,7	6,3	0,9	4,5	100,0	534
Second	70,9	14,6	7,9	0,9	5,7	100,0	423
Moyen	68,5	14,6	8,2	0,2	8,6	100,0	402
Quatrième	54,6	12,0	11,0	0,3	22,2	100,0	358
Le plus riche	49,5	20,1	12,2	0,7	17,6	100,0	377
Ensemble	64,2	15,4	8,8	0,6	10,9	100,0	2 094

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non-pondérés et qu'elle a été supprimée.

<sup>1</sup> Inclut les femmes qui ont répondu qu'elles ont été excisées dans la petite enfance, sans être en mesure de donner un âge précis

Les résultats selon les caractéristiques sociodémographiques ne font pas apparaître de variations très importantes. On note cependant une tendance au rajeunissement de l'âge à l'excision des générations anciennes aux plus récentes, la proportion de femmes excisées avant l'âge de 5 ans étant passée de 55 % parmi les femmes âgées de 45-49 ans à l'enquête à 69 % parmi celles âgées de 15-19 ans à l'enquête. Globalement, ces résultats montrent qu'au Sénégal, l'excision se pratique à un jeune âge. Dans les régions où la pratique est fréquente comme le Sud et le Nord, respectivement 62 % et 92 % ont été excisées avant l'âge de cinq ans ou dans la petite enfance. Dans toutes les ethnies, même dans celles où la prévalence est très faible comme les Wolof, la majorité des femmes ont été excisées à un âge précoce (85 %).

### 9.3 PRÉVALENCE DE L'EXCISION CHEZ LES FILLES DE MOINS DE 15 ANS

Au cours de l'enquête, on a demandé à toutes les femmes qui avaient une ou plusieurs filles de moins de 15 ans si l'une d'entre elles ou plusieurs avaient été excisées et quel type d'excision avait été

pratiquée L'EDS-Continue 2014 a donc permis d'évaluer la prévalence de l'excision parmi les filles de 0-14 ans des femmes enquêtées (Tableaux 9.4 et 9.5).

### 9.3.1 Âge des filles à l'excision

Le Tableau 9.4 présente la prévalence de l'excision parmi les filles de 0-14 ans par âge à l'excision et selon l'âge actuel. Les différents pourcentages doivent être interprétés avec prudence car ils dépendent du temps d'exposition au risque d'être excisées. Ainsi, 17 % des filles de 10-14 ans sont excisées : les plus âgées de ce groupe d'âges ne sont pratiquement plus exposées au risque d'être excisées avant l'âge de 15 ans, par contre les plus jeunes (celles de 10 ans) ont encore près de 5 ans d'exposition au risque. Cependant, compte tenu du fait qu'au Sénégal, l'excision se pratique assez tôt (64 % des femmes ont été excisées avant l'âge de 5 ans et seulement 1 % à 15 ans ou plus) et que, de plus, on observe une tendance au rajeunissement de l'âge à l'excision, la proportion de filles de 10-14 ans excisées (17 %) ne devrait pas augmenter significativement et, par conséquent, on peut s'attendre à ce que la prévalence « finale » soit légèrement plus faible que celle observée parmi les femmes excisées de 15-49 ans (25 %).

**Tableau 9.4 Prévalence et âge à l'excision des filles de 0-14 ans**

Répartition en (%) des filles de 0-14 ans par âge à l'excision et pourcentage de filles excisées selon l'âge actuel, EDS-Continue, Sénégal 2014

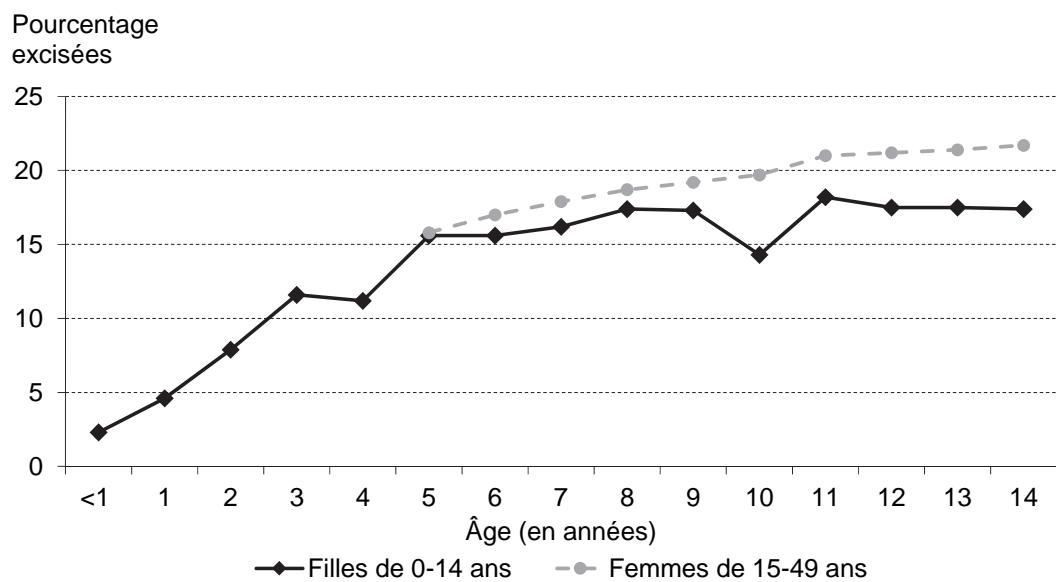
Âge actuel des filles	Âge à l'excision						Pourcentage non excisé	Effectifs de filles	Pourcentage excisées
	<1	1-4	5-9	10-14	NSP/ Manquant	Total			
0-4	62,2	37,8	na	na	0,0	100,0	92,6	2 918	7,4
5-9	42,7	47,0	7,9	na	1,8	100,0	83,6	2 457	16,4
10-14	35,5	43,8	14,8	3,6	1,8	100,0	83,1	1 810	16,9
Ensemble	42,7	47,0	7,9	0,0	1,8	100,0	87,1	7 186	12,9

Note : Le statut d'excision des filles est déclaré par la mère.

na : non applicable pour cause de troncature

Le Graphique 9.1 qui présente le pourcentage de femmes de 15-49 ans déjà excisées en atteignant certains âges exacts entre 5 et 14 ans, selon l'âge déclaré à l'excision et le pourcentage de filles de chaque âge entre 0 et 14 ans qui sont excisées ne fait pas apparaître de tendance à la diminution de la pratique de l'excision. En effet, on constate ainsi qu'à l'âge de 5 ans, 16 % des femmes de 15-49 ans étaient déjà excisées, alors que cette proportion est actuellement toujours de 16 % chez les filles. Jusqu'à l'âge de 10 ans, les proportions de femmes et de filles excisées sont très proches, les deux courbes du graphique étant par ailleurs pratiquement confondues. À partir de 10 ans, l'écart se creuse légèrement entre les femmes et les filles et les proportions de filles excisées sont légèrement inférieures à celles des femmes.

**Graphique 9.1 Pourcentage de femmes de 15-49 ans et de filles de 0-14 ans excisées par âge selon l'âge actuel**



Les données sur l'âge à l'excision des femmes qui ont été excisées avant l'âge de 5 ans ne sont pas disponibles par âge détaillé. Les données pour les filles sont basées sur le statut actuel. Le graphique présente le pourcentage de filles de chaque âge actuel qui ont été excisées (selon la déclaration de la mère). Les données pour les femmes de 15-49 ans sont basées sur la mémoire des femmes et présentent le pourcentage de celles qui étaient déjà excisées en atteignant certains âges exacts.

EDS-Continuée 2014

Le Tableau 9.5 présente le pourcentage de filles excisées de 0-14 ans, par âge actuel et selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les résultats font apparaître, globalement, les mêmes variations que celles déjà observées pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans. Par exemple, en ce qui concerne les ethnies, on peut souligner que c'est parmi les ethnies dans lesquelles l'excision est une pratique très fréquente que les proportions de filles excisées sont les plus élevées : les Mandingue (36 %), les Soninké (33 %), les Poular (29 %) et les Diolas (22 %). De même, c'est dans les régions du Sud et du Nord, régions de forte prévalence, que les proportions de filles excisées sont les plus élevées (respectivement 39 % et 22 %). Par ailleurs, on constate que la prévalence de l'excision des filles est nettement plus élevée quand la mère est excisée que quand elle ne l'est pas (46 % contre 0,2 %). L'écart de prévalence entre les milieux de résidence est important, la proportion de filles excisées étant environ deux fois plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (17 % contre 8 %). Notons enfin que la prévalence de l'excision chez les filles est plus élevée quand la mère n'a pas de niveau d'instruction que quand elle est instruite (15 % contre 9 % quand elle a le niveau primaire et 7 % quand elle a le niveau moyen/secondeaire ou plus). Enfin, on remarque que des ménages du quintile le plus pauvre à ceux du plus riche, la prévalence de l'excision des filles à tendance à diminuer nettement, variant de 17 % à 0,2 %.

**Tableau 9.5 Excision des filles de 0-14 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère**

Pourcentage de filles de 0-14 ans excisées par âge actuel, selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère, EDS-Continuée, Sénégal, 2014

Caractéristiques sociodémographiques de la mère	Âge actuel des filles			Effectif de filles de 0-14 ans
	0-4	5-9	10-14	
<b>Religion</b>				
Musulman	7,4	16,5	17,2	13,0
Chrétien	4,0	5,8	7,1	5,5
Animiste	(16,6)	*	*	25,9
				6 921
				212
				53
<b>Ethnie</b>				
Wolof	0,1	0,2	0,3	0,2
Poular	17,7	35,0	37,1	28,6
Serer	0,5	1,1	1,8	1,0
Mandingue	17,1	47,6	46,9	35,9
Diola	10,6	33,2	27,5	21,7
Soninké	28,0	32,4	(45,8)	33,2
Autre/non Sénégalais	8,4	24,6	37,9	21,7
				280
<b>Résidence</b>				
Urbain	2,2	11,3	12,9	8,1
Rural	11,2	20,4	20,0	16,5
				3 128
				4 058
<b>Grande région</b>				
Nord	15,3	24,6	27,6	21,6
Ouest	0,1	7,0	7,6	4,5
Centre	0,9	2,8	1,9	1,8
Sud	23,0	47,7	52,6	38,5
				1 468
				2 388
				2 128
				1 202
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>				
Pas d'instruction	8,9	17,7	19,3	14,7
Primaire	5,2	12,9	9,9	9,0
Moyen/Secondaire ou plus	2,8	13,0	8,8	6,7
				5 108
				1 463
				615
<b>Statut d'excision de la mère</b>				
Excisée	27,1	54,9	61,7	45,7
Non excisée	0,2	0,2	0,3	0,2
				2 001
				5 184
<b>Quintiles de bien-être économique</b>				
Le plus pauvre	16,5	30,0	28,0	23,7
Second	9,1	20,3	19,7	15,7
Moyen	5,9	13,6	16,3	11,4
Quatrième	1,3	8,0	11,5	6,2
Le plus riche	0,2	6,0	3,6	3,1
				1 668
				1 533
				1 488
				1 325
				1 172
Ensemble	7,4	16,4	16,9	12,9
				7 186

Note : Le statut d'excision des filles est déclaré par les mères. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non-pondérés et qu'elle a été supprimée.

### 9.3.2 Infibulation

Lors de l'EDS-Continue on a demandé aux femmes qui avaient déclaré que leurs filles avaient été excisées, si on leur avait « fermé la zone génitale », ce qui correspond à une forme extrême d'excision, appelée infibulation. Les résultats présentés au Tableau 9.6 concernent les filles excisées de 0-14 ans dont la zone génitale a été fermée. Cette forme extrême d'excision touche 5 % des filles de 0-14 ans. Dans la plupart des cas, les écarts selon les caractéristiques sociodémographiques ne sont pas significatifs car basés sur un effectif trop faible de filles ayant subi une infibulation. Il convient néanmoins de souligner que l'infibulation se pratique surtout chez les Soninkés (12 %) et chez celles dont la mère a aussi subi cette forme extrême d'excision (12 %).

## 9.4 CROYANCES ET OPINIONS VIS-À-VIS DE L'EXCISION

### 9.4.1 Croyance sur l'excision

Dans le but de mieux comprendre les raisons qui expliquent la persistance de la pratique de l'excision, on a demandé aux femmes et aux hommes qui connaissaient l'excision si, selon eux, l'excision est exigée par la religion. La majorité des femmes (79 %) et des hommes (75 %) ont déclaré que l'excision n'est pas une pratique exigée par la religion. C'est dans les ethnies et les régions où la pratique de l'excision est la plus répandue que l'opinion selon laquelle cette pratique est exigée par la religion est la plus fréquente. C'est le cas des régions Sud et Nord, (respectivement 32 % des femmes et 28 % des hommes et 27 % des femmes et 26 % des hommes), des ethnies mandingue et Poular (respectivement 32 % et 21 % des hommes et 32 % des femmes et 28 % des hommes). Parmi les femmes excisées, 44 % pensent que pratiquer l'excision est en accord avec leur religion contre 3 % parmi celles qui ne le sont pas. Cette opinion est aussi plus fréquemment partagée par les femmes et les hommes du milieu rural et par celles et ceux sans niveau d'instruction. Enfin, on remarque que des ménages les plus pauvres aux plus riches, la proportion de femmes qui pensent que l'excision est exigée par la religion diminue, variant de 23 % à 7 %. Chez les hommes, on constate la même tendance (respectivement 23 % à 7 %).

Tableau 9.6 Infibulation

Répartition (en %) des filles excisées de 0-14 ans selon que la zone génitale a été fermée par une couture suivant les caractéristiques sociodémographiques des mères, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristiques sociodémographiques de la mère	La zone génitale a été fermée par une couture			Effectif de filles excisées
	Oui	Non	NSP/ Manquant	
<b>Religion</b>				
Musulman	5,4	78,1	16,5	100,0
Chrétien	*	*	*	100,0
Animiste	*	*	*	100,0
				899
<b>Ethnie</b>				
Wolof	*	*	*	100,0
Poulear	5,0	70,4	24,6	100,0
Serer	*	*	*	100,0
Mandingue	6,9	89,5	3,6	100,0
Diola	5,8	92,1	2,1	100,0
Soninké	12,4	81,0	6,6	100,0
Autre/non Sénégalais	0,0	98,8	1,2	100,0
				61
<b>Résidence</b>				
Urbain	3,7	83,9	12,4	100,0
Rural	5,9	75,8	18,3	100,0
				254
<b>Grande région</b>				
Nord	5,2	54,0	40,9	100,0
Ouest	(0,0)	(88,0)	(12,0)	100,0
Centre	5,8	94,2	0,0	100,0
Sud	6,5	90,9	2,6	100,0
				317
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>				
Pas d'instruction	6,0	78,3	15,7	100,0
Primaire	2,0	75,7	22,3	100,0
Moyen/Secondaire ou plus	1,4	81,3	17,2	100,0
				131
<b>Excision de la mère</b>				
Mère ayant subi une infibulation	11,9	27,7	60,4	100,0
Mère n'ayant pas subi d'infibulation	3,9	86,9	9,2	100,0
Mère non excisée	*	*	*	100,0
				777
				11
<b>Quintiles de bien-être économique</b>				
Le plus pauvre	5,7	78,9	15,5	100,0
Second	6,3	78,2	15,5	100,0
Moyen	4,1	79,3	16,6	100,0
Quatrième	5,0	73,8	21,2	100,0
Le plus riche	*	*	*	100,0
				83
Ensemble	5,3	78,0	16,7	100,0
				395
				240
				170
				83
				37
				924

Note : Le statut d'excision des filles est déclaré par les mères. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

Tableau 9.7 Croyance des femmes et des hommes au sujet de l'excision

Pourcentage de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans qui connaissent l'excision et qui pensent que l'excision est exigée par la religion, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Femme					Homme				
	Exigée	Non exigée	NSP/ Manquant	Total	Effectif de femmes	Exigée	Non exigée	NSP/ Manquant	Total	Effectif d'hommes
<b>Excision de la femme</b>										
Excisée	44,1	49,8	6,1	100,0	1 183	na	na	na	0,0	0
Non excisée	3,2	91,8	5,0	100,0	2 770	na	na	na	0,0	0
<b>Âge</b>										
15-19	15,2	79,9	5,0	100,0	105	10,8	72,2	17,0	100,0	495
20-24	18,8	76,7	4,6	100,0	474	13,4	77,2	9,3	100,0	515
25-29	16,3	78,5	5,2	100,0	846	13,1	74,5	12,5	100,0	450
30-34	14,9	79,8	5,3	100,0	840	14,9	70,8	14,3	100,0	381
35-39	13,6	81,3	5,1	100,0	735	12,7	76,6	10,8	100,0	284
40-44	16,0	77,2	6,8	100,0	548	11,7	78,7	9,6	100,0	318
45-49	13,6	81,3	5,1	100,0	406	16,3	77,4	6,3	100,0	232
<b>Religion</b>										
Musulman	15,7	79,1	5,3	100,0	3 799	13,6	75,1	11,3	100,0	2 547
Chrétien	6,8	86,4	6,7	100,0	128	2,5	76,6	20,9	100,0	119
Animiste	(26,8)	(62,4)	(10,8)	100,0	27	*	*	*	100,0	8
<b>Ethnie</b>										
Wolof	2,4	92,9	4,7	100,0	1 643	5,4	83,1	11,5	100,0	1 086
Pular	32,4	61,7	5,9	100,0	1 106	28,2	56,6	15,2	100,0	724
Serer	1,7	94,4	3,9	100,0	492	2,3	94,0	3,8	100,0	347
Mandingue	31,6	63,5	4,9	100,0	276	20,7	66,6	12,7	100,0	152
Diola	26,6	65,2	8,1	100,0	217	7,5	70,3	22,2	100,0	109
Soninké	24,2	70,0	5,7	100,0	60	23,9	66,9	9,2	100,0	41
Autre/non sénégalais	28,7	62,4	8,9	100,0	160	13,6	75,7	10,6	100,0	215
<b>Résidence</b>										
Urban	11,6	83,7	4,6	100,0	1 919	9,4	82,0	8,6	100,0	1 594
Rural	19,1	74,9	6,0	100,0	2 034	18,5	64,8	16,7	100,0	1 080
<b>Grande région</b>										
Nord	27,4	65,8	6,8	100,0	795	26,4	48,6	25,0	100,0	518
Ouest	8,8	86,5	4,7	100,0	1 468	5,1	92,1	2,7	100,0	1 239
Centre	4,9	89,5	5,5	100,0	1 026	6,7	79,8	13,6	100,0	504
Sud	32,1	63,3	4,6	100,0	665	27,9	51,2	21,0	100,0	413
<b>Niveau d'instruction</b>										
Pas d'instruction	17,4	76,8	5,8	100,0	2 581	18,0	67,2	14,8	100,0	970
Primaire	13,9	81,7	4,4	100,0	912	10,5	77,5	12,0	100,0	649
Moyen/Secondaire ou plus	7,5	87,8	4,6	100,0	460	10,1	80,8	9,2	100,0	1 055
<b>Quintiles de bien-être économique</b>										
Le plus pauvre	23,3	71,8	4,9	100,0	804	23,0	55,1	21,9	100,0	330
Second	19,4	73,4	7,2	100,0	734	17,3	64,4	18,3	100,0	316
Moyen	14,1	80,4	5,4	100,0	791	18,2	69,1	12,6	100,0	539
Quatrième	13,5	81,8	4,7	100,0	828	9,1	82,1	8,8	100,0	683
Le plus riche	7,3	88,1	4,7	100,0	797	7,2	85,3	7,4	100,0	806
Ensemble 15-49	15,5	79,2	5,3	100,0	3 953	13,1	75,0	11,9	100,0	2 674
50-59	na	na	na	na	na	15,5	74,4	10,1	100,0	338
Ensemble 15-59	na	na	na	na	na	13,3	75,0	11,7	100,0	3 012

Note : Le statut d'excision des filles est déclaré par les mères. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée

na = Non applicable

#### 9.4.2 Opinion sur l'abandon ou la poursuite de l'excision

Le Tableau 9.9 présente les résultats concernant l'opinion des femmes et des hommes sur le maintien ou l'abandon de la pratique de l'excision. Environ, huit femmes de 15-49 ans sur dix (81 %) pensent que la pratique de l'excision devrait être abandonnée, seulement 16 % pensent qu'elle devrait être maintenue. Ces proportions varient selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes. En effet, on constate que 49 % des femmes excisées sont favorables au maintien de la pratique contre 2 % parmi celles qui ne le sont pas. Par ailleurs, contre toute attente, on remarque que des générations les plus anciennes aux plus récentes, la proportion de femmes favorable au maintien de cette pratique augmente passant de 12 % parmi celles de 45-49 ans à 17 % parmi celles de 25-29 ans et à 23 % parmi celles de 15-19 ans. Les résultats montrent ensuite que c'est parmi les femmes musulmanes (16 %), dans les ethnies et les régions où cette pratique est répandue comme les Mandingues (39 % et la région Sud (39 %), en milieu rural (21 %), parmi les femmes sans niveau d'instruction (18 %) et parmi celles dont le ménage est classé

dans le quintile le plus pauvre (28 %) que la proportion de femmes favorables au maintien de la pratique de l'excision est la plus élevée.

Les résultats concernant les hommes montrent qu'une proportion plus faible que celle observée chez les femmes s'est prononcée en faveur du maintien de la pratique de l'excision (12 % contre 16 %). Cependant, plus des trois quarts ne sont pas favorables à son maintien (79 %) et 9 % ne se sont pas prononcés. Les hommes favorables au maintien de la pratique de l'excision appartiennent aux mêmes catégories sociodémographiques que les femmes.

Tableau 9.8 Avis des femmes et des hommes sur l'abandon de l'excision

Pourcentage de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans connaissant l'excision et qui pensent que cette pratique doit continuer ou doit être abandonnée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Femme				Homme				Effectif d'hommes
	Doit continuer	Doit être abandonnée	Ne se prononce pas clairement	Total	Effectif des femmes	Doit continuer	Doit être abandonnée	Ne se prononce pas clairement	
<b>Statut d'excision de la femme</b>									
Excisée	49,1	45,4	5,5	100,0	1 183	na	na	na	na
Non excisée	1,7	95,8	2,5	100,0	2 770	na	na	na	na
<b>Âge</b>									
15-19	23,3	72,7	4,0	100,0	105	11,6	80,3	8,0	100,0
20-24	18,2	79,5	2,2	100,0	474	11,6	80,4	8,0	100,0
25-29	16,9	80,1	3,0	100,0	846	11,5	78,4	10,0	100,0
30-34	16,1	80,5	3,4	100,0	840	12,0	79,5	8,5	100,0
35-39	14,8	83,1	2,1	100,0	735	13,5	74,8	11,7	100,0
40-44	14,5	80,2	5,4	100,0	548	8,0	84,0	8,0	100,0
45-49	12,4	82,6	4,9	100,0	406	15,1	74,3	10,6	100,0
<b>Religion</b>									
Musulman	16,0	80,7	3,3	100,0	3 799	12,2	79,0	8,7	100,0
Chrétien	9,1	87,4	3,5	100,0	128	1,1	83,5	15,4	100,0
Animiste	(31,1)	(56,2)	(12,7)	100,0	27	*	*	*	8
<b>Ethnie</b>									
Wolof	1,3	96,0	2,6	100,0	1 643	3,2	90,4	6,4	100,0
Pular	31,4	63,7	4,9	100,0	1 106	26,9	60,1	13,0	100,0
Serer	3,1	95,1	1,8	100,0	492	2,4	91,0	6,6	100,0
Mandingue	38,9	58,0	3,1	100,0	276	22,2	66,5	11,3	100,0
Diola	26,7	71,1	2,2	100,0	217	5,4	84,9	9,7	100,0
Soninké	26,4	71,1	2,5	100,0	60	22,9	63,9	13,2	100,0
Autre/non sénégalais	39,2	53,5	7,3	100,0	160	12,6	77,3	10,1	100,0
<b>Résidence</b>									
Urbain	11,0	86,1	2,9	100,0	1 919	8,4	83,2	8,3	100,0
Rural	20,5	75,7	3,9	100,0	2 034	16,6	73,3	10,1	100,0
<b>Grande région</b>									
Nord	25,6	67,6	6,8	100,0	795	21,5	68,6	9,9	100,0
Ouest	7,3	90,2	2,5	100,0	1 468	6,1	86,6	7,3	100,0
Centre	5,6	93,1	1,3	100,0	1 026	7,5	84,1	8,4	100,0
Sud	39,0	56,6	4,4	100,0	665	21,7	64,5	13,9	100,0
<b>Niveau d'instruction</b>									
Pas d'instruction	18,0	78,0	4,0	100,0	2 581	16,6	72,6	10,8	100,0
Primaire	13,9	83,0	3,0	100,0	912	10,3	78,7	10,9	100,0
Moyen/secondeaire ou plus	7,8	91,5	0,6	100,0	460	8,1	85,7	6,2	100,0
<b>Quintiles de bien-être économique</b>									
Le plus pauvre	27,9	68,3	3,7	100,0	804	23,8	62,4	13,8	100,0
Second	20,7	74,9	4,5	100,0	734	14,5	73,4	12,1	100,0
Moyen	13,9	80,8	5,3	100,0	791	14,6	79,9	5,5	100,0
Quatrième	11,6	85,6	2,7	100,0	828	7,5	84,6	7,9	100,0
Le plus riche	5,7	93,6	0,7	100,0	797	7,4	83,5	9,2	100,0
Ensemble 15-49	15,9	80,7	3,4	100,0	3 953	11,7	79,2	9,0	100,0
50-59	na	na	na	na	na	8,8	86,9	4,4	100,0
Ensemble 15-59	na	na	na	na	na	11,4	80,1	8,5	100,0
Note : Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. na = Non applicable									



*Moussa DIAKHATÉ*

#### Principaux résultats

- La proportion de femmes ayant déclaré souffrir d'une maladie chronique est plus élevée que celle des hommes (20 % contre 13 %).
- C'est l'hypertension artérielle qui a été la maladie chronique la plus fréquemment déclarée, en particulier par les femmes (45 % contre 27 % chez les hommes).
- Environ une personne atteinte de maladie chronique sur dix (11 %) a déclaré souffrir de deux maladies chroniques ou plus.
- Parmi les personnes souffrant de maladies chroniques, la grande majorité (89 %) a été informée de la maladie par un médecin et les deux-tiers sont traités de manière régulière (66 %).

**L**a connaissance de la prévalence des maladies chroniques comme le diabète, la drépanocytose, l'hypertension artérielle et le cancer est importante pour les stratégies de lutte contre ces maladies.

Au Sénégal, la Direction de la Lutte contre la Maladie du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale porte un intérêt particulier aux statistiques sur les maladies chroniques en vue d'affiner les politiques de santé adoptées ou de suivre leur évolution.

C'est ainsi que, durant la deuxième année de l'enquête continue, un module sur les maladies chroniques a été introduit dans le questionnaire ménage pour recueillir des informations sur la prévalence des maladies chroniques et les facteurs de risques comme le tabagisme et la consommation d'alcool qui sont associés à certaines de ces maladies.

## 10.1 PRÉVALENCE DES MALADIES CHRONIQUES

### 10.1.1 Maladies chroniques chez la femme

Le Tableau 10.1 présente le pourcentage des femmes de 15-60 ans et plus qui souffrent d'une maladie chronique et les pourcentages qui souffrent de maladies chroniques par type de maladie, selon certaines caractéristiques démographiques. Vingt pour cent des femmes de 15-60 ans et plus ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage ont déclaré souffrir d'au moins une maladie chronique. La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement avec l'âge, variant de 6 % à 15-19 ans à 39 % à 60 ans ou plus.

La maladie la plus fréquemment déclarée par les femmes qui ont déclaré souffrir d'une maladie chronique est, de loin, l'hypertension artérielle (45 %). En outre, dans 12 % des cas, les femmes ont déclaré souffrir d'ulcération chronique et dans 10 % des cas, d'asthme. Signalons aussi que le diabète a été cité par 6 % des femmes. Les variations avec l'âge diffèrent selon la maladie chronique. En effet, en ce qui concerne l'hypertension artérielle, l'arthrose et la cataracte, les résultats montrent clairement que la prévalence augmente avec l'âge, de 11 % à 15-19 ans à 59 % à 60 ans et plus pour l'hypertension et respectivement de 3 % à 10 % pour l'arthrose et respectivement de 2 % à 6 % pour la cataracte. Il en est de même pour le diabète qui affecte 2 % des femmes de 20-34 ans contre 9 % de celles de 60 ans et plus. Par contre, la tendance est inversée en ce qui concerne l'asthme, le pourcentage de femmes ayant déclaré en souffrir diminue avec l'âge, passant de 37 % à 15-19 ans à 7 % parmi les 60 ans et plus. On constate cette même tendance avec l'âge pour les maladies de la peau, les céphalées chroniques et la drépanocytose.

**Tableau 10.1 Maladies chroniques chez les femmes**

Pourcentage de femmes atteintes de maladie chronique par type de maladie selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Pourcentage de malades	Effectif	Type de maladie <sup>1</sup>										Effectif
			HTA Hypertension artérielle	Diabète	Ulcération chronique	Drépanocytose	Arthrose	Céphalée chronique	Asthme	Cata-racte	Douleur chronique du dos	Maladie de la peau	
<b>Âge</b>													
15-19	6,2	1 911	10,8	0,0	9,4	2,8	2,6	10,0	37,0	1,7	0,0	7,6	119
20-34	12,7	4 526	29,3	2,4	14,0	3,4	2,7	10,9	11,0	0,5	1,1	6,3	573
35-59	28,8	3 715	51,2	8,3	13,9	1,9	3,5	3,7	7,6	0,9	2,7	4,3	1 069
60+	39,2	1 167	58,9	8,7	7,1	0,0	9,8	0,8	6,6	6,4	1,3	3,2	457
<b>Résidence</b>													
Urbain	20,8	5 826	43,8	8,7	11,4	3,2	5,3	5,0	12,9	1,4	1,7	2,4	1 209
Rural	18,4	5 498	46,4	3,7	13,3	0,5	3,6	5,6	6,2	2,6	2,0	7,5	1 010
<b>Grande région</b>													
Nord	32,0	2 274	40,3	4,3	12,9	0,8	5,0	9,5	5,1	3,0	1,3	10,2	727
Ouest	18,6	4 494	41,2	10,8	8,6	4,0	5,1	3,5	16,6	1,5	1,7	1,1	836
Centre	13,2	2 830	61,3	2,7	12,8	0,6	2,3	2,8	6,6	2,2	1,2	1,4	372
Sud	16,5	1 726	47,0	3,5	20,7	0,6	4,7	2,9	6,2	0,5	4,4	5,8	284
<b>Niveau d'instruction<sup>2</sup></b>													
Aucun	22,0	6 756	51,4	5,7	12,2	0,3	3,8	4,4	6,5	2,5	1,7	5,9	1 483
Primaire	19,1	2 156	39,6	9,7	13,1	1,9	5,2	7,1	11,6	0,7	1,0	3,1	412
Moyen/secondeaire et plus	13,7	2 294	21,7	5,0	11,6	9,1	7,3	6,8	23,6	1,0	3,5	1,6	314
<b>Quintiles de bien-être économique</b>													
Le plus pauvre	15,5	1 957	47,2	2,5	15,6	0,0	3,9	6,8	3,1	1,3	3,1	7,8	303
Second	17,8	2 081	46,3	2,2	14,4	0,0	3,4	3,7	8,9	1,7	2,5	6,9	371
Moyen	19,2	2 291	50,0	5,0	10,3	0,8	2,3	4,6	8,5	3,4	1,4	7,2	440
Quatrième	23,3	2 296	45,6	8,9	12,8	1,1	3,5	4,9	10,8	2,3	0,8	2,3	536
Le plus riche	21,1	2 692	38,7	9,9	10,1	6,0	8,3	6,4	14,3	1,1	2,1	2,1	567
Ensemble <sup>3</sup>	19,6	11 323	45,0	6,4	12,3	2,0	4,5	5,3	9,8	2,0	1,8	4,7	2 219

Notes : Le tableau est basé sur les personnes âgées de 15 ans ou plus ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage..

<sup>1</sup> Il s'agit d'une réponse multiple.

<sup>2</sup> Exclut 15 cas non pondérés d'enquêtées dont le niveau d'instruction est manquant.

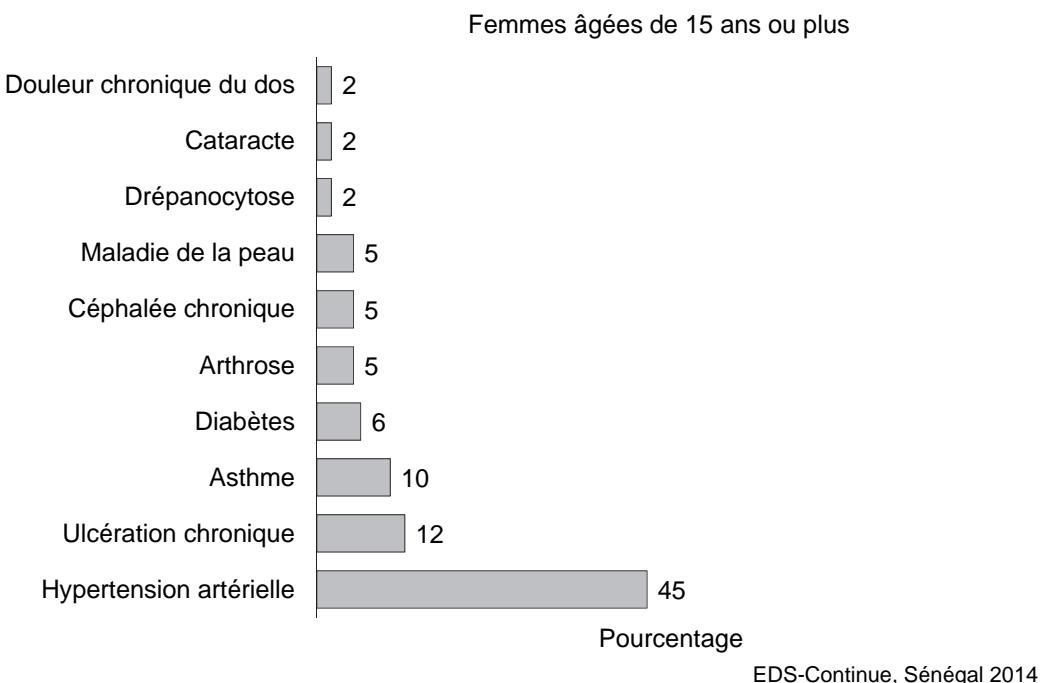
<sup>3</sup> Y compris 4 femmes pour lesquelles l'âge est non déterminé.

Les résultats montrent que la prévalence des maladies chroniques est plus élevée en milieu urbain (21 % contre 18 % dans le milieu rural). Ce constat n'est valable que pour certaines affections comme le diabète qui touche 9 % des femmes en urbain contre 4 % en milieu rural, l'asthme (13 % en milieu urbain et 6 % en milieu rural) et la drépanocytose (3 % en milieu urbain et 1 % en milieu rural). Par contre, en ce qui concerne l'hypertension artérielle, l'écart entre les deux milieux de résidence est très faible (44 % en urbain contre 46 % en rural).

Cette prévalence des maladies chroniques est nettement plus élevée dans la région Nord que dans les autres, en particulier que dans celle du Centre, qui détient la prévalence la plus faible (13 %). Par contre, c'est dans cette région que le pourcentage de femmes ayant déclaré souffrir d'hypertension artérielle est, de loin, le plus élevé (61 %), suivi par la région Sud (47 %). La région Sud se caractérise par la prévalence de l'ulcération chronique la plus élevée, 21 % des femmes ayant rapporté en souffrir. Cette affection a également été déclarée par 13 % des femmes du Nord et par 13 % de celles du Centre. Le diabète et l'asthme seraient, par contre, plus prévalent dans la région Ouest, respectivement 11 % et 17 % des femmes ayant déclaré en souffrir.

En outre, les résultats montrent que les femmes sans niveau d'instruction ont déclaré plus fréquemment que les autres souffrir de maladie chronique (22 % contre 14 % parmi celles ayant un niveau moyen/secondeaire ou plus) ; en particulier, ces femmes ont rapporté souffrir d'hypertension artérielle (51 % contre 22 % parmi celles ayant un niveau moyen/secondeaire ou plus). Par ailleurs, dans les ménages des deux quintiles les plus riches, on constate que les pourcentages de femmes ayant déclaré souffrir de maladie chronique sont plus élevées que dans les autres quintiles. On remarque que le diabète, l'arthrose et l'asthme ont été cité plus fréquemment dans ces ménages. Par contre, l'hypertension artérielle (39 % dans le quintile le plus riche contre 50 % dans le moyen quintile) a été déclarée comme étant la maladie qui affecte le moins fréquemment les femmes vivant dans les ménages les plus riches.

**Graphique 10.1 Pourcentage de femmes atteintes d'une maladie chronique par type de maladie**



### 10.1.2 Maladies chroniques chez l'homme

Le Tableau 10.2 présente les mêmes informations pour les hommes. Dans 13 % des cas, les hommes ont déclaré souffrir de maladie chronique, soit un pourcentage plus faible que chez les femmes (20 %). Globalement, les hommes ont déclaré souffrir des mêmes maladies que celles déclarées par les femmes. Il s'agit de l'hypertension artérielle (27 %), de l'ulcération chronique (12 %), de l'asthme (12 %) et du diabète (9 %).

Les variations de la prévalence selon l'âge pour la plupart des maladies sont semblables à celles constatées chez les femmes : en effet, le pourcentage d'hommes ayant déclaré souffrir d'hypertension artérielle augmente avec l'âge, de 2 % à 15-19 ans à 52 % parmi les 60 ans et plus. Celle du diabète varie respectivement de 7 % à 11 % et celle de la cataracte de 0,8 % à 8 %. À l'inverse, on constate, comme chez les femmes que la prévalence de l'asthme diminue avec l'âge, passant de 33 % à 15-19 ans à 6 % à 60 ans et plus. La prévalence déclarée des maladies de la peau et de la céphalée chronique suit cette tendance à la baisse avec l'âge.

Le pourcentage d'hommes ayant déclaré souffrir d'une maladie chronique présente des variations moins importantes que celles observées chez les femmes. Cependant, comme chez les femmes, c'est dans la région Nord (19 %), parmi ceux sans niveau d'instruction (15 %) et parmi ceux dont le ménage est classé dans le quatrième quintile ou le quintile le plus riche (respectivement 13 % et 14 %) que la prévalence déclarée des maladies chroniques est la plus élevée.

Les résultats selon le type de maladie montrent que l'hypertension artérielle a été plus fréquemment déclarée par les hommes vivant en milieu rural qu'en milieu urbain (32 % contre 22 %). C'est dans la région du Centre (39 %), parmi ceux sans instruction (34 %) et parmi ceux dont le ménage est classé dans le quintile le plus pauvre (36 %) que le pourcentage d'hommes ayant déclaré souffrir d'hypertension artérielle est le plus élevé. L'asthme a été plus fréquemment rapporté en milieu urbain qu'en milieu rural (14 % contre 9 % en rural), dans les régions du Nord et de l'Ouest (14 % et 13 %) et surtout par les hommes ayant un niveau d'instruction primaire (23 %). Quant au diabète, il est plus prévalent en milieu urbain (11 % contre 6 % en milieu rural), dans la région Ouest (13 % contre un minimum de 5 % dans le Sud) et parmi les hommes dont le ménage est classé dans le quatrième quintile (13 % contre un minimum de 2 % dans le plus pauvre).

**Tableau 10.2 Maladies chroniques chez les hommes**

Pourcentage d'hommes ayant déclaré souffrir de maladie chronique par type de maladie selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Pourcentage de malades	Effectif	Type de maladie <sup>1</sup>										
			HTA Hypertension artérielle	Dia-bètes	Ulcéra-tion chro-nique	Arthrose	Cépha-lée chro-nique	Asthme	Cata-racte	Douleur chro-nique du dos	Maladie mentale	Maladie de la peau	Effectif
<b>Âge</b>													
15-19	5,6	1 720	1,9	7,3	10,3	2,9	3,6	33,1	0,8	0,0	3,3	8,8	96
20-34	6,3	3 435	5,2	0,7	13,0	4,3	4,9	17,3	2,4	3,0	4,4	5,7	215
35-59	16,4	2 757	21,9	11,4	15,3	2,8	2,1	9,9	2,7	3,4	1,9	4,8	453
60+	33,0	1 088	52,0	10,7	8,4	6,0	0,5	5,5	8,2	1,3	1,3	3,2	359
<b>Résidence</b>													
Urbain	12,8	4 966	22,4	11,1	11,8	4,4	1,9	13,9	4,4	2,7	1,6	2,2	637
Rural	12,0	4 040	32,2	5,8	12,8	3,8	2,7	9,3	4,0	1,9	3,2	8,3	486
<b>Grande région</b>													
Nord	19,4	1 700	24,1	6,4	10,1	4,7	2,8	13,6	4,3	1,9	3,1	12,4	330
Ouest	10,8	3 927	22,1	12,5	11,2	4,0	1,9	12,6	5,4	3,0	0,7	0,7	425
Centre	9,6	1 957	38,8	8,6	13,6	2,8	1,3	9,9	3,6	1,1	5,0	1,6	187
Sud	12,7	1 420	29,2	4,7	17,1	4,8	2,9	9,5	2,1	3,1	1,8	3,9	181
<b>Niveau d'instruction</b>													
Aucun	15,0	4 237	34,4	8,9	12,0	4,2	1,6	8,5	5,7	2,8	3,3	5,2	634
Primaire	9,8	1 728	18,2	4,2	10,0	3,3	1,9	23,0	1,6	2,0	1,9	6,7	169
Moyen/Secondaire et plus	10,3	2 592	15,1	8,4	13,3	3,6	2,8	14,5	2,9	2,0	0,7	3,3	268
Ne sait pas/ manquant	11,5	447	(18,9)	(24,6)	(16,8)	(9,2)	(8,5)	(4,5)	(1,9)	(0,0)	(0,0)	(1,7)	52
<b>Quintiles de bien-être économique</b>													
Le plus pauvre	11,6	1 487	36,4	2,1	15,5	4,5	3,5	6,6	4,6	3,6	3,0	5,6	173
Second	11,0	1 547	32,2	6,9	13,1	4,4	1,5	9,1	2,4	1,4	3,4	7,5	171
Moyen	12,4	1 736	26,8	8,6	11,9	3,2	2,3	8,6	6,0	2,1	2,0	9,0	215
Quatrième	12,8	2 022	19,3	12,5	12,0	2,2	2,0	14,8	3,4	3,8	3,7	4,5	258
Le plus riche	13,8	2 213	24,0	10,7	10,3	6,1	2,2	16,5	4,6	1,1	0,2	0,3	305
Ensemble <sup>2</sup>	12,5	9 005	26,6	8,8	12,2	4,1	2,3	11,9	4,2	2,4	2,3	4,8	1 123

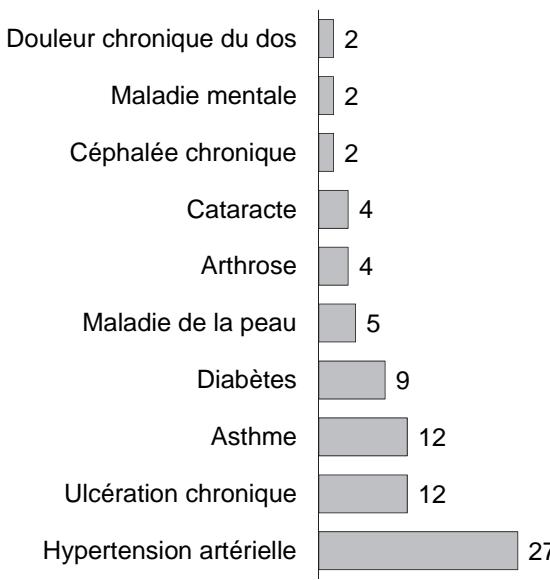
Notes : Le tableau est basé sur les personnes âgées de 15 ans ou plus ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.

<sup>1</sup> Il s'agit d'une réponse multiple.

<sup>2</sup> Y compris 6 hommes pour lesquels l'âge est non déterminé.

### Graphique 10.2 Pourcentage d'hommes atteints d'une maladie chronique par type de maladie

Hommes âgés de 15 ans ou plus



EDS-Continue, Sénégal 2014

### 10.1.3 Suivi des maladies chroniques

Globalement, au Sénégal, parmi les personnes de 15-60 ans et plus ayant déclaré souffrir de maladies chroniques, 11 % ont déclaré souffrir de deux maladies chroniques ou plus. Ce pourcentage augmente avec l'âge, de 3 % à 15-19 ans à 16 % parmi ceux de 60 ans et plus. Il est plus élevé dans la région Nord (14 % contre un minimum de 8 % au centre), chez ceux ayant un niveau d'instruction moyen/supérieur ou plus (15 % contre 10 % parmi ceux sans niveau d'instruction) et parmi ceux dont le ménage est classé dans le quintile le plus riche (15 %).

Dans la grande majorité des cas (89 %), les personnes malades ont été informées de leur maladie par un médecin. Ce pourcentage est élevé quelle que soit la caractéristique. On peut cependant relever qu'il augmente avec l'âge, de 87 % à 15-19 ans à 92 % à 60 ans et plus et qu'il est plus élevé en milieu urbain que rural (92 % contre 86 %), dans les régions Ouest et Centre (95 % et 93 %) que dans les autres. En outre, le pourcentage de malades informés par un médecin augmente avec le niveau d'instruction, passant de 88 % parmi ceux sans niveau d'instruction à 92 % parmi ceux ayant un niveau moyen/secondaire ou plus. Globalement, on constate aussi que des ménages les plus pauvres aux plus riches, le pourcentage de femmes et d'hommes informés de leur maladie par un médecin augmente, variant de 82 % à 97 %.

Les deux-tiers des personnes souffrant de maladies chroniques prennent un traitement de manière régulière. Ce pourcentage augmente avec l'âge, de 61 % à 15-19 ans à 75 % parmi ceux de 60 ans et plus. Suivre un traitement est plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural (69 % contre 62 %), dans les régions Nord et Ouest (68 % et 71 %) que dans les deux autres (58 % dans les deux cas). Le suivi d'un traitement semble aussi être influencé par le niveau d'instruction et par le quintile de bien-être économique dans lequel est classé le ménage dans lequel vit la personne malade.

**Tableau 10.3 Maladies chroniques chez les femmes et les hommes**

Pourcentage des femmes et des hommes atteints d'une maladie chronique selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continu, Sénégal 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Parmi les personnes qui souffrent de maladie chronique <sup>1</sup> :			
	Pourcentage de personnes souffrant de 2 maladies ou plus	Pourcentage ayant été informé par un médecin	Pourcentage qui suit un traitement de manière régulière	Effectif
<b>Âge</b>				
15-19	3,4	86,8	60,5	215
20-34	6,3	85,3	59,3	788
35-59	12,0	89,8	65,9	1 522
60+	15,7	92,4	74,9	816
<b>Résidence</b>				
Urban	11,5	92,1	69,3	1 846
Rural	10,4	85,5	62,3	1 496
<b>Grande région</b>				
Nord	13,5	84,1	67,7	1 057
Ouest	10,6	94,6	71,1	1 261
Centre	7,6	92,5	58,7	560
Sud	10,7	81,7	58,3	465
<b>Niveau d'instruction</b>				
Aucun	10,1	88,0	64,6	2 118
Primaire	11,2	89,9	64,1	581
Moyen/Secondaire et plus	14,8	92,2	73,1	582
<b>Quintiles de bien-être économique</b>				
Le plus pauvre	8,7	82,4	56,9	476
Second	8,2	83,9	60,5	542
Moyen	12,2	89,2	65,1	655
Quatrième	9,2	88,2	61,4	795
Le plus riche	14,8	96,8	79,8	872
Ensemble <sup>2</sup>	11,0	89,1	66,2	3 342

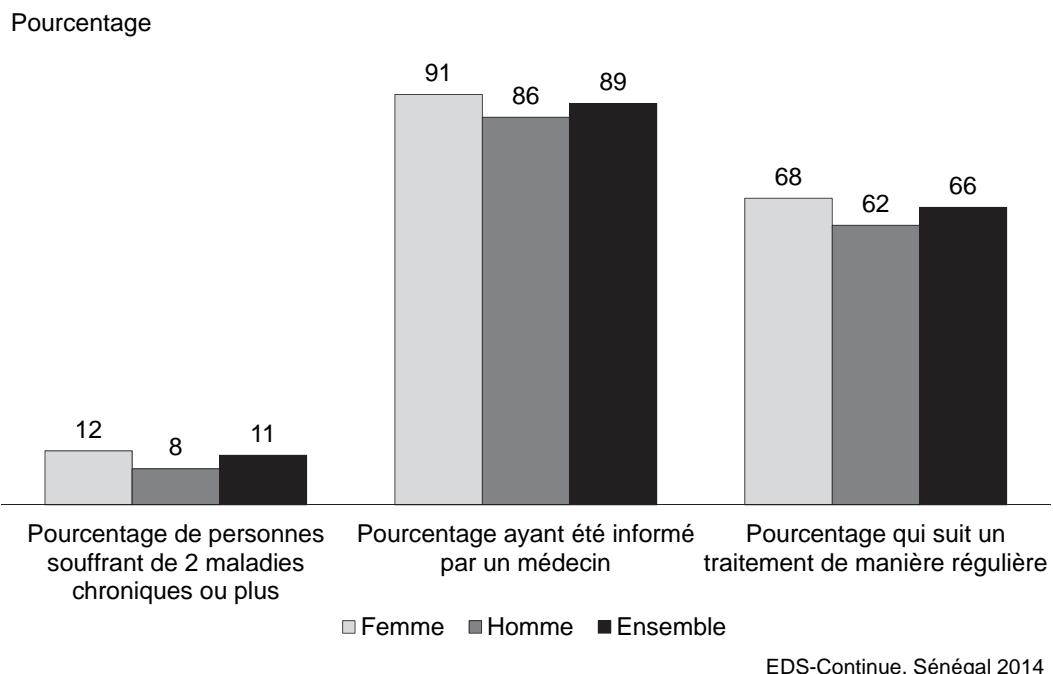
Note : Le tableau est basé sur les personnes âgées de 15 ans ou plus ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage.

<sup>1</sup> Il s'agit d'une réponse multiple.

<sup>2</sup> Y compris 2 cas non pondérés pour lesquels l'âge est non déterminé et 51 cas non pondérés pour lesquels le niveau d'instruction est non déterminé.

Les résultats présentés au graphique 10.3 montrent que le pourcentage de femmes souffrant de deux maladies chroniques ou plus est un peu plus élevé que celui des hommes (12 % contre 8 %). En outre, dans 91 % des cas contre 86 % pour les hommes, les femmes ont été informées de leur maladie par un médecin. On constate aussi que quand elles sont malades, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à suivre un traitement de manière régulière (68 % contre 62 %).

**Graphique 10.3 Parmi les personnes qui souffrent d'au moins une maladie chronique, type de suivi des maladies chroniques chez les femmes et les hommes**



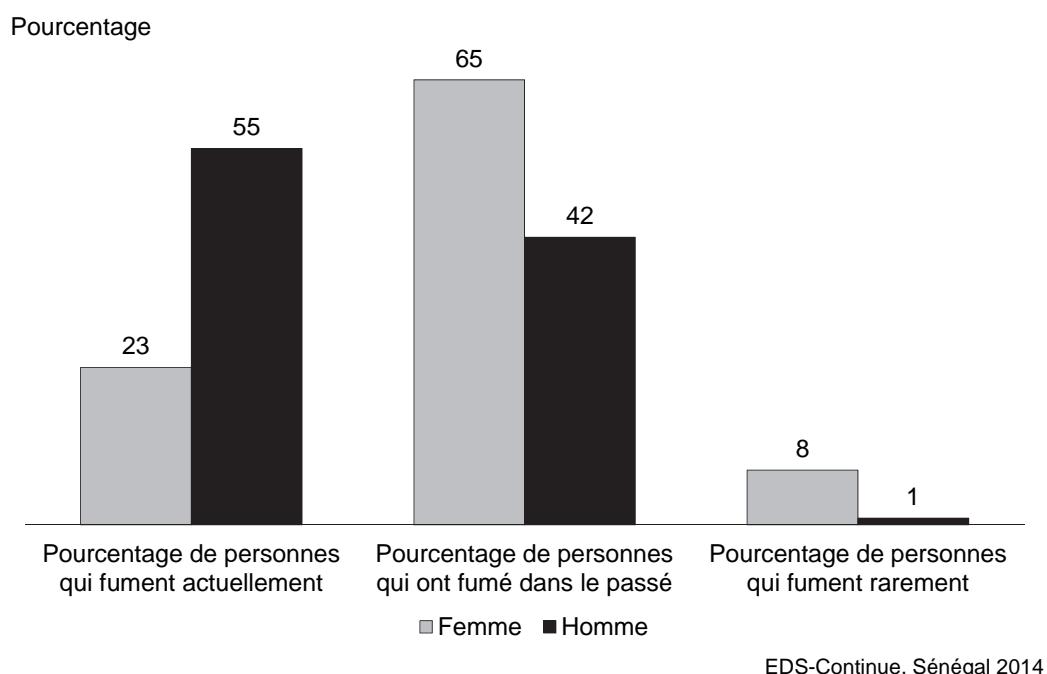
## 10.2 FACTEURS DE RISQUE

Il est admis que la consommation abusive de certaines substances telles que le tabac et l'alcool, influence la survenue de maladies chroniques. Le contrôle et la réduction de ces facteurs de risques constituent la pierre angulaire de toute politique de prévention.

### 10.2.1 Tabagisme

Au cours de l'enquête, des questions sur la consommation actuelle ou passée de cigarettes, ou d'un autre type de tabac ont été posées pour chaque personne âgée de 15 ans ou plus ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage. Le Graphique 10.4 présente ces résultats. Au Sénégal, 55 % des hommes contre 23 % des femmes ont déclaré qu'au moment de l'enquête, ils fumaient des cigarettes ou ils consommaient du tabac sous une autre forme. Par contre, dans 65 % des cas contre 42 % pour les hommes, les femmes ont déclaré qu'elles avaient fumé dans le passé des cigarettes ou consommé un autre tabac. On constate aussi que 8 % des femmes contre 1 % des hommes ont déclaré fumé ou consommé du tabac rarement.

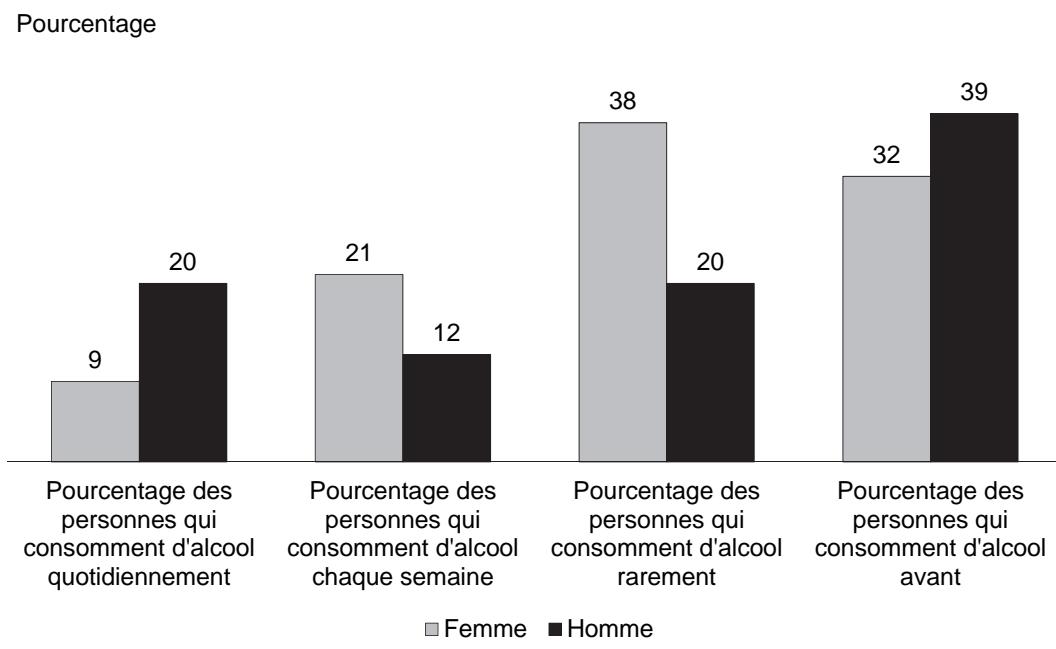
**Graphique 10.4 Parmi les personnes de 15 ans et plus qui fument ou ont fumé dans le passé des cigarettes, ou un autre type de tabac**



### 10.2.2 Consommation d'alcool

Au cours de l'enquête, des questions sur la consommation d'alcool durant les 10 dernières années ou plus ont été posées pour chaque personne âgée de 15 ans ou plus vivant dans le ménage. Le pourcentage d'hommes consommant quotidiennement de l'alcool est largement supérieur au pourcentage de femmes, soit 20 % contre 9 % (Graphique 10.5).

**Graphique 10.5 Parmi les personnes qui consommaient de l'alcool durant les 10 dernières années ou plus**



## 10.3 INCAPACITÉ FONCTIONNELLE

L'incapacité fonctionnelle désigne l'état physique ou mental d'une personne qui a subi des dommages ayant eu une incidence sur les fonctions du corps et qui se traduisent par une limitation de ses activités quotidiennes. La prise en charge dépend de la sévérité de leur incapacité et de leur condition de vie.

### 10.3.1 Prévalence de l'incapacité fonctionnelle

Dans la quasi-totalité des cas (97 %), les personnes ont déclaré ne pas avoir subi de dommages physiques, mentaux ou autres, au cours des six derniers mois, qui ont eu pour conséquence une limitation de leurs activités quotidiennes. Ce pourcentage est élevé dans tous les sous-groupes. On peut cependant relever que parmi les personnes de 60 ans et plus, 9 % ont déclaré avoir subi des dommages qui limitent sévèrement leurs activités quotidiennes.

Parmi les personnes qui ont souffert d'une déficience physique, mentale, ou autres datant de 6 mois ou plus avant l'enquête, on constate que c'est la perte de mobilité qui a été le plus fréquemment déclaré comme incapacité fonctionnelle (51 %) ; La baisse ou la faiblesse de la vue (27 %) et la baisse des facultés de la compréhension/ communication (21 %) sont aussi les incapacités fonctionnelles qui affectent le plus les personnes.

**Tableau 10.4 Incapacité fonctionnelle**

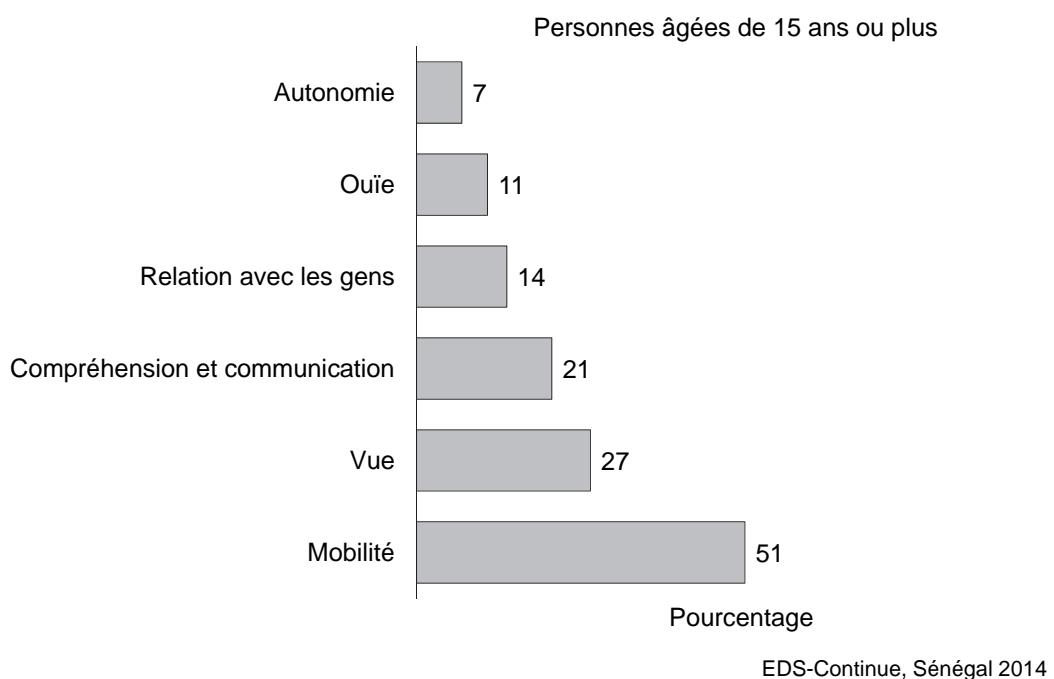
Pourcentage de personnes souffrant d'une déficience de certaines fonctions physiques ou mentales datant de six mois ou plus qui limitent leurs activités quotidiennes, selon le degré de gravité et, parmi ces personnes, pourcentage ayant déclaré une baisse ou une faiblesse de certaines fonctions du corps, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Pourcentage de personnes souffrant d'une déficience physique, mentale ou autres datant de 6 mois ou plus et dont les activités quotidiennes normales sont limitées par rapport à celles d'une personne du même âge, selon le degré de sévérité :					Parmi ceux qui souffrent d'une déficience physique, mentale ou autres datant de 6 mois ou plus, pourcentage ayant déclaré une baisse ou une faiblesse des fonctions suivantes :							
	Aucune	Oui, sévère-ment	Oui, légère-ment	NSP	Total	Effectif	Vue	Ouïe	Compré-hension et communica-tion	Mobilité	Autono-mie	Relation avec les gens	Effectif
<b>Âge</b>													
15-19	98,7	1,1	0,2	0,0	100,0	3 631	7,7	7,1	29,2	55,4	9,6	18,5	48
20-34	98,3	1,2	0,4	0,0	100,0	7 961	12,7	7,0	32,2	45,5	5,7	14,0	133
35-59	96,5	2,2	1,3	0,0	100,0	6 472	24,9	8,4	21,6	47,2	5,8	14,6	226
60+	86,4	8,5	4,8	0,3	100,0	2 255	38,4	14,4	13,3	54,6	7,0	11,9	307
<b>Résidence</b>													
Urbain	97,0	1,9	1,0	0,1	100,0	10 791	27,8	8,4	21,1	50,2	4,6	12,9	324
Rural	95,9	2,8	1,3	0,0	100,0	9 537	26,8	12,4	20,0	51,0	8,0	14,1	392
<b>Grande région</b>													
Nord	95,5	3,1	1,4	0,0	100,0	3 974	29,4	8,1	9,4	67,2	8,5	5,4	180
Ouest	97,4	1,7	0,8	0,1	100,0	8 421	27,0	8,8	29,6	46,5	1,6	19,0	220
Centre	96,6	2,4	1,0	0,0	100,0	4 787	21,5	13,2	29,2	45,3	6,3	23,9	162
Sud	95,1	2,9	2,0	0,0	100,0	3 146	31,0	13,3	11,3	42,9	11,3	4,5	154
<b>Niveau d'instruction</b>													
Aucun	95,3	3,2	1,5	0,0	100,0	10 994	26,2	12,8	23,9	50,0	7,8	15,0	516
Primaire	97,5	1,9	0,6	0,0	100,0	3 884	27,2	3,7	15,1	57,1	4,1	12,2	98
Moyen/Secondaire et plus	98,1	0,9	0,9	0,2	100,0	4 886	29,0	6,7	8,9	49,6	2,0	8,2	95
Ne sait pas/ manquant	98,7	0,9	0,4	0,0	100,0	565	*	*	*	*	*	*	7
<b>Quintiles de bien-être économique</b>													
Le plus pauvre	96,3	2,5	1,2	0,0	100,0	3 444	26,4	11,8	22,3	40,3	9,9	10,0	127
Second	95,1	3,3	1,5	0,0	100,0	3 628	19,6	12,8	28,4	46,7	7,9	15,7	176
Moyen	96,3	2,2	1,4	0,0	100,0	4 027	29,5	12,5	15,7	58,6	7,7	10,0	148
Quatrième	96,5	2,7	0,8	0,0	100,0	4 318	34,1	9,0	22,5	48,2	3,3	21,2	151
Le plus riche	97,7	1,2	0,9	0,2	100,0	4 905	28,0	5,7	9,7	61,4	3,3	8,8	114
Ensemble <sup>1</sup>	96,5	2,3	1,1	0,1	100,0	20 328	27,2	10,6	20,5	50,7	6,5	13,5	716

Note : Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

<sup>1</sup> Y compris 4 femmes et 6 hommes pour lesquels l'âge est non déterminé.

**Graphique 10.6 Parmi les personnes qui souffrent d'une incapacité fonctionnelle, pourcentage ayant déclaré une baisse ou une faiblesse des fonctions suivantes**



### 10.3.2 Prise en charge de l'incapacité fonctionnelle

Le Tableau 10.5 présente le pourcentage de personnes présentant une incapacité fonctionnelle et qui ont bénéficié d'une prise en charge. On constate que 55 % des personnes ayant une incapacité fonctionnelle n'ont reçu aucun traitement ou support. Dans certains sous-groupes, ce pourcentage est même plus élevé. Dans le Centre et dans le Sud, respectivement 68 % et 73 % n'ont bénéficié d'aucune prise en charge. De même, dans les ménages classés dans le quintile le plus pauvre, 71 % n'ont reçu aucun support médical ou autre.

Parmi les personnes souffrant d'une incapacité fonctionnelle, 36 % ont reçu un traitement médical. Cette proportion est nettement plus élevée en milieu urbain (42 %), dans la région Nord (54 %), parmi les personnes ayant le niveau d'instruction primaire (54 %,) et parmi celles dont le ménage est classé dans les deux quintiles les plus riches (45 % dans le quatrième et 52 % dans le plus riche). En outre, une personne souffrant d'une incapacité fonctionnelle sur cinq a reçu un support social (21 %). Un support

**Tableau 10.5 Prise en charge de l'incapacité fonctionnelle**

Pourcentage de personnes atteintes d'une incapacité fonctionnelle ayant bénéficié d'un traitement ou de support selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continue, Sénégal 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Traitement ou support					Effectif
	Traitement médical	Support social	Support financier	Support nutritionnel	Pas de support	
<b>Âge</b>						
15-19	32,3	23,7	6,7	0,0	56,2	48
20-34	22,0	12,3	8,4	0,4	68,9	133
35-59	38,4	22,2	14,0	4,6	56,0	226
60+	41,1	23,7	14,9	3,1	47,4	307
<b>Résidence</b>						
Urbain	41,5	19,4	12,5	2,9	50,9	324
Rural	31,4	22,4	13,1	2,9	58,1	392
<b>Grande région</b>						
Nord	53,5	46,6	38,6	8,8	32,9	180
Ouest	39,7	17,5	6,6	1,3	51,1	220
Centre	23,6	10,4	3,2	0,5	67,6	162
Sud	23,2	7,4	1,8	0,8	72,5	154
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	32,2	22,4	12,3	2,7	57,2	516
Primaire	54,0	23,4	19,9	3,6	44,9	98
Moyen/Secondaire et plus	37,5	11,8	9,6	3,5	52,3	95
<b>Quintiles de bien-être économique</b>						
Le plus pauvre	22,3	11,9	5,4	1,6	70,6	127
Second	26,3	17,2	8,0	1,7	63,8	176
Moyen	37,4	23,2	20,9	1,3	53,1	148
Quatrième	44,8	23,1	12,9	2,7	48,1	151
Le plus riche	52,4	31,4	17,9	8,5	34,9	114
<b>Ensemble<sup>1</sup></b>	36,0	21,0	12,8	2,9	54,9	716

<sup>1</sup> Y compris 2 personnes pour lesquelles l'âge est non déterminé et 7 personnes pour lesquelles le niveau d'instruction est non déterminé.

social a été plus fréquemment fourni en milieu rural (22 %), dans le Nord (47 %) et aux personnes des ménages du quintile le plus riche (31 %). Dans 13 % des cas, un support financier a été fourni, en particulier dans le Nord (39 %). Seulement 3 % des personnes présentant une incapacité fonctionnelle ont bénéficié d'un support nutritionnel et c'est dans le Nord et dans les ménages les plus riches que ce pourcentage est le plus élevé (respectivement 9 % pour les deux). Ce sont donc les personnes vivant dans la zone Nord et celles appartenant au quintile le plus riche qui ont le plus bénéficier d'une prise en charge sous forme de traitement médical, de support social, financier et nutritionnel. Contrairement à toute attente, ce sont les personnes du quintile le plus pauvre qui sont les moins aidées sur le plan social (12 % contre 31 % dans les ménages les plus riches) et financier (5 % contre 18 % dans les ménages les plus riches).

## A.1 OBJECTIFS

L'Enquête EDS-Continue au Sénégal de 2014 (EDS-Continue 2014) est la version continue de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisées au Sénégal en 1986, 1992-93, 1997, 2005 et 2010. Elle est la seconde collecte qui fait suite à celle effectuée en 2012-13, pour une série durant la période 2012 à 2017. Elle vise un échantillon représentatif national de 4 400 ménages, avec un nombre attendu de 7 800 femmes âgées de 15 à 49 ans enquêtées avec succès. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont des membres des ménages ou qui ont passé la nuit précédent l'enquête dans les ménages sélectionnés sont éligibles pour l'enquête. Comme les enquêtes EDS précédentes, elle a pour objectif principal de recueillir des informations sur la santé des femmes et de leurs jeunes enfants ; sur la fécondité ; sur la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives ; sur la mortalité maternelle et la mortalité des jeunes enfants ainsi que sur la connaissance et les attitudes vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles et le sida. Les résultats de l'enquête sont représentatifs pour le Sénégal, pour le milieu urbain ensemble et le milieu rural ensemble séparément, et pour quatre zones géographiques/écologiques, c'est-à-dire, l'Ouest, le Centre, le Nord et le Sud.

Une enquête auprès des hommes a été également menée au moment de l'enquête auprès des femmes. Parmi les ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, un ménage sur deux a été sélectionné pour l'enquête auprès des hommes. Tous les hommes âgés de 15 à 59 ans qui sont des membres des ménages ou qui ont passé la nuit précédent le jour de l'enquête dans les ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des hommes étaient éligibles pour l'enquête. L'objectif principal de l'enquête auprès des hommes est de recueillir des informations sur leur connaissance et l'utilisation de la contraception ainsi que sur leur connaissance et attitude vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles et le sida.

Dans tous les ménages sélectionnés, tous les enfants de moins de 5 ans sont éligibles pour être mesurés et pesés pour déterminer leur état nutritionnel ; tous les enfants de 6-59 mois sont éligibles pour le test de l'anémie.

## A.2 BASE DE SONDAGE

L'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) dispose d'un fichier informatique des Districts de Recensement (DR) créés pour les besoins du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2002 (RGPH-2002), avec des mises à jour partielles. Ce fichier était utilisé comme base de sondage pour l'EDS-MICS 2010-11, et a été retenu comme base de sondage pour l'EDS-Continue 2014. Dans ce fichier, il y a 9 733 DR ; chaque DR apparaît avec tous ses identifiants (région, département, commune/arrondissement et code d'identification), sa taille en ménage et son type de milieu de résidence (urbain ou rural). Des cartes cartographiques pour chaque DR créées pour le RGPH-2002 sont aussi disponibles où les limites de chaque DR sont clairement identifiables. Parmi les 9 733 DR, 4 117 se trouvent dans le milieu urbain, et 5 616 se trouvent dans le milieu rural. La taille moyenne d'une DR est de 127 ménages dans le milieu urbain, et de 99 ménages dans le milieu rural, avec une taille moyenne globale de 111 ménages.

La répartition des DR par régions et par type de résidence est présentée dans le Tableau A.1. La répartition des ménages et de population par région et par type de résidence est présentée dans le Tableau A.2. Le ministère de l'Intérieur a récemment réalisé un nouveau découpage du territoire du pays, le nombre de régions est passé à quatorze au lieu de onze dans le RGPH-2002, et certaines communes rurales dans le RGPH-2002 ont été redéfinies comme des communes urbaines. Cela a augmenté le milieu urbain de 2 % environ.

Au Sénégal, on compte quatorze régions subdivisées en départements (45 au total). Chaque département est subdivisé en commune et arrondissement, etc. Au Sénégal, 42,4 % de la population vivent dans le milieu urbain, et ils représentent 48,5 % des ménages; 22 % de la population et 27,3 % de ménages se trouvent dans la région de Dakar. Au niveau régional, les tailles des régions en population représentent une grande variation, de 1 % pour la région de Kédougou à 22 % pour la région de Dakar.

Tableau A.1 Répartition des nombres de DR et taille moyenne des DR en ménages par région et selon le milieu de résidence (RGPH-2002)

Région	Urbain		Rural		Région	
	Taille moyenne	Nombre de DR	Taille moyenne	Nombre de DR	Taille moyenne	Nombre de DR
Dakar	139	2 060	131	50	139	2 110
Diourbel	106	167	92	923	94	1 090
Fatick	117	79	105	456	107	535
Kaffrine	143	40	102	340	106	380
Kaolack	122	202	103	429	109	631
Kédougou	113	23	107	88	108	111
Kolda	116	94	91	396	96	490
Louga	126	108	95	546	100	654
Matam	116	65	129	275	126	340
Saint-Louis	113	317	119	373	116	690
Sédhiou	106	47	89	285	92	332
Tambacounda	113	110	101	355	104	465
Thiès	111	576	85	812	96	1 388
Ziguinchor	111	229	101	288	106	517
Sénégal	127	4 117	99	5 616	111	9 733

Tableau A.2 Répartition des ménages et de la population, par région et selon le milieu de résidence (RGPH-2002)

Région	Urbain		Rural		Région	
	Ménage	Population	Ménage	Population	Ménage	Population
Dakar	0,978	0,972	0,022	0,028	0,273	0,220
Diourbel	0,173	0,159	0,827	0,841	0,095	0,107
Fatick	0,161	0,140	0,839	0,860	0,053	0,056
Kaffrine	0,142	0,121	0,858	0,879	0,037	0,043
Kaolack	0,357	0,310	0,643	0,690	0,064	0,071
Kédougou	0,216	0,191	0,784	0,809	0,011	0,010
Kolda	0,232	0,191	0,768	0,809	0,043	0,048
Louga	0,208	0,190	0,792	0,810	0,061	0,069
Matam	0,175	0,183	0,825	0,817	0,040	0,043
Saint-Louis	0,448	0,441	0,552	0,559	0,074	0,070
Sédhiou	0,164	0,152	0,836	0,848	0,028	0,035
Tambacounda	0,257	0,204	0,743	0,796	0,045	0,052
Thiès	0,483	0,440	0,517	0,560	0,123	0,134
Ziguinchor	0,466	0,477	0,534	0,523	0,051	0,041
Sénégal	0,485	0,424	0,515	0,576	1,000	1,000

### A.3 PROCÉDURE DE TIRAGE ET RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon de l'EDS-Continue 2014 est un échantillon aléatoire, stratifié et tiré à 2 degrés. L'unité primaire de sondage est le DR tel que défini pour le recensement en 2002. Chaque région est séparée en parties urbaine et rurale pour former les strates d'échantillonnage et l'échantillon est tiré indépendamment dans chaque strate. Avant le triage des DR du premier degré, la base de sondage est triée selon la région et le milieu de résidence (urbain/rural) pour former les strates d'échantillonnage. En total vingt-huit strates d'échantillonnage ont été créées. À l'intérieur de chaque strate, avant le tirage des DR, les DR sont triés selon les unités administratives en dessous de la région, c'est-à-dire, les départements et les arrondissements/communes, etc. Cette opération introduit une stratification implicite au niveau de toutes les unités administratives en dessous de la région avec une allocation de l'échantillon proportionnelle à la taille de l'unité.

Au premier degré, 200 DR sont tirés avec une probabilité proportionnelle à leur taille, la taille étant le nombre de ménages résidents dans le DR. Un dénombrement des ménages et une mise à jour de la

carte sont effectués dans chaque DR sélectionné avant l'enquête principale. Cette opération a permis d'obtenir une liste de ménages complète dans chaque DR tiré et qui a servi à sélectionner des ménages au deuxième degré. Avant le dénombrement des ménages, chaque grand DR ayant plus de 200 ménages a été divisé en segments dont un seul a été retenu dans l'échantillon. Cette dernière étape n'est pas considérée comme un degré de tirage, car la segmentation a pour seul objectif de limiter le travail de dénombrement à l'intérieur du DR.

Au second degré, dans chacun des DR sélectionnés au premier degré, un nombre fixé de 22 ménages ont été sélectionnés avec un tirage systématique à probabilité égale, à partir des listes nouvellement établies au moment du dénombrement. Les tirages des ménages sont effectués au bureau central. Ainsi, les enquêteurs ne doivent collecter les informations qu'aujourd'hui des ménages présélectionnés. Des remplacements de ménages présélectionnés ne sont pas autorisés même pour les ménages non répondants, ceci pour éviter des biais.

Le Tableau A.3 présente la répartition de l'échantillon grappes entre les régions et par milieu de résidence. Parmi les 200 DR sélectionnés, 79 se trouvent en milieu urbain et 121 en milieu rural. En ce qui concerne les ménages, 4 400 ont été sélectionnés au total, dont 1 738 dans le milieu urbain et 2 662 dans le milieu rural. Le Tableau A.3 présente la répartition des nombres attendus de femmes 15-49 enquêtées avec succès. Nous attendons en total 7 765 femmes 15-49 ans enquêtées avec succès, dont 3 053 dans le milieu urbain, et 4 712 dans le milieu rural. Pour l'enquête auprès des hommes, nous attendons en total 3 014 hommes 15-59 ans enquêtés avec succès, dont 1 183 dans le milieu urbain, et 1 831 dans le milieu rural.

**Tableau A.3 Répartition de l'échantillon des grappes et de l'échantillon des ménages par région et selon le type de résidence, EDS-Continu 2014**

Région	Allocation de grappes			Allocation de ménages		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Dakar	15	2	17	330	44	374
Diourbel	5	11	16	110	242	352
Fatick	4	10	14	88	220	308
Kaffrine	4	10	14	88	220	308
Kaolack	6	9	15	132	198	330
Kédougou	3	8	11	66	176	242
Kolda	4	9	13	88	198	286
Louga	5	10	15	110	220	330
Matam	4	9	13	88	198	286
Saint-Louis	7	8	15	154	176	330
Sédhiou	3	9	12	66	198	264
Tambacounda	5	10	15	110	220	330
Thiès	7	9	16	154	198	352
Ziguinchor	7	7	14	154	154	308
Sénégal	79	121	200	1 738	2 662	4 400

**Tableau A.4 Répartition des nombres attendus de femmes et d'hommes enquêtés avec succès par région et par type de résidence, EDS-Continu 2014**

Région	Femmes 15-49			Hommes 15-59		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Dakar	577	77	654	258	36	294
Diourbel	222	491	713	63	147	210
Fatick	143	362	505	57	149	206
Kaffrine	144	364	508	52	138	190
Kaolack	271	411	682	100	159	259
Kédougou	68	184	252	32	90	122
Kolda	155	355	510	65	154	219
Louga	222	446	668	68	145	213
Matam	162	370	532	53	126	179
Saint-Louis	253	292	545	89	108	197
Sédhiou	114	349	463	45	145	190
Tambacounda	201	403	604	79	167	246
Thiès	284	368	652	105	144	249
Ziguinchor	237	240	477	117	123	240
Sénégal	3 053	4 712	7 765	1 183	1 831	3 014

\* L'enquête homme est effectuée dans un ménage sur deux

Les calculs ci-dessus sont basés sur les résultats de l'EDS-MICS 2010-11 : le nombre de femmes âgées de 15-49 ans par ménage varie de 1,17 par ménage pour la région de Kédougou à 2,33 par ménage pour la région de Kaolack ; le taux de réponse au niveau des ménages représente 96 % pour le milieu urbain et 96,4 % pour le milieu rural. Il est de 91,8 % pour le milieu urbain et 93,3 % pour le milieu rural. Le nombre d'hommes de 15-59 ans est de 2,16 par ménage dans le milieu urbain ; ce chiffre est de 1,72 par ménage dans le milieu rural ; les taux de réponse pour les hommes sont respectivement 84,9 % et 88,6 %.

#### A.4 CALCUL DES PROBABILITÉS DE TIRAGE

À cause de la répartition non proportionnelle de l'échantillon parmi les strates et les taux différents de réponse à l'enquête par strate, des poids de sondage doivent être utilisés dans toutes les analyses en utilisant les données de l'EDS-Continu 2014 pour assurer la représentativité actuelle de l'échantillon au niveau national et au niveau régional. Pour faciliter le calcul des poids de sondage, les probabilités de sondage pour chaque degré de tirage sont calculées par strate et pour chacune de grappe. Pour la  $i^{\text{ème}}$  grappe de la strate  $h$ , les notations sont les suivantes :

- $P_{1hi}$  : probabilité de sondage au premier degré de la  $i^{\text{ème}}$  grappe de la strate  $h$
- $P_{2hi}$  : probabilité de sondage au deuxième degré de la  $i^{\text{ème}}$  grappe de la strate  $h$

Soient  $a_h$  le nombre de grappes tirées dans la strate  $h$ ,  $M_{hi}$  le nombre d'habitants dans la grappe  $i$  de la strate  $h$ , et  $t_{hij}$  la taille estimée en proportion du segment  $j$  choisi pour la grappe  $i$  de la strate  $h$ . Notons que  $t_{hij} = 1$  si la grappe n'a pas été segmentée et la somme des  $t_{hij}$  est égale à 1.

La probabilité de sondage au premier degré de la  $i^{\text{ème}}$  grappe de la strate  $h$  est donnée par :

$$P_{1hi} = \frac{a_h \times M_{hi}}{\sum_i M_{hi}} \times t_{hij}$$

Au deuxième degré, un nombre  $b_{hi}$  de ménages sont tirés à partir des  $L_{hi}$  ménages nouvellement dénombrés par l'équipe de l'EDS- Continu 2014 dans la  $i^{\text{ème}}$  grappe de la strate  $h$  lors de l'opération de dénombrement des ménages et mise à jour des cartes. Donc :

$$P_{2hi} = \frac{b_{hi}}{L_{hi}}$$

La probabilité globale pour tirer un ménage dans la grappe  $i$  de la strate  $h$  est alors :

$$P_{hi} = P_{1hi} \times P_{2hi}$$

La composante principale du poids de sondage est l'inverse du produit des probabilités de sondage aux 2 degrés. Il est calculé pour chaque grappe selon la formule suivante :

$$W_{hi} = \frac{1}{P_{hi}}$$

Les poids de sondage sont ajustés pour la correction des non-réponses au niveau des ménages et au niveau des individus. Plusieurs ensembles de poids ont été calculés. Pour l'enquête femmes : un ensemble pour les ménages ; un ensemble pour les femmes enquêtées. Les poids de ménages ont été calculés basé sur les poids de sondage avec la correction des non-réponses des ménages ; les poids pour les femmes enquêtées ont été calculés à partir des poids des ménages pour l'enquête femmes et avec la correction de non-réponses à l'enquête individuelle des femmes. Pour l'enquête auprès des hommes, un ensemble pour les ménages, et un ensemble pour les hommes enquêtés, toutes les corrections des non-réponses ont été réalisées au niveau des strates d'échantillonnage. Les poids finaux sont normalisés au niveau national pour que le nombre de cas pondéré soit égal au nombre de cas non pondérés, pour les ménages enquêtés, pour les femmes enquêtées et pour les hommes enquêtés.

## A.5 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Tableau A.5. Résultats de l'enquête

Répartition (en %) des ménages et des femmes éligibles par résultat de l'enquête ménage et individuelle, taux de réponse des ménages et des femmes éligibles et taux de réponse global, par région et par type de résidence, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Résultat des interviews	Résidence		Zones écologiques				Ensemble
	Urbain	Rural	Nord	Ouest	Centre	Sud	
<b>Ménages sélectionnés</b>							
Remplis (R)	95,2	96,8	100,0	100,0	100,0	100,0	96,2
Ménage présent mais pas d'enquêté compétent à la maison (MP)	0,7	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Différé (D)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Refusé (REF)	0,7	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Logement non trouvé (LNT)	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Ménage absent (MA)	1,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Logement vide/pas de logement à l'adresse (LV)	1,7	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4
Logement détruit (LD)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages sélectionnés	1 738	2 662	909	679	1 260	1 383	4 400
Taux de réponse des ménages (TRM)	97,9	99,2	100,0	100,0	100,0	100,0	98,7
<b>Femmes éligibles</b>							
Rempli (FER)	96,7	95,8	95,8	95,6	97,6	95,0	96,1
Pas à la maison (FPM)	2,1	2,5	2,0	3,3	1,6	2,9	2,3
Différé (FD)	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Refusé (FR)	0,5	0,4	0,8	0,3	0,2	0,5	0,4
Partiellement rempli (FPR)	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
Incapacité (FI)	0,6	1,2	1,2	0,7	0,6	1,4	1,0
Autre (FA)	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	3 524	5 307	2 131	1 363	2 755	2 582	8 831
Taux de réponse des femmes éligibles (TRF) <sup>2</sup>	96,7	95,8	95,8	95,6	97,6	95,0	96,1
Taux de réponse global des femmes (TRGF) <sup>3</sup>	94,6	94,9	95,8	95,6	97,6	95,0	94,8

<sup>1</sup> Le taux de réponse pour l'enquête ménage (TRM) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * R}{R+MP+D+REF+LNT}$$

<sup>2</sup> Le taux de réponse des femmes éligibles (TRF) est équivalent au pourcentage d'interviews complétées (FER)

<sup>3</sup> Le taux de réponse global des femmes (TRGF) est calculé comme suit :

$$TRG = TRM * TRF / 100$$

**Tableau A.6 Résultats de l'enquête**

Répartition (en %) des ménages et des hommes éligibles par résultat de l'enquête ménage et individuelle, taux de réponse des ménages et des hommes éligibles et taux de réponse global, par région et par milieu de résidence, EDS-Continue, Sénégal 2014

Résultat des interviews	Résidence		Zones écologiques				Ensemble
	Urbain	Rural	Nord	Ouest	Centre	Sud	
<b>Ménages sélectionnés</b>							
Remplis (R)	94,9	96,8	100,0	100,0	100,0	100,0	96,1
Ménage présent mais pas d'enquêté compétent à la maison (MP)	0,7	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Refusé (REF)	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Logement non trouvé (LNT)	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Ménage absent (MA)	1,4	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Logement vide/pas de logement à l'adresse (LV)	2,1	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages sélectionnés	869	1 353	456	352	630	697	2 222
Taux de réponse des ménages (TRM)	98,3	99,0	100,0	100,0	100,0	100,0	98,8
<b>Hommes éligibles</b>							
Rempli (HER)	88,3	89,8	83,1	89,5	94,1	89,0	89,2
Pas à la maison (HPM)	8,3	6,1	10,8	7,9	3,9	6,5	7,0
Différé (HD)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Refusé (HR)	1,6	0,7	3,1	0,3	0,6	0,5	1,1
Partiellement rempli (HPR)	0,3	0,2	1,0	0,0	0,0	0,1	0,3
Incapacité (HI)	1,3	1,3	2,0	0,9	1,2	1,0	1,3
Autre (HA)	0,1	2,0	0,0	1,5	0,2	2,8	1,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif d'hommes	1 578	2 203	880	687	1 064	1 150	3 781
Taux de réponse des hommes éligibles (TRHE) <sup>2</sup>	88,3	89,8	83,1	89,5	94,1	89,0	89,2
Taux de réponse global des hommes (TRGH) <sup>3</sup>	86,8	88,9	83,1	89,5	94,1	89,0	88,0

<sup>1</sup> Le taux de réponse pour l'enquête ménage (TRM) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * R}{R+MP+D+REF+LNT}$$

<sup>2</sup> Le taux de réponse des hommes éligibles (TRH) est équivalent au pourcentage d'interviews complétées (HER)

<sup>3</sup> Le taux de réponse global (TRG) est calculé comme suit :

$$TRG = TRM * TRH/100$$

**L**es estimations obtenues à partir d'une enquête par sondage sont sujettes à deux types d'erreurs : les erreurs de mesure et les erreurs de sondage. Les erreurs de mesure sont celles associées à la mise en œuvre de la collecte et de l'exploitation des données telles que l'omission de ménages sélectionnés, la mauvaise interprétation des questions de la part de l'enquêtrice ou de l'enquêté, ou les erreurs de saisie des données. Bien que tout le possible ait été fait pour minimiser ce type d'erreur pendant la mise en œuvre de L'EDS-Continu 2014, il est difficile d'éviter et d'évaluer toutes les erreurs de mesure.

Par contre, les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement. L'échantillon sélectionné pour L'EDS-Continu 2014 n'est qu'un parmi un grand nombre d'échantillons de même taille qui peuvent être sélectionnés dans la même population avec le même plan de sondage. Chacun de ces échantillons peut produire des résultats peu différents de ceux obtenus avec l'échantillon actuellement choisi. L'erreur de sondage est une mesure de cette variabilité entre tous les échantillons possibles. Bien que cette variabilité ne puisse pas être mesurée exactement, elle peut être estimée à partir des données collectées.

L'*erreur-type* (ET) est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne, proportion ou taux), elle est la racine carrée de la variance du paramètre. L'*erreur-type* peut être utilisée pour calculer des intervalles de confiance dans lesquels nous considérons que la vraie valeur du paramètre avec un certain niveau de confiance se trouve. Par exemple, la vraie valeur d'un paramètre se trouve dans les limites de sa valeur estimée plus ou moins deux fois son erreur-type, avec un niveau de confiance de 95 %.

Si l'échantillon avait été tiré à partir d'un plan de sondage aléatoire simple, il aurait été possible d'utiliser des formules simples pour calculer les erreurs de sondage. Cependant, l'échantillon de L'EDS-Continu 2014 étant un échantillon stratifié et tiré à deux degrés, des formules plus complexes ont été utilisées. Une procédure en SAS a été utilisée pour calculer les erreurs de sondage suivant une méthodologie statistique appropriée. Cette procédure utilise la méthode de linéarisation (Taylor) pour des estimations telles que les moyennes ou proportions, et la méthode de Jackknife pour des estimations plus complexes telles que l'indice synthétique de fécondité et les quotients de mortalité.

La méthode de linéarisation traite chaque proportion ou moyenne comme étant une estimation de ratio,  $r = y/x$ , avec  $y$  la valeur du paramètre pour l'échantillon total, et  $x$  le nombre total de cas dans l'ensemble (ou sous-ensemble) de l'échantillon. La variance de  $r$  est estimée par :

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^H \left[ \frac{m_h}{m_h-1} \left( \sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

dans laquelle

$$z_{hi} = y_{hi} - rx_{hi}, \text{ et } z_h = y_h - rx_h$$

- où       $h$       représente la strate qui va de 1 à  $H$ ,  
 $m_h$     est le nombre total de grappes tirées dans la strate  $h$ ,  
 $y_{hi}$     est la somme des valeurs pondérées du paramètre  $y$  dans la grappe  $i$  de la strate  $h$ ,  
 $x_{hi}$     est la somme des nombres pondérés de cas dans la grappe  $i$  de la strate  $h$ , et  
 $f$         est le taux global de sondage qui est négligeable.

La méthode de Jackknife dérive les estimations des taux complexes à partir de chacun des sous-échantillons de l'échantillon principal, et calcule les variances de ces estimations avec des formules simples. Chaque sous-échantillon exclut une grappe dans les calculs des estimations. Ainsi, des sous-échantillons pseudo-indépendants ont été créés. Dans L'EDS-Continu 2014, il y a 200 grappes non-vides. Par conséquent, 200 sous-échantillons ont été créés. La variance d'un taux  $r$  est calculée de la façon suivante :

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1}{k(k-1)} \sum_{i=1}^k (r_i - r)^2$$

dans laquelle

$$r_i = kr - (k-1)r_{(i)}$$

où  $r$  est l'estimation calculée à partir de l'échantillon principal de 200 grappes,

$r_{(i)}$  est l'estimation calculée à partir de l'échantillon réduit de 199 grappes ( $i^{\text{ème}}$  grappe exclue), et

$k$  est le nombre total de grappes.

Il existe un deuxième indice très utile qui est la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) ou effet de grappe : c'est le rapport de l'erreur-type observée sur l'erreur-type qu'on aurait obtenue si un sondage aléatoire simple avait été utilisé. Cet indice révèle dans quelle mesure le plan de sondage qui a été choisi se rapproche d'un échantillon aléatoire simple de même taille : la valeur 1 de la REPS indique que le plan de sondage est aussi efficace qu'un échantillon aléatoire simple, alors qu'une valeur supérieure à 1 indique un accroissement de l'erreur de sondage dû à un plan de sondage plus complexe et moins efficace du point de vue statistique. Le logiciel calcule aussi l'erreur relative et l'intervalle de confiance pour chaque estimation.

Les erreurs de sondage pour L'EDS-Continu 2014 ont été calculées pour certaines des variables les plus intéressantes. Les résultats de l'enquête sont présentés dans cette annexe pour le Sénégal, pour le milieu urbain et le milieu rural, et pour chacune des 4 régions géographiques. Pour chaque variable, le type de statistique (moyenne, proportion ou taux) et la population de base sont présentés dans le Tableau B.1. Les Tableaux B.2 à B.8 présentent la valeur de la statistique (M), l'erreur-type (ET), le nombre de cas non-pondérés (N) et pondérés (N'), la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS), l'erreur relative (ET/M), et l'intervalle de confiance à 95 % ( $M \pm 2ET$ ) pour chaque variable. L'effet du plan de sondage (REPS) est non-défini quand l'écart type sous l'échantillon aléatoire simple est zéro (quand l'estimation est proche de 0 ou 1). Dans le cas de l'indice synthétique de fécondité, le nombre de cas non-pondérés n'est pas pertinent, car la valeur non-pondérée de femmes-années d'exposition au risque de grossesse n'est pas connue.

L'intervalle de confiance est interprété de la manière suivante : pour la variable *Enfants nés vivants*, L'EDS-Continu 2014 a donné un nombre moyen d'enfants nés vivants de 2,416 pour l'ensemble des femmes, auquel correspond une erreur-type de 0,058 enfants. Dans 95 % des échantillons de taille et de caractéristiques identiques, la valeur réelle du nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans se trouve entre  $2,416 \pm 2 \times 0,058$ , soit 2,299 et 2,532.

Pour l'échantillon national de femmes, la moyenne de la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) calculée pour l'ensemble des estimations est de 1,967 ce qui veut dire que, par rapport à un échantillon aléatoire simple, l'erreur de sondage est multipliée en moyenne par un facteur de 1,967 parce qu'on utilise un plan de sondage complexe (par grappes et à plusieurs degrés) et moins efficace.

Tableau B.1 Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage, EDS-Continue, Sénégal 2014

Variable	Estimation	Population de base
	FEMMES	
Milieu urbain	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Alphabétisées	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Sans instruction	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Instruction post-primaire ou plus	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Jamais mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Actuellement mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	Proportion	Femmes 20-49
Mariée (en union) avant 20 ans	Proportion	Femmes 25-49
Actuellement enceinte	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Enfants nés vivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Enfants survivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Enfants nés vivants des femmes 40-49	Moyenne	Femmes 40-49
Connaît une méthode contraceptive	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Connaît une méthode contraceptive moderne	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement une méthode	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement une méthode moderne	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement la pilule	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement le condom	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement la stérilisation féminine	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement les injections	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement les implants	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement la continence périodique	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement le retrait	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise source publique	Proportion	Utilisatrices de méthodes modernes
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Veut retarder d'au moins 2 ans	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Nombre d'enfants idéal	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Mère a reçu injection antitétanique complète	Proportion	Dernière naissances dans les 5 dernières années
Mères a reçu assistance médicale à l'accouchement	Proportion	Naissances dans les 5 dernières années
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfants de moins de 5 ans
A reçu traitement SRO	Proportion	Enfants avec diarrhée les 2 dernières semaines
A consulté du personnel médical	Proportion	Enfants avec diarrhée les 2 dernières semaines
Ayant une carte de santé, vue	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination BCG	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination DTC (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination polio (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination rougeole	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Vacciné contre toutes les maladies	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Taille-pour-âge (-2ET)	Proportion	Enfants de moins de 5 ans
Poids-pour-taille (-2ET)	Proportion	Enfants de moins de 5 ans
Poids-pour-âge (-2ET)	Proportion	Enfants de moins de 5 ans
Prévalence de l'anémie chez les enfants	Proportion	Enfants de 6-59 mois
Indice synthétique de fécondité (derniers 3 ans)	Taux	Femmes-années d'exposition au risque de grossesse
Quotient de mortalité néonatale <sup>1</sup>	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité post-néonatale <sup>1</sup>	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infantile <sup>1</sup>	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité juvénile <sup>1</sup>	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infanto-juvénile <sup>1</sup>	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
	HOMMES	
Milieu urbain	Proportion	Tous les hommes de 15-49 ans
Aucune instruction	Proportion	Tous les hommes de 15-49 ans
Niveau secondaire ou plus	Proportion	Tous les hommes de 15-49 ans
Jamais marié (Jamais en union)	Proportion	Tous les hommes de 15-49 ans
Actuellement marié (en union)	Proportion	Tous les hommes de 15-49 ans
A eu des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans	Proportion	Tous les hommes de 20-49 ans
Ne veut plus d'enfant	Proportion	Hommes actuellement en union de 15-49 ans
Veut espacer la prochaine naissance de 2 ans ou+	Proportion	Hommes actuellement en union de 15-49 ans
Nombre idéal d'enfants	Moyenne	Tous les hommes de 15-49 ans

<sup>1</sup> 5 dernières années pour le taux national, et 10 dernières années pour le taux régional.

Tableau B.2 Erreurs de sondage : Échantillon Total, EDS-Continu, Sénégal 2014

Variable	Valeur (M)	Erreur Type (ET)	Population de base		Effet du Plan de sondage (REPS)	Intervalle de confiance		
			Non Pondéré (N)	Pondéré (N')		Erreur relative (ET/M)	M-2ET	
			FEMMES					
Milieu urbain	0,537	0,027	8 488	8 488	5,053	0,051	0,482	0,592
Alphabétisée	0,408	0,020	8 488	8 488	3,823	0,050	0,367	0,448
Sans instruction	0,510	0,021	8 488	8 488	3,946	0,042	0,467	0,553
Instruction post-primaire ou plus	0,257	0,022	8 488	8 488	4,549	0,084	0,214	0,301
Jamais mariée (en union)	0,298	0,009	8 488	8 488	1,892	0,032	0,279	0,316
Actuellement mariée (en union)	0,648	0,011	8 488	8 488	2,027	0,016	0,627	0,669
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,380	0,015	6 570	6 665	2,431	0,038	0,351	0,409
Mariée (en union) avant 20 ans	0,514	0,017	4 882	5 006	2,342	0,033	0,481	0,548
Actuellement enceinte	0,080	0,006	8 488	8 488	1,988	0,073	0,069	0,092
Enfants nés vivants	2,416	0,058	8 488	8 488	2,008	0,024	2,299	2,532
Enfants survivants	2,200	0,049	8 488	8 488	1,901	0,023	2,101	2,299
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,566	0,124	1 267	1 319	1,466	0,022	5,319	5,813
Connaît une méthode contraceptive	0,967	0,004	5 820	5 500	1,564	0,004	0,959	0,974
Connaît une méthode contraceptive moderne	0,965	0,004	5 820	5 500	1,595	0,004	0,957	0,973
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,222	0,011	5 820	5 500	2,010	0,049	0,200	0,244
Utilise actuellement une méthode contraceptive moderne	0,203	0,011	5 820	5 500	1,998	0,052	0,182	0,224
Utilise actuellement la pilule	0,052	0,006	5 820	5 500	1,958	0,110	0,040	0,063
Utilise actuellement le condom	0,006	0,002	5 820	5 500	1,757	0,293	0,003	0,010
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,004	0,001	5 820	5 500	1,684	0,355	0,001	0,007
Utilise actuellement les injections	0,084	0,007	5 820	5 500	2,015	0,088	0,069	0,098
Utilise actuellement les implants	0,048	0,005	5 820	5 500	1,706	0,100	0,038	0,058
Utilise actuellement la continence périodique	0,008	0,003	5 820	5 500	2,255	0,324	0,003	0,014
Utilise actuellement le retrait	0,003	0,001	5 820	5 500	1,972	0,479	0,000	0,006
Utilise une source du secteur public	0,809	0,023	1 106	1 241	1,973	0,029	0,763	0,856
Ne veut plus d'enfants	0,199	0,009	5 820	5 500	1,638	0,043	0,182	0,216
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,437	0,009	5 820	5 500	1,421	0,021	0,419	0,456
Nombre d'enfants idéal	5,235	0,060	7 107	7 214	2,607	0,011	5,116	5,354
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,837	0,008	4 484	4 100	1,349	0,009	0,822	0,853
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,591	0,021	6 842	6 187	2,827	0,035	0,549	0,632
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,191	0,008	6 526	5 942	1,493	0,040	0,175	0,206
A reçu traitement SRO	0,226	0,018	1 272	1 133	1,442	0,081	0,189	0,263
A consulté du personnel médical	0,328	0,025	1 272	1 133	1,728	0,075	0,279	0,377
Ayant un carnet de santé, vu	0,686	0,018	1 333	1 211	1,366	0,027	0,649	0,722
A reçu vaccination BCG	0,953	0,012	1 333	1 211	1,993	0,013	0,928	0,977
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,893	0,013	1 333	1 211	1,494	0,015	0,867	0,920
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,844	0,013	1 333	1 211	1,279	0,016	0,817	0,870
A reçu vaccination rougeole	0,802	0,017	1 333	1 211	1,510	0,022	0,767	0,836
Vacciné contre toutes les maladies	0,737	0,019	1 333	1 211	1,524	0,026	0,698	0,775
Taille pour âge (-2ET)	0,187	0,008	6 697	5 934	1,410	0,043	0,171	0,203
Poids pour taille (-2ET)	0,059	0,005	6 697	5 934	1,409	0,080	0,049	0,068
Poids pour âge (-2ET)	0,126	0,008	6 697	5 934	1,564	0,061	0,110	0,141
Prévalence de l'anémie chez les enfants	0,603	0,016	6 210	5 464	2,080	0,027	0,571	0,635
Indice synthétique de fécondité (derniers 3 ans)	5,033	0,188	23 739	23 798	1,799	0,037	4,656	5,409
Quotient de mortalité néonatale (derniers 0-9 ans)	18,772	2,625	6 890	6 242	1,420	0,140	13,521	24,022
Quotient de mortalité post-néonatale (derniers 0-9 ans)	14,381	1,788	6 885	6 236	1,130	0,124	10,806	17,956
Quotient de mortalité infantile (derniers 0-9 ans)	33,153	3,337	6 896	6 245	1,335	0,101	26,479	39,826
Quotient de mortalité juvénile (derniers 0-9 ans)	22,079	2,670	6 749	6 146	1,258	0,121	16,738	27,419
Quotient de mortalité infanto-juvénile (derniers 0-9 ans)	54,499	4,838	6 976	6 308	1,431	0,089	44,824	64,174
HOMMES								
Milieu urbain	0,566	0,022	3 020	3 022	2,462	0,039	0,522	0,611
Sans instruction	0,377	0,020	3 020	3 022	2,245	0,053	0,337	0,416
Instruction post-primaire ou plus	0,375	0,023	3 020	3 022	2,601	0,061	0,330	0,421
Jamais marié (en union)	0,595	0,016	3 020	3 022	1,793	0,027	0,563	0,627
Actuellement marié (en union)	0,388	0,015	3 020	3 022	1,728	0,040	0,358	0,419
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,121	0,012	2 212	2 290	1,658	0,095	0,098	0,144
Ne veut plus d'enfants	0,031	0,007	1 180	1 173	1,404	0,228	0,017	0,045
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,475	0,024	1 180	1 173	1,621	0,050	0,428	0,522
Nombre d'enfants idéal	7,498	0,214	2 240	2 086	1,659	0,029	7,071	7,926

Tableau B.3 Erreurs de sondage : Échantillon Urbain, EDS-Continue, Sénégal 2014

Variable	Valeur (M)	Erreur Type (ET)	Population de base		Effet du Plan de sondage (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non Pondéré (N)	Pondéré (N')			M-2ET	M+2ET
			FEMMES					
Milieu urbain	1,000	0,000	3 406	4 556	na	0,000	1,000	1,000
Alphabétisée	0,541	0,030	3 406	4 556	3,497	0,055	0,482	0,601
Sans instruction	0,345	0,029	3 406	4 556	3,609	0,085	0,286	0,404
Instruction post-primaire ou plus	0,366	0,036	3 406	4 556	4,321	0,098	0,294	0,437
Jamais mariée (en union)	0,372	0,015	3 406	4 556	1,865	0,042	0,341	0,403
Actuellement mariée (en union)	0,560	0,015	3 406	4 556	1,809	0,027	0,529	0,591
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,285	0,019	2 634	3 637	2,110	0,065	0,247	0,322
Mariée (en union) avant 20 ans	0,390	0,020	1 906	2 707	1,833	0,053	0,349	0,431
Actuellement enceinte	0,062	0,010	3 406	4 556	2,347	0,156	0,043	0,082
Enfants nés vivants	1,967	0,081	3 406	4 556	1,981	0,041	1,806	2,129
Enfants survivants	1,837	0,073	3 406	4 556	1,923	0,040	1,692	1,982
Enfants nés vivants des femmes 40-49	4,838	0,158	484	704	1,207	0,033	4,522	5,154
Connaît une méthode contraceptive	0,982	0,005	1 931	2 551	1,538	0,005	0,973	0,991
Connaît une méthode contraceptive moderne	0,981	0,005	1 931	2 551	1,604	0,005	0,971	0,991
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,311	0,020	1 931	2 551	1,852	0,063	0,272	0,350
Utilise actuellement une méthode contraceptive moderne	0,288	0,019	1 931	2 551	1,828	0,065	0,251	0,326
Utilise actuellement la pilule	0,078	0,010	1 931	2 551	1,602	0,125	0,059	0,098
Utilise actuellement le condom	0,010	0,004	1 931	2 551	1,618	0,358	0,003	0,018
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,006	0,003	1 931	2 551	1,561	0,448	0,001	0,012
Utilise actuellement les injections	0,111	0,013	1 931	2 551	1,872	0,121	0,084	0,138
Utilise actuellement les implants	0,067	0,010	1 931	2 551	1,683	0,143	0,048	0,086
Utilise actuellement la continence périodique	0,013	0,005	1 931	2 551	2,087	0,408	0,002	0,024
Utilise actuellement le retrait	0,005	0,003	1 931	2 551	1,818	0,590	0,000	0,011
Utilise une source du secteur public	0,780	0,033	581	829	1,912	0,042	0,714	0,846
Ne veut plus d'enfants	0,207	0,016	1 931	2 551	1,756	0,078	0,175	0,240
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,415	0,016	1 931	2 551	1,425	0,038	0,383	0,447
Nombre d'enfants idéal	4,732	0,064	2 968	4 021	2,173	0,014	4,604	4,860
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,875	0,010	1 459	1 851	1,110	0,011	0,855	0,895
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,804	0,023	2 075	2 607	2,245	0,029	0,758	0,850
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,184	0,013	2 012	2 543	1,439	0,070	0,159	0,210
A reçu traitement SRO	0,194	0,034	390	469	1,565	0,173	0,127	0,261
A consulté du personnel médical	0,312	0,053	390	469	2,094	0,170	0,205	0,418
Ayant un carnet de santé, vu	0,665	0,031	416	541	1,292	0,047	0,603	0,727
A reçu vaccination BCG	0,963	0,024	416	541	2,530	0,025	0,915	1,010
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,894	0,025	416	541	1,607	0,028	0,844	0,944
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,842	0,024	416	541	1,303	0,029	0,794	0,891
A reçu vaccination rougeole	0,802	0,033	416	541	1,652	0,041	0,735	0,868
Vacciné contre toutes les maladies	0,750	0,035	416	541	1,601	0,047	0,680	0,820
Taille pour âge (-2ET)	0,124	0,010	2 027	2 458	1,240	0,084	0,103	0,145
Poids pour taille (-2ET)	0,045	0,008	2 027	2 458	1,457	0,180	0,029	0,062
Poids pour âge (-2ET)	0,083	0,012	2 027	2 458	1,637	0,143	0,059	0,106
Prévalence de l'anémie chez les enfants	0,553	0,030	1 883	2 264	2,120	0,054	0,494	0,612
Indice synthétique de fécondité (derniers 3 ans)	3,983	0,231	9 530	12 830	1,824	0,058	3,521	4,445
Quotient de mortalité néonatale (derniers 0-9 ans)	14,990	3,584	3 913	4 983	1,703	0,239	7,821	22,159
Quotient de mortalité post-néonatale (derniers 0-9 ans)	15,003	3,025	3 908	4 969	1,483	0,202	8,954	21,053
Quotient de mortalité infantile (derniers 0-9 ans)	29,994	5,200	3 918	4 986	1,762	0,173	19,593	40,394
Quotient de mortalité juvénile (derniers 0-9 ans)	13,984	2,789	3 831	4 867	1,313	0,199	8,407	19,562
Quotient de mortalité infanto-juvénile (derniers 0-9 ans)	43,558	7,094	3 933	5 001	1,882	0,163	29,371	57,746
HOMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	1 270	1 711	na	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,265	0,028	1 270	1 711	2,269	0,106	0,209	0,322
Instruction post-primaire ou plus	0,463	0,036	1 270	1 711	2,574	0,078	0,391	0,535
Jamais marié (en union)	0,610	0,025	1 270	1 711	1,797	0,040	0,561	0,660
Actuellement marié (en union)	0,367	0,023	1 270	1 711	1,714	0,063	0,321	0,414
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,112	0,017	972	1 345	1,689	0,153	0,078	0,146
Ne veut plus d'enfants	0,041	0,012	440	629	1,296	0,300	0,016	0,066
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,437	0,037	440	629	1,577	0,086	0,362	0,512
Nombre d'enfants idéal	6,446	0,294	990	1 176	1,832	0,046	5,858	7,033

Tableau B.4 Erreurs de sondage : Échantillon Rural, EDS-Continu, Sénégal 2014

Variable	Valeur (M)	Erreur Type (ET)	Population de base		Effet du Plan de sondage (REPS)	Intervalle de confiance	
			Non Pondéré (N)	Pondéré (N')		Erreur relative (ET/M)	M-2ET
			FEMMES				
Milieu urbain	0,000	0,000	5 082	3 932	na	na	0,000
Alphabétisée	0,253	0,021	5 082	3 932	3,431	0,083	0,211
Sans instruction	0,702	0,022	5 082	3 932	3,449	0,032	0,658
Instruction post-primaire ou plus	0,132	0,015	5 082	3 932	3,248	0,117	0,101
Jamais mariée (en union)	0,212	0,010	5 082	3 932	1,720	0,047	0,192
Actuellement mariée (en union)	0,750	0,012	5 082	3 932	1,902	0,015	0,727
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,494	0,017	3 936	3 029	2,153	0,035	0,460
Mariée (en union) avant 20 ans	0,660	0,016	2 976	2 299	1,898	0,025	0,628
Actuellement enceinte	0,101	0,005	5 082	3 932	1,285	0,054	0,090
Enfants nés vivants	2,935	0,062	5 082	3 932	1,539	0,021	2,811
Enfants survivants	2,620	0,053	5 082	3 932	1,477	0,020	2,514
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,400	0,163	783	615	1,563	0,025	6,074
Connaît une méthode contraceptive	0,953	0,005	3 889	2 949	1,547	0,005	0,943
Connaît une méthode contraceptive moderne	0,951	0,005	3 889	2 949	1,561	0,006	0,940
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,144	0,011	3 889	2 949	1,905	0,074	0,123
Utilise actuellement une méthode contraceptive moderne	0,130	0,011	3 889	2 949	1,974	0,082	0,109
Utilise actuellement la pilule	0,029	0,006	3 889	2 949	2,108	0,197	0,017
Utilise actuellement le condom	0,002	0,001	3 889	2 949	1,083	0,356	0,001
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,002	0,001	3 889	2 949	1,160	0,440	0,000
Utilise actuellement les injections	0,060	0,007	3 889	2 949	1,842	0,117	0,046
Utilise actuellement les implants	0,032	0,004	3 889	2 949	1,282	0,114	0,024
Utilise actuellement la continence périodique	0,004	0,001	3 889	2 949	1,426	0,371	0,001
Utilise actuellement le retrait	0,001	0,001	3 889	2 949	1,018	0,478	0,000
Utilise une source du secteur public	0,869	0,026	525	413	1,754	0,030	0,817
Ne veut plus d'enfants	0,192	0,008	3 889	2 949	1,255	0,041	0,176
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,456	0,010	3 889	2 949	1,207	0,021	0,437
Nombre d'enfants idéal	5,868	0,086	4 139	3 194	2,639	0,015	5,696
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,806	0,011	3 025	2 249	1,520	0,014	0,784
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,435	0,023	4 767	3 580	2,699	0,053	0,389
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,195	0,009	4 514	3 399	1,515	0,048	0,177
A reçu traitement SRO	0,249	0,020	882	663	1,279	0,080	0,209
A consulté du personnel médical	0,340	0,018	882	663	1,097	0,054	0,303
Ayant un carnet de santé, vu	0,703	0,020	917	670	1,294	0,029	0,662
A reçu vaccination BCG	0,944	0,011	917	670	1,386	0,012	0,922
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,893	0,013	917	670	1,223	0,015	0,867
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,845	0,014	917	670	1,153	0,017	0,816
A reçu vaccination rougeole	0,802	0,016	917	670	1,179	0,020	0,769
Vacciné contre toutes les maladies	0,726	0,020	917	670	1,279	0,027	0,686
Taille pour âge (-2ET)	0,232	0,010	4 670	3 475	1,353	0,042	0,212
Poids pour taille (-2ET)	0,068	0,005	4 670	3 475	1,315	0,076	0,058
Poids pour âge (-2ET)	0,156	0,008	4 670	3 475	1,315	0,052	0,140
Prévalence de l'anémie chez les enfants	0,638	0,017	4 327	3 200	2,030	0,027	0,603
Indice synthétique de fécondité (derniers 3 ans)	6,259	0,185	14 209	10 968	1,598	0,029	5,890
Quotient de mortalité néonatale (derniers 0-9 ans)	25,178	2,470	8 890	6 623	1,205	0,098	20,238
Quotient de mortalité post-néonatale (derniers 0-9 ans)	20,661	2,039	8 873	6 612	1,208	0,099	16,583
Quotient de mortalité infantile (derniers 0-9 ans)	45,839	3,519	8 902	6 633	1,323	0,077	38,801
Quotient de mortalité juvénile (derniers 0-9 ans)	32,151	3,156	8 693	6 447	1,212	0,098	25,838
Quotient de mortalité infanto-juvénile (derniers 0-9 ans)	76,516	5,571	8 969	6 672	1,477	0,073	65,375
HOMMES							
Milieu urbain	0,000	0,000	1 750	1 311	na	na	0,000
Sans instruction	0,522	0,028	1 750	1 311	2,375	0,054	0,465
Instruction post-primaire ou plus	0,262	0,027	1 750	1 311	2,577	0,104	0,207
Jamais marié (en union)	0,575	0,018	1 750	1 311	1,497	0,031	0,540
Actuellement marié (en union)	0,415	0,017	1 750	1 311	1,478	0,042	0,380
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,134	0,014	1 240	944	1,425	0,103	0,107
Ne veut plus d'enfants	0,020	0,005	740	545	1,063	0,276	0,009
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,518	0,026	740	545	1,412	0,050	0,466
Nombre d'enfants idéal	8,858	0,298	1 250	911	1,501	0,034	8,262
							9,453

Tableau B.5 Erreurs de sondage : Échantillon Nord, EDS-Continue, Sénégal 2014

Variable	Valeur (M)	Erreur Type (ET)	Population de base		Effet du Plan de sondage (REPS)	Intervalle de confiance		
			Non Pondéré (N)	Pondéré (N')		Erreur relative (ET/M)	M-2ET	
			FEMMES					
Milieu urbain	0,366	0,073	2 042	1 713	6,805	0,200	0,219	0,513
Alphabétisée	0,374	0,027	2 042	1 713	2,563	0,074	0,319	0,429
Sans instruction	0,578	0,031	2 042	1 713	2,812	0,053	0,517	0,640
Instruction post-primaire ou plus	0,193	0,025	2 042	1 713	2,897	0,131	0,143	0,244
Jamais mariée (en union)	0,242	0,014	2 042	1 713	1,501	0,059	0,214	0,271
Actuellement mariée (en union)	0,697	0,015	2 042	1 713	1,495	0,022	0,667	0,727
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,442	0,027	1 539	1 295	2,098	0,060	0,389	0,496
Mariée (en union) avant 20 ans	0,604	0,030	1 155	978	2,083	0,050	0,544	0,664
Actuellement enceinte	0,080	0,007	2 042	1 713	1,104	0,083	0,067	0,094
Enfants nés vivants	2,438	0,086	2 042	1 713	1,503	0,035	2,265	2,611
Enfants survivants	2,239	0,070	2 042	1 713	1,338	0,031	2,099	2,379
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,386	0,251	339	282	1,599	0,047	4,884	5,889
Connaît une méthode contraceptive	0,964	0,005	1 401	1 194	1,064	0,006	0,953	0,974
Connaît une méthode contraceptive moderne	0,962	0,005	1 401	1 194	1,049	0,006	0,951	0,973
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,163	0,017	1 401	1 194	1,761	0,107	0,128	0,198
Utilise actuellement une méthode contraceptive moderne	0,155	0,016	1 401	1 194	1,621	0,101	0,124	0,186
Utilise actuellement la pilule	0,064	0,012	1 401	1 194	1,787	0,182	0,041	0,088
Utilise actuellement le condom	0,001	0,001	1 401	1 194	1,185	1,004	0,000	0,003
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,003	0,002	1 401	1 194	1,231	0,595	0,000	0,007
Utilise actuellement les injections	0,058	0,009	1 401	1 194	1,413	0,152	0,041	0,076
Utilise actuellement les implants	0,021	0,004	1 401	1 194	1,102	0,202	0,012	0,029
Utilise actuellement la continence périodique	0,005	0,003	1 401	1 194	1,694	0,667	0,000	0,011
Utilise actuellement le retrait	0,002	0,001	1 401	1 194	1,073	0,631	0,000	0,005
Utilise une source du secteur public	0,858	0,034	225	191	1,437	0,039	0,791	0,925
Ne veut plus d'enfants	0,177	0,010	1 401	1 194	0,993	0,057	0,156	0,197
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,398	0,020	1 401	1 194	1,503	0,049	0,359	0,438
Nombre d'enfants idéal	5,045	0,137	1 183	1 006	2,380	0,027	4,770	5,319
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,832	0,020	1 010	846	1,642	0,023	0,793	0,871
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,578	0,048	1 523	1 281	3,155	0,083	0,482	0,673
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,237	0,015	1 446	1 228	1,331	0,065	0,206	0,268
A reçu traitement SRO	0,202	0,029	334	291	1,280	0,143	0,144	0,260
A consulté du personnel médical	0,301	0,041	334	291	1,588	0,136	0,219	0,383
Ayant un carnet de santé, vu	0,731	0,049	299	246	1,837	0,068	0,632	0,830
A reçu vaccination BCG	0,956	0,020	299	246	1,666	0,021	0,916	0,997
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,941	0,018	299	246	1,264	0,019	0,906	0,976
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,882	0,017	299	246	0,887	0,020	0,848	0,917
A reçu vaccination rougeole	0,891	0,027	299	246	1,367	0,030	0,838	0,944
Vacciné contre toutes les maladies	0,803	0,030	299	246	1,234	0,038	0,743	0,864
Taille pour âge (-2ET)	0,140	0,012	1 501	1 218	1,275	0,086	0,116	0,164
Poids pour taille (-2ET)	0,096	0,010	1 501	1 218	1,227	0,105	0,076	0,116
Poids pour âge (-2ET)	0,143	0,011	1 501	1 218	1,122	0,077	0,121	0,166
Prévalence de l'anémie chez les enfants	0,466	0,026	1 391	1 122	1,726	0,056	0,413	0,518
Indice synthétique de fécondité (derniers 3 ans)	5,210	0,232	5 651	4 764	1,198	0,044	4,747	5,673
Quotient de mortalité néonatale (derniers 0-9 ans)	24,951	4,750	2 850	2 404	1,296	0,190	15,451	34,451
Quotient de mortalité post-néonatale (derniers 0-9 ans)	14,871	2,892	2 841	2 395	1,319	0,194	9,086	20,655
Quotient de mortalité infantile (derniers 0-9 ans)	39,822	6,484	2 851	2 405	1,566	0,163	26,854	52,790
Quotient de mortalité juvénile (derniers 0-9 ans)	15,010	3,805	2 783	2 328	1,257	0,254	7,400	22,620
Quotient de mortalité infanto-juvénile (derniers 0-9 ans)	54,234	9,468	2 858	2 409	1,821	0,175	35,297	73,171
HOMMES								
Milieu urbain	0,364	0,065	663	591	3,436	0,178	0,235	0,494
Sans instruction	0,521	0,050	663	591	2,578	0,096	0,420	0,621
Instruction post-primaire ou plus	0,272	0,048	663	591	2,785	0,178	0,176	0,369
Jamais marié (en union)	0,566	0,026	663	591	1,373	0,047	0,514	0,619
Actuellement marié (en union)	0,425	0,027	663	591	1,402	0,063	0,371	0,479
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,116	0,017	451	416	1,139	0,148	0,081	0,150
Ne veut plus d'enfants	0,014	0,008	263	251	1,113	0,568	0,000	0,031
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,411	0,029	263	251	0,963	0,071	0,352	0,469
Nombre d'enfants idéal	9,082	0,482	436	386	1,106	0,053	8,118	10,047

Tableau B.6 Erreurs de sondage : Échantillon Ouest, EDS-Continue, Sénégal 2014

Variable	Valeur (M)	Erreur Type (ET)	Population de base		Effet du Plan de sondage (REPS)	Intervalle de confiance		
			Non Pondéré (N)	Pondéré (N')		Erreur relative (ET/M)	M-2ET	
			FEMMES					
Milieu urbain	0,859	0,024	1 303	3 488	2,462	0,028	0,811	0,906
Alphabétisée	0,535	0,039	1 303	3 488	2,808	0,073	0,457	0,613
Sans instruction	0,345	0,038	1 303	3 488	2,845	0,109	0,269	0,420
Instruction post-primaire ou plus	0,366	0,045	1 303	3 488	3,383	0,124	0,275	0,457
Jamais mariée (en union)	0,376	0,017	1 303	3 488	1,292	0,046	0,342	0,411
Actuellement mariée (en union)	0,555	0,018	1 303	3 488	1,272	0,032	0,520	0,590
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,233	0,019	1 065	2 845	1,483	0,082	0,195	0,272
Mariée (en union) avant 20 ans	0,361	0,024	810	2 145	1,395	0,065	0,314	0,408
Actuellement enceinte	0,062	0,013	1 303	3 488	1,899	0,205	0,036	0,087
Enfants nés vivants	1,993	0,104	1 303	3 488	1,531	0,052	1,785	2,201
Enfants survivants	1,864	0,093	1 303	3 488	1,476	0,050	1,678	2,050
Enfants nés vivants des femmes 40-49	4,913	0,188	227	576	0,947	0,038	4,536	5,290
Connaît une méthode contraceptive	0,983	0,006	767	1 937	1,199	0,006	0,972	0,994
Connaît une méthode contraceptive moderne	0,982	0,006	767	1 937	1,195	0,006	0,971	0,994
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,343	0,021	767	1 937	1,246	0,062	0,300	0,385
Utilise actuellement une méthode contraceptive moderne	0,316	0,022	767	1 937	1,309	0,070	0,272	0,360
Utilise actuellement la pilule	0,078	0,012	767	1 937	1,202	0,149	0,055	0,101
Utilise actuellement le condom	0,012	0,005	767	1 937	1,245	0,409	0,002	0,022
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,008	0,004	767	1 937	1,151	0,473	0,000	0,015
Utilise actuellement les injections	0,123	0,018	767	1 937	1,485	0,143	0,088	0,158
Utilise actuellement les implants	0,078	0,012	767	1 937	1,273	0,159	0,053	0,102
Utilise actuellement la continence périodique	0,015	0,007	767	1 937	1,592	0,463	0,001	0,029
Utilise actuellement le retrait	0,005	0,004	767	1 937	1,421	0,707	0,000	0,013
Utilise une source du secteur public	0,776	0,041	249	673	1,528	0,052	0,695	0,857
Ne veut plus d'enfants	0,229	0,021	767	1 937	1,409	0,093	0,186	0,272
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,418	0,018	767	1 937	1,025	0,044	0,382	0,455
Nombre d'enfants idéal	4,774	0,083	1 190	3 182	1,741	0,017	4,608	4,940
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,862	0,012	560	1 386	0,792	0,014	0,838	0,885
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,801	0,032	816	1 965	1,894	0,040	0,737	0,865
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,162	0,015	790	1 915	1,090	0,091	0,133	0,192
A reçu traitement SRO	0,195	0,046	127	311	1,259	0,238	0,102	0,288
A consulté du personnel médical	0,326	0,072	127	311	1,637	0,220	0,182	0,469
Ayant un carnet de santé, vu	0,672	0,035	156	401	0,913	0,053	0,601	0,743
A reçu vaccination BCG	0,962	0,031	156	401	2,034	0,032	0,900	1,025
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,894	0,032	156	401	1,254	0,036	0,830	0,957
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,853	0,031	156	401	1,055	0,036	0,792	0,914
A reçu vaccination rougeole	0,799	0,041	156	401	1,249	0,051	0,717	0,881
Vacciné contre toutes les maladies	0,761	0,044	156	401	1,264	0,058	0,673	0,849
Taille pour âge (-2ET)	0,127	0,013	816	1 872	0,942	0,101	0,101	0,153
Poids pour taille (-2ET)	0,028	0,008	816	1 872	1,178	0,272	0,013	0,044
Poids pour âge (-2ET)	0,068	0,014	816	1 872	1,290	0,201	0,041	0,095
Prévalence de l'anémie chez les enfants	0,602	0,036	753	1 715	1,685	0,060	0,530	0,674
Indice synthétique de fécondité (derniers 3 ans)	3,925	0,298	3 681	9 862	1,459	0,076	3,330	4,520
Quotient de mortalité néonatale (derniers 0-9 ans)	14,824	4,519	1 553	3 758	1,306	0,305	5,787	23,861
Quotient de mortalité post-néonatale (derniers 0-9 ans)	13,251	3,859	1 550	3 745	1,214	0,291	5,533	20,970
Quotient de mortalité infantile (derniers 0-9 ans)	28,075	6,682	1 554	3 759	1,415	0,238	14,711	41,440
Quotient de mortalité juvénile (derniers 0-9 ans)	15,769	3,599	1 514	3 660	0,947	0,228	8,570	22,968
Quotient de mortalité infanto-juvénile (derniers 0-9 ans)	43,402	9,146	1 559	3 771	1,446	0,211	25,110	61,693
HOMMES								
Milieu urbain	0,849	0,021	548	1 348	1,356	0,024	0,807	0,891
Sans instruction	0,254	0,033	548	1 348	1,764	0,129	0,189	0,320
Instruction post-primaire ou plus	0,456	0,045	548	1 348	2,117	0,099	0,365	0,546
Jamais marié (en union)	0,624	0,031	548	1 348	1,507	0,050	0,561	0,686
Actuellement marié (en union)	0,352	0,029	548	1 348	1,419	0,082	0,294	0,410
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,080	0,020	435	1 074	1,546	0,252	0,040	0,121
Ne veut plus d'enfants	0,041	0,015	196	475	1,083	0,376	0,010	0,072
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,423	0,050	196	475	1,410	0,118	0,323	0,523
Nombre d'enfants idéal	6,341	0,352	352	869	1,440	0,055	5,637	7,044

Tableau B.7 Erreurs de sondage : Échantillon Centre, EDS-Continue, Sénégal 2014

Variable	Valeur (M)	Erreur Type (ET)	Population de base		Effet du Plan de sondage (REPS)	Intervalle de confiance		
			Non Pondéré (N)	Pondéré (N')		Erreur relative (ET/M)	M-2ET	
			FEMMES					
Milieu urbain	0,244	0,026	2 690	2 040	3,164	0,108	0,192	0,297
Alphabétisée	0,244	0,019	2 690	2 040	2,250	0,076	0,207	0,281
Sans instruction	0,699	0,022	2 690	2 040	2,520	0,032	0,654	0,743
Instruction post-primaire ou plus	0,140	0,014	2 690	2 040	2,144	0,102	0,112	0,169
Jamais mariée (en union)	0,234	0,012	2 690	2 040	1,521	0,053	0,209	0,259
Actuellement mariée (en union)	0,733	0,014	2 690	2 040	1,679	0,020	0,704	0,761
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,464	0,018	2 056	1 549	1,595	0,038	0,429	0,499
Mariée (en union) avant 20 ans	0,646	0,017	1 514	1 153	1,383	0,026	0,612	0,680
Actuellement enceinte	0,103	0,006	2 690	2 040	1,076	0,061	0,090	0,116
Enfants nés vivants	2,857	0,071	2 690	2 040	1,270	0,025	2,715	2,999
Enfants survivants	2,576	0,066	2 690	2 040	1,332	0,026	2,444	2,707
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,439	0,196	380	297	1,330	0,030	6,046	6,831
Connaît une méthode contraceptive	0,955	0,008	1 923	1 495	1,679	0,008	0,939	0,971
Connaît une méthode contraceptive moderne	0,953	0,008	1 923	1 495	1,720	0,009	0,936	0,970
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,138	0,014	1 923	1 495	1,743	0,099	0,111	0,166
Utilise actuellement une méthode contraceptive moderne	0,123	0,013	1 923	1 495	1,740	0,106	0,097	0,149
Utilise actuellement la pilule	0,028	0,008	1 923	1 495	2,176	0,293	0,012	0,044
Utilise actuellement le condom	0,001	0,001	1 923	1 495	0,852	0,539	0,000	0,003
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,001	0,001	1 923	1 495	0,975	0,716	0,000	0,002
Utilise actuellement les injections	0,059	0,007	1 923	1 495	1,231	0,113	0,045	0,072
Utilise actuellement les implants	0,028	0,005	1 923	1 495	1,305	0,175	0,018	0,038
Utilise actuellement la continence périodique	0,004	0,001	1 923	1 495	0,964	0,368	0,001	0,006
Utilise actuellement le retrait	0,001	0,001	1 923	1 495	1,187	1,001	0,000	0,002
Utilise une source du secteur public	0,910	0,020	271	187	1,164	0,022	0,869	0,950
Ne veut plus d'enfants	0,195	0,012	1 923	1 495	1,312	0,061	0,171	0,219
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,472	0,013	1 923	1 495	1,143	0,028	0,446	0,498
Nombre d'enfants idéal	5,865	0,079	2 456	1 853	2,034	0,013	5,706	6,023
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,831	0,015	1 491	1 145	1,587	0,019	0,800	0,861
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,478	0,027	2 388	1 856	2,293	0,057	0,423	0,533
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,184	0,013	2 297	1 780	1,495	0,069	0,158	0,209
A reçu traitement SRO	0,228	0,031	421	327	1,434	0,136	0,166	0,290
A consulté du personnel médical	0,306	0,028	421	327	1,183	0,091	0,250	0,362
Ayant un carnet de santé, vu	0,704	0,028	461	356	1,317	0,040	0,647	0,760
A reçu vaccination BCG	0,965	0,011	461	356	1,265	0,011	0,943	0,987
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,899	0,015	461	356	1,086	0,017	0,868	0,930
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,853	0,019	461	356	1,130	0,022	0,815	0,890
A reçu vaccination rougeole	0,782	0,022	461	356	1,151	0,028	0,738	0,827
Vacciné contre toutes les maladies	0,726	0,026	461	356	1,257	0,036	0,673	0,778
Taille pour âge (-2ET)	0,217	0,014	2 351	1 831	1,482	0,067	0,188	0,246
Poids pour taille (-2ET)	0,064	0,007	2 351	1 831	1,311	0,113	0,050	0,079
Poids pour âge (-2ET)	0,148	0,011	2 351	1 831	1,345	0,076	0,125	0,170
Prévalence de l'anémie chez les enfants	0,678	0,025	2 149	1 670	2,225	0,038	0,627	0,729
Indice synthétique de fécondité (derniers 3 ans)	6,290	0,282	7 499	5 661	1,459	0,045	5,725	6,854
Quotient de mortalité néonatale (derniers 0-9 ans)	20,618	3,461	4 388	3 406	1,360	0,168	13,696	27,541
Quotient de mortalité post-néonatale (derniers 0-9 ans)	19,379	2,732	4 380	3 402	1,276	0,141	13,914	24,843
Quotient de mortalité infantile (derniers 0-9 ans)	39,997	4,432	4 393	3 410	1,352	0,111	31,132	48,862
Quotient de mortalité juvénile (derniers 0-9 ans)	27,554	3,194	4 303	3 338	1,014	0,116	21,167	33,942
Quotient de mortalité infanto-juvénile (derniers 0-9 ans)	66,449	5,861	4 423	3 432	1,314	0,088	54,728	78,170
HOMMES								
Milieu urbain	0,281	0,031	888	607	2,080	0,112	0,218	0,344
Sans instruction	0,543	0,032	888	607	1,887	0,058	0,480	0,606
Instruction post-primaire ou plus	0,262	0,027	888	607	1,847	0,104	0,207	0,316
Jamais marié (en union)	0,571	0,019	888	607	1,141	0,033	0,533	0,609
Actuellement marié (en union)	0,420	0,019	888	607	1,173	0,046	0,381	0,459
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,135	0,015	660	451	1,091	0,107	0,106	0,165
Ne veut plus d'enfants	0,026	0,008	360	255	0,992	0,324	0,009	0,042
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,555	0,029	360	255	1,099	0,052	0,497	0,612
Nombre d'enfants idéal	9,212	0,490	662	445	2,078	0,053	8,233	10,191

Tableau B.8 Erreurs de sondage : Échantillon Sud, EDS-Continue, Sénégal 2014

Variable	Valeur (M)	Erreur Type (ET)	Population de base		Effet du Plan de sondage (REPS)	Intervalle de confiance		
			Non Pondéré (N)	Pondéré (N')		Erreur relative (ET/M)	M-2ET	
			FEMMES					
Milieu urbain	0,349	0,030	2 453	1 247	3,125	0,086	0,289	0,409
Alphabétisée	0,366	0,023	2 453	1 247	2,379	0,063	0,319	0,412
Sans instruction	0,571	0,026	2 453	1 247	2,604	0,046	0,519	0,623
Instruction post-primaire ou plus	0,232	0,018	2 453	1 247	2,143	0,079	0,196	0,269
Jamais mariée (en union)	0,258	0,014	2 453	1 247	1,629	0,056	0,229	0,286
Actuellement mariée (en union)	0,701	0,015	2 453	1 247	1,668	0,022	0,671	0,732
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,590	0,018	1 910	976	1,559	0,030	0,554	0,625
Mariée (en union) avant 20 ans	0,637	0,018	1 403	730	1,416	0,029	0,601	0,674
Actuellement enceinte	0,095	0,007	2 453	1 247	1,184	0,074	0,081	0,109
Enfants nés vivants	2,844	0,073	2 453	1 247	1,307	0,026	2,698	2,990
Enfants survivants	2,468	0,065	2 453	1 247	1,351	0,026	2,338	2,598
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,579	0,166	321	166	1,068	0,025	6,247	6,911
Connaît une méthode contraceptive	0,955	0,009	1 729	874	1,904	0,010	0,937	0,974
Connaît une méthode contraceptive moderne	0,950	0,011	1 729	874	2,021	0,011	0,929	0,972
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,176	0,018	1 729	874	2,015	0,105	0,139	0,212
Utilise actuellement une méthode contraceptive moderne	0,157	0,019	1 729	874	2,160	0,120	0,119	0,195
Utilise actuellement la pilule	0,016	0,007	1 729	874	2,207	0,415	0,003	0,030
Utilise actuellement le condom	0,009	0,002	1 729	874	1,107	0,287	0,004	0,013
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,001	0,001	1 729	874	1,027	0,667	0,000	0,003
Utilise actuellement les injections	0,073	0,012	1 729	874	1,937	0,166	0,049	0,097
Utilise actuellement les implants	0,053	0,006	1 729	874	1,106	0,113	0,041	0,065
Utilise actuellement la continence périodique	0,006	0,002	1 729	874	1,122	0,353	0,002	0,010
Utilise actuellement le retrait	0,003	0,001	1 729	874	1,015	0,485	0,000	0,005
Utilise une source du secteur public	0,780	0,040	361	190	1,803	0,051	0,701	0,859
Ne veut plus d'enfants	0,169	0,012	1 729	874	1,377	0,073	0,144	0,194
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,472	0,014	1 729	874	1,197	0,030	0,443	0,501
Nombre d'enfants idéal	5,654	0,091	2 278	1 174	1,990	0,016	5,471	5,837
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,808	0,016	1 423	723	1,509	0,020	0,777	0,840
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,418	0,027	2 115	1 085	2,107	0,064	0,364	0,472
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,200	0,015	1 993	1 019	1,646	0,075	0,170	0,230
A reçu traitement SRO	0,303	0,030	390	204	1,221	0,098	0,244	0,363
A consulté du personnel médical	0,406	0,029	390	204	1,125	0,071	0,349	0,464
Ayant un carnet de santé, vu	0,628	0,033	417	208	1,339	0,052	0,562	0,694
A reçu vaccination BCG	0,907	0,023	417	208	1,516	0,025	0,861	0,953
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,826	0,029	417	208	1,463	0,035	0,768	0,883
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,764	0,031	417	208	1,428	0,041	0,702	0,827
A reçu vaccination rougeole	0,734	0,027	417	208	1,212	0,037	0,679	0,789
Vacciné contre toutes les maladies	0,629	0,035	417	208	1,410	0,055	0,559	0,698
Taille pour âge (-2ET)	0,301	0,016	2 029	1 012	1,425	0,054	0,269	0,334
Poids pour taille (-2ET)	0,060	0,009	2 029	1 012	1,522	0,151	0,042	0,078
Poids pour âge (-2ET)	0,170	0,016	2 029	1 012	1,643	0,094	0,138	0,202
Prévalence de l'anémie chez les enfants	0,633	0,027	1 917	957	2,084	0,043	0,578	0,687
Indice synthétique de fécondité (derniers 3 ans)	5,934	0,277	6 908	3 511	1,328	0,047	5,380	6,489
Quotient de mortalité néonatale (derniers 0-9 ans)	27,251	4,043	4 012	2 038	1,356	0,148	19,166	35,336
Quotient de mortalité post-néonatale (derniers 0-9 ans)	29,434	3,694	4 010	2 037	1,249	0,125	22,047	36,821
Quotient de mortalité infantile (derniers 0-9 ans)	56,685	5,952	4 022	2 044	1,386	0,105	44,780	68,590
Quotient de mortalité juvénile (derniers 0-9 ans)	45,880	7,077	3 924	1 989	1,589	0,154	31,727	60,034
Quotient de mortalité infanto-juvénile (derniers 0-9 ans)	99,964	10,981	4 062	2 061	1,723	0,110	78,003	121,926
HOMMES								
Milieu urbain	0,379	0,027	921	476	1,696	0,072	0,324	0,433
Sans instruction	0,332	0,027	921	476	1,747	0,082	0,277	0,386
Instruction post-primaire ou plus	0,421	0,026	921	476	1,588	0,061	0,370	0,473
Jamais marié (en union)	0,582	0,022	921	476	1,354	0,038	0,538	0,626
Actuellement marié (en union)	0,404	0,022	921	476	1,353	0,054	0,360	0,447
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,235	0,031	666	348	1,890	0,132	0,173	0,298
Ne veut plus d'enfants	0,036	0,012	361	192	1,240	0,339	0,012	0,060
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,581	0,046	361	192	1,758	0,079	0,490	0,673
Nombre d'enfants idéal	6,551	0,266	790	387	1,699	0,041	6,019	7,084

# TABLEAUX POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

**Annexe C**

Tableau C.1 Répartition par âge de la population des ménages

Répartition de la population (de fait) des ménages par année d'âge selon le sexe (pondéré), EDS-Continue, Sénégal 2014

Âge	Femme		Homme		Âge	Femme		Homme		
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
0	605	3,1	624	3,6	37	195	1,0	123	0,7	
1	655	3,3	608	3,5	38	182	0,9	148	0,9	
2	612	3,1	692	4,0	39	152	0,8	117	0,7	
3	590	3,0	611	3,6	40	220	1,1	202	1,2	
4	605	3,1	660	3,8	41	132	0,7	90	0,5	
5	551	2,8	530	3,1	42	168	0,9	155	0,9	
6	641	3,3	648	3,8	43	131	0,7	103	0,6	
7	629	3,2	575	3,3	44	125	0,6	141	0,8	
8	565	2,9	568	3,3	45	171	0,9	152	0,9	
9	481	2,4	479	2,8	46	115	0,6	68	0,4	
10	547	2,8	519	3,0	47	115	0,6	91	0,5	
11	444	2,3	350	2,0	48	105	0,5	121	0,7	
12	446	2,3	427	2,5	49	58	0,3	47	0,3	
13	524	2,7	403	2,3	50	199	1,0	140	0,8	
14	419	2,1	485	2,8	51	149	0,8	86	0,5	
15	400	2,0	337	2,0	52	201	1,0	83	0,5	
16	364	1,9	391	2,3	53	141	0,7	62	0,4	
17	360	1,8	312	1,8	54	123	0,6	102	0,6	
18	443	2,3	373	2,2	55	207	1,1	124	0,7	
19	345	1,8	307	1,8	56	98	0,5	74	0,4	
20	477	2,4	376	2,2	57	101	0,5	71	0,4	
21	297	1,5	224	1,3	58	99	0,5	75	0,4	
22	398	2,0	274	1,6	59	51	0,3	44	0,3	
23	265	1,3	272	1,6	60	155	0,8	153	0,9	
24	272	1,4	197	1,1	61	29	0,1	67	0,4	
25	448	2,3	331	1,9	62	86	0,4	75	0,4	
26	277	1,4	224	1,3	63	57	0,3	62	0,4	
27	299	1,5	201	1,2	64	55	0,3	37	0,2	
28	339	1,7	260	1,5	65	85	0,4	96	0,6	
29	195	1,0	116	0,7	66	34	0,2	50	0,3	
30	454	2,3	328	1,9	67	44	0,2	39	0,2	
31	183	0,9	131	0,8	68	50	0,3	57	0,3	
32	243	1,2	212	1,2	69	37	0,2	31	0,2	
33	198	1,0	141	0,8	70+	535	2,7	421	2,5	
34	180	0,9	147	0,9		Ne sait pas/ manquant	4	0,0	6	0,0
35	286	1,5	230	1,3		Total	19 637	100,0	17 184	100,0
36	189	1,0	109	0,6						

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

---

**Tableau C.2.1 Répartition par âge des femmes éligibles et enquêtées**

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des femmes de 10-54 ans dans l'enquête ménage et des femmes de 15-49 ans enquêtées, et pourcentage de femmes éligibles qui ont été enquêtées (pondéré), EDS-Continuée, Sénégal 2014

Groupe d'âges	Population des femmes de 10-54 ans dans les ménages	Femmes interviewées de 15-49 ans		Pourcentage de femmes éligibles interviewées
		Effectif	Pourcentage	
10-14	2 380	na	na	na
15-19	1 911	1 847	21,9	96,6
20-24	1 709	1 639	19,4	95,9
25-29	1 559	1 493	17,7	95,8
30-34	1 258	1 201	14,2	95,4
35-39	1 004	963	11,4	95,9
40-44	776	736	8,7	94,8
45-49	565	548	6,5	96,9
50-54	814	na	na	na
15-49	8 783	8 426	100,0	95,9

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage. L'âge est basé sur le tableau de ménage.

na = Non applicable

---

**Tableau C.2.2 Répartition par âge des hommes éligibles et enquêtés**

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des hommes de 10-64 ans dans l'enquête ménage et des hommes de 15-59 ans enquêtés, et pourcentage des hommes éligibles qui ont été enquêtés (pondéré), EDS-Continuée, Sénégal 2014

Groupe d'âges	Population des hommes de 10-64 ans dans les ménages	Hommes interviewés de 15-59 ans		Pourcentage d'hommes éligibles interviewés
		Effectif	Pourcentage	
10-14	1 102	na	na	na
15-19	809	733	21,9	90,6
20-24	631	579	17,3	91,7
25-29	529	464	13,8	87,8
30-34	422	372	11,1	88,2
35-39	343	295	8,8	86,1
40-44	371	332	9,9	89,6
45-49	254	218	6,5	85,6
50-54	227	215	6,4	94,9
55-59	176	145	4,3	82,2
60-64	212	na	na	na
15-59	3 762	3 353	100,0	89,1

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage. L'âge est basé sur le tableau de ménage.

na = Non applicable

---

---

**Tableau C.3 Complétude de l'enregistrement**

Pourcentage d'informations manquantes pour certaines questions démographiques et de santé, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Type d'information	Groupe de référence	Pourcentage avec informations manquantes	Nombre de cas
Mois seulement	Naissances dans les 15 années avant l'enquête	7,76	15 483
Mois et année	Années au cours des 15 années avant l'enquête	0,00	15 483
Mois et année	Décès d'enfants nés dans les 15 années avant l'enquête	0,00	1 004
Âge/date à la première union <sup>1</sup>	Femmes en union de 15-49 ans	0,06	5 962
Âge/date à la première union <sup>1</sup>	Hommes en union de 15-49 ans	0,43	1 567
Niveau d'instruction de l'enquêtée	Toutes les femmes	0,00	8 488
Niveau d'instruction de l'enquêté	Tous les hommes	0,00	3 371
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Enfants vivants de 0-59 mois	4,37	5 942
Taille <sup>2</sup>	Enfants vivants de 0-59 mois (du questionnaire Ménage)	2,10	6 249
Poids <sup>2</sup>	Enfants vivants de 0-59 mois (du questionnaire Ménage)	2,10	6 249
Taille ou poids <sup>2</sup>	Enfants vivants de 0-59 mois (du questionnaire Ménage)	2,11	6 249
Anémie <sup>3</sup>	Enfants vivants de 0-59 mois (du questionnaire Ménage)	3,18	5 644

<sup>1</sup> Sans information pour l'âge et l'année<sup>2</sup> Enfant non-mesuré<sup>3</sup> Non-testé**Tableau C.4 Naissances par année de naissance**

Nombre de naissances, pourcentage de naissances avec une date de naissance complète, rapport de masculinité à la naissance et rapport de naissances annuelles pour les enfants Survivants (S), les enfants Décédés (D) et l'Ensemble des enfants (E) (pondéré), selon l'année de calendrier, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Années	Effectif de naissances			Pourcentage avec une date de naissance complète			Rapport de masculinité à la naissance			Rapport de naissances annuelles		
	S	D	E	S	D	E	S	D	E	S	D	E
0	478	4	482	100,0	100,0	100,0	88,6	120,1	88,8	na	na	na
1	1 201	54	1 255	100,0	100,0	100,0	107,7	143,0	109,0	na	na	na
2	1 238	45	1 284	99,8	98,3	99,8	102,2	80,0	101,3	103,0	89,4	102,4
3	1 205	47	1 251	99,2	100,0	99,2	99,1	109,3	99,5	101,2	86,8	100,6
4	1 142	62	1 204	99,7	98,7	99,6	113,7	73,2	111,1	97,6	120,8	98,6
5	1 136	56	1 192	99,2	92,8	98,9	101,3	138,3	102,8	102,7	73,1	100,7
6	1 070	92	1 162	97,2	81,3	95,9	110,8	94,1	109,4	100,8	133,6	102,8
7	988	82	1 069	91,1	79,4	90,2	99,8	151,5	102,9	95,3	96,3	95,4
8	1 002	77	1 080	89,3	78,7	88,5	102,8	78,7	100,9	102,2	102,1	102,2
9	974	70	1 044	86,3	81,5	86,0	108,1	85,6	106,5	105,3	89,1	104,0
0-4	5 263	213	5 476	99,7	99,3	99,7	103,7	97,6	103,5	na	na	na
5-9	5 170	377	5 547	92,9	82,1	92,2	104,5	104,5	104,5	na	na	na
10-14	3 689	379	4 068	85,3	67,6	83,7	93,7	113,0	95,3	na	na	na
15-19	2 363	394	2 757	80,1	66,0	78,1	100,7	108,9	101,9	na	na	na
20+	2 184	472	2 656	75,2	60,0	72,5	94,1	109,3	96,7	na	na	na
Ensemble	18 669	1 835	20 504	89,6	72,0	88,0	100,3	107,5	101,0	na	na	na

na = Non applicable

<sup>1</sup> Année et mois de naissance déclarés.<sup>2</sup> (Nm/Nf)x100, où Nm est le nombre de naissances masculines et Nf le nombre de naissances féminines.<sup>3</sup> [2Nx/(Nx-1+Nx+1)]x100, où Nx est le nombre de naissance de l'année x.

---

**Tableau C.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours**

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, selon l'âge au décès en jours, et pourcentage de décès néonatals survenus, d'après les déclarations, aux âges de 0-6 jours, par période de cinq ans précédant l'enquête, EDS-Continue, Sénégal 2014

Âge au décès en jours	Nombre d'années ayant précédé l'enquête				Total 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1	15	26	13	15	69
1	22	26	19	22	89
2	7	5	5	9	27
3	23	17	8	2	51
4	2	0	2	3	8
5	3	9	7	7	27
6	5	5	3	5	18
7	7	7	3	13	30
8	6	3	3	8	20
9	2	1	4	2	9
10	6	2	2	1	11
11	2	1	1	1	5
12	1	0	0	0	1
13	2	0	1	2	5
14	1	1	1	0	3
15	6	15	9	8	39
17	0	0	0	2	2
20	0	2	3	2	7
21	1	3	0	1	4
23	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0
27	2	0	0	0	2
28	0	0	0	0	1
31+	1	0	0	0	1
Total 0-30	114	124	84	105	427
Pourcentage néonatal précoce <sup>1</sup>	68,3	71,5	67,1	61,8	67,4

<sup>1</sup> 0-6 jours / 0-30 jours

---

---

**Tableau C.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois**

Répartition des décès survenus, d'après les déclaration, à moins de deux ans, selon l'âge au décès en mois, et pourcentage de décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, par période de cinq ans précédent l'enquête, EDS-Continue, Sénégal 2014

Âge au décès en mois	Nombre d'années ayant précédé l'enquête				Total 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1 <sup>a</sup>	114	124	84	105	427
1	11	19	20	8	59
2	17	18	10	6	51
3	7	14	14	3	37
4	9	13	3	7	31
5	6	14	4	3	27
6	8	10	11	11	40
7	6	8	7	15	36
8	4	6	7	3	21
9	7	6	13	13	38
10	4	1	6	3	13
11	7	6	6	7	25
12	8	11	19	12	50
13	1	5	2	4	13
14	8	4	0	4	17
15	0	3	6	2	11
16	1	6	0	1	8
17	0	2	1	1	5
18	4	10	13	20	47
19	2	0	2	1	5
20	0	0	3	6	10
21	1	0	0	0	1
22	2	4	0	0	6
23	1	1	2	1	5
24+	1	1	4	3	9
1 an	0	1	0	1	2
Total 0-11	199	236	185	185	805
Pourcentage néonatal précoce	57,3	52,4	45,3	56,8	53,0

<sup>a</sup> Y compris les décès survenus à moins d'un mois, déclarés en jours.

<sup>1</sup> Moins d'un mois / moins d'un an.

---

Tableau C.7 État nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel (taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-Continuée, Sénégal 2014

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-Âge <sup>1</sup>			Poids-pour-Taille			Poids-pour-Âge			Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET <sup>2</sup>	Score centré réduit moyen (ET)	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET <sup>2</sup>	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET <sup>2</sup>	
<b>Âge en mois</b>										
<6	0,7	3,3	(0,3)	0,2	0,9	4,7	0,2	0,3	2,2	5,2 (0,3)
6-9	2,3	8,0	(0,3)	0,0	3,1	4,3	0,0	0,9	5,2	3,6 (0,9)
10-11	1,0	9,6	(0,7)	0,1	3,0	1,4	(0,4)	2,0	16,6	0,7 (1,3)
12-23	2,4	18,7	(1,1)	0,5	7,4	0,8	(0,7)	3,0	24,0	1,0 (1,3)
24-35	4,6	24,3	(1,2)	0,1	10,9	0,1	(0,8)	2,5	23,2	0,4 (1,2)
36-47	3,8	14,5	(0,8)	0,1	4,3	0,2	(0,7)	2,7	18,2	0,1 (1,1)
48-59	4,1	15,6	(0,9)	0,2	4,9	0,3	(0,7)	2,8	16,9	0,1 1 136
<b>Sexe</b>										
Masculin	3,5	15,3	(0,8)	0,3	5,7	1,3	(0,7)	2,1	18,0	0,9 (1,0)
Féminin	3,2	13,8	(0,8)	0,1	5,4	0,7	(0,6)	2,3	16,4	0,9 2 909
<b>Intervalle inter-génésique en mois<sup>3</sup></b>										
Première naissance <sup>4</sup>	3,5	13,7	(0,7)	0,2	5,1	1,4	(0,6)	1,5	14,6	1,3 (0,9)
<24	5,0	16,8	(0,9)	0,3	5,6	0,9	(0,6)	2,2	18,8	1,3 (1,1)
24-47	3,7	15,7	(0,9)	0,2	6,4	0,9	(0,6)	2,9	19,3	0,6 (1,1)
48+	1,2	10,3	(0,6)	0,2	4,3	1,1	(0,6)	1,0	13,8	0,8 896
<b>Grosesse à la naissance<sup>3</sup></b>										
Très petit	5,2	19,3	(1,0)	0,4	9,7	0,6	(0,8)	3,6	27,5	0,2 (1,3)
Petit	2,5	16,1	(0,9)	0,3	10,0	0,5	(0,8)	2,9	21,3	0,7 (1,2)
Moyen ou plus gros que la moyenne	3,0	12,8	(0,7)	0,2	3,5	1,3	(0,5)	1,6	13,4	1,1 (0,8)
<b>Interview de la mère</b>										
Interviewée	3,4	14,5	(0,8)	0,2	5,7	1,0	(0,6)	2,2	17,3	0,9 (1,0)
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	4,2	16,0	(1,2)	0,0	4,7	0,5	(0,8)	3,2	20,2	0,5 (1,3)
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage	3,1	14,5	(0,6)	0,0	4,0	0,5	(0,7)	1,9	14,5	1,6 (1,0)
<b>Résidence</b>										
Urbain	2,2	9,6	(0,6)	0,2	4,5	1,2	(0,6)	1,1	12,8	1,1 (0,8)
Rural	4,2	18,1	(1,0)	0,2	6,3	0,8	(0,7)	2,9	20,4	0,8 3 474
<b>Zones écologiques</b>										
Nord	2,1	10,3	(0,5)	0,4	9,1	1,0	(0,8)	2,3	17,6	1,4 (1,0)
Ouest	2,2	10,0	(0,6)	0,1	2,8	1,0	(0,5)	0,6	10,6	1,1 (0,8)
Centre	3,6	16,7	(1,0)	0,2	6,0	0,7	(0,7)	2,8	21,0	0,5 (1,2)
Sud	6,8	24,3	(1,2)	0,2	5,4	1,5	(0,5)	3,9	22,1	0,7 1 014
<b>Niveau d'instruction de la mère<sup>5</sup></b>										
Pas d'instruction	4,0	16,5	(0,9)	0,2	6,4	1,0	(0,7)	2,6	19,4	0,8 (1,1)
Primaire	2,4	12,0	(0,7)	0,4	4,4	0,7	(0,6)	1,7	15,4	1,0 (0,9)
Moyen/secondeaire ou plus	2,1	8,1	(0,5)	0,1	3,7	1,5	(0,4)	0,6	9,8	1,2 (0,6)
<b>Quintiles de bien-être économique</b>										
Le plus pauvre	5,4	23,6	(1,2)	0,1	7,4	0,8	(0,8)	4,2	26,2	0,5 (1,3)
Second	4,8	18,6	(1,0)	0,3	6,0	0,5	(0,7)	2,9	20,5	0,7 (1,2)
Moyen	2,9	12,0	(0,8)	0,3	6,8	1,0	(0,6)	2,0	16,5	1,4 (1,0)
Quatrième	2,0	9,9	(0,6)	0,3	3,3	1,6	(0,5)	0,9	11,9	1,1 (0,9)
Le plus riche	1,4	7,1	(0,3)	0,0	3,7	1,1	(0,5)	0,6	9,1	1,0 (0,6)
Ensemble	3,4	14,6	(0,8)	0,2	5,5	1,0	(0,6)	2,2	17,2	0,9 5 947

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Chaque indice est exprimé en termes de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS.

Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance (mois et année) et les mesures du poids et de la taille sont valides.

<sup>1</sup> Y compris les enfants qui se situent en-dessous de -3 ET de la médiane de la population de référence internationale.

<sup>2</sup> Non compris les enfants dont la mère n'a pas été enquêtée.

<sup>3</sup> Les premières naissances multiples (jumeaux ou triplets, etc.) sont considérées comme première naissance car il n'y a pas d'intervalle avec la naissance précédente. Exclut 4 cas (non-pondérés) cas où l'information sur la grossesse à la naissance était manquante.

<sup>4</sup> Y compris les enfants dont la mère est décédée.

<sup>5</sup> Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.

**DIRECTEUR NATIONAL**

Aboubacar Sédiakh BEYE, Directeur Général ANSD

**DIRECTEUR NATIONAL ADJOINT**

Mamadou Falou MBENGUE, Directeur Général Adjoint ANSD

**DIRECTEUR DU PROJET**

Cheikh Tidiane NDIAYE, Directeur des Statistiques Démographiques et Sociales

**ADJOINT**

Papa Ibrahima Sylmang SENE, Chef de Division du Recensement et des Statistiques Démographiques

**CORDONNATEUR TECHNIQUE**

Fatou Bintou NIANG CAMARA

**RESPONSABLE DES OPERATIONS DE TERRAIN**

Papa Mabèye DIOP

**RESPONSABLE INFORMATIQUE**

Papa Thiécouta NDIAYE

**GESTIONNAIRE**

Samba TALL

**EQUIPE D'ENCADREMENT TECHNIQUE ET DE PILOTAGE**

Mamadou Falou MBENGUE, Cheikh Tidiane NDIAYE, Fatou Bintou NIANG CAMARA,  
Papa Mabeye DIOP, Thiécouta NDIAYE, Papa Ibrahima Sylmang SENE, Dr Moussa DIAKHATE,  
Mariana STIRBU (UNICEF), Papa Madiop DIOP (UNFPA), Mariama GUEYE (IST/SIDA),  
Ndèye Khady TOURÉ (CLM), Matar CAMARA (USAID), Ibrahima NDAO (Micronutrient Initiative),  
Nafissatou DIOP (POPCOUNCIL), Siaka COULIBALY (DNISS), Malang COLY (OMS),  
Binta MBOW (ABT)

**EQUIPE D'ENCADREMENT INFORMATIQUE**

Thiécouta NDIAYE, Abdou SARR, Ndiacé DANGOURA

**CORDONNATEUR MEDICAL**

Dr Moussa DIAKHATE (USAID)

**NUTRITIONISTE**

Ndèye Khady TOURÉ (CLM)

**PERSONNELS DE LABORATOIRE POUR LA PARASITOLOGIE**

Professeur Oumar GAYE, Directeur du Laboratoire de Parasitologie de l'UCAD  
Docteur Magatte NDIAYE, Chercheur au LBV

## **PERSONNELS DE COLLECTE**

### **Superviseurs**

Amadou DJIGO  
Ibrahima DIONE

### **Chefs d'équipe**

Arona DIAGNE  
Amadou Lamine JANTEY  
Ousmane MBENGUE  
Aliou NGOM

### **Techniciens de santé**

Awa DIAW  
Ndane DIOUF  
Diarra Ndéye NDOYE  
Oulèye SARR

### **Enquêtrices**

Assiéto BEYE	Tabasky DIOUF
Mafoudya CAMARA	Ndéye Ami FALL
Fatou CISSE	Ndéye Yacine SAGNA
Fatoumata DIEME	Coumba SOW
Bintou DIEME	Clara SADIO
Marième DIEYE	Rokhaya GUEYE

### **Reprographie**

Saliou FAYE

### **Personnel d'appui**

Mbaye NDIAYE et Matar BOCOUM

## **ASSISTANCE TECHNIQUE DE ICF INTERNATIONAL**

José Miguel GUZMAN, Coordonnateur Régional EDS  
Jean de Dieu BIZIMANA  
Yodit BEKELE  
Ruilin REN, plan de sondage  
Keith PURVIS, traitement informatique  
Harouna KOCHÉ, traitement informatique  
Monique BARRÈRE, édition finale  
Christopher GRAMER, production du rapport

## **QUESTIONNAIRES**

---

## *Annexe* **E**



**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ CONTINUE (EDS-CONTINUE 2014)**  
**QUESTIONNAIRE MÉNAGE**

ICF

**République du Sénégal**

Ministère du Plan

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

**IDENTIFICATION**

NOM DE LA LOCALITE \_\_\_\_\_

NOM DU CHEF DE MENAGE \_\_\_\_\_ NUMERO DU MENAGE \_\_\_\_\_

NUMERO DE CONCESSION .....

NUMERO DE GRAPPE .....

REGION .....

URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....

DAKAR/CAPITALE REGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL  
(DAKAR=1, CAPITALE REGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)

MÉNAGE SÉLECTIONNÉ DANS UNE ENQUÊTE HOMME ? (OUI=1, NON=2)

MENAGE ..... 

--	--

CONCESSION 

--	--

GRAPPE... 

--	--

REGION ..... 

--	--

MILIEU ..... 

--	--

MILIEU (DETAILLE) ..... 

--	--

ENQUÊTE HOMME

**VISITES D'ENQUETRICES**

	1	2	3	VISITE FINALE			
DATE	_____	_____	_____	JOUR ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
NOM DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
RESULTAT*	_____	_____	_____	ANNEE.... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td></tr></table>	2	0	1
2	0	1					
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____	_____	CODE ENQUET ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
				CODE RESULTAT..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
*CODES RESULTATS :				NOMBRE TOTAL DE VISITES ..... <input type="checkbox"/>			
1 REMPLI				TOTAL DANS LE MENAGE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
2 PAS DE MEMBRE DU MENAGE A LA MAISON OU PAS D'ENQUETE COMPETENT AU MOMENT DE LA VISITE				TOTAL FEMMES ELIGIBLES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
3 MENAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PERIODE				TOTAL HOMMES ELIGIBLES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
4 DIFFERE				N° LIGNE ENQUETE POUR QUESTION. MENAGE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
5 REFUSE							
6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT A L'ADRESSE							
7 LOGEMENT DETRUIT							
8 LOGEMENT NON TROUVE							
9 AUTRE _____ (PRECISER)							

**CHEF D'EQUIPE**

NOM \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

## PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_. Je travaille pour l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie en collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au Sénégal. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage. Les questions prennent habituellement entre 15 et 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment. Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter les personnes figurant sur cette carte.

## DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES

Avez-vous des questions à me poser ?

Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE

L'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE DE RÉPONDRE ..... 1 L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDRE ..... 2 → FIN



TABLEAU MÉNAGE

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXЕ	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉTAT MATRIMONIAL	SI 15 ANS OU PLUS			ÉLIGIBILITÉ													
								4	5	6	7	8	9	10	11									
	S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.  APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A, 2B, 2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.  POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ?  SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95.'	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?  1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN	ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15 - 59 ANS	ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0 - 5 ANS														
01		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	M 1 F 2	O 1 N 2	O 1 N 2	EN ANNÉES <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	01	01	01		
1	2																							
1	2																							
1	2																							
02		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	1 1 2	2	1 1 2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	02	02	02		
1	2																							
1	2																							
1	2																							
03		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	1 1 2	2	1 1 2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	03	03	03		
1	2																							
1	2																							
1	2																							
04		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	1 1 2	2	1 1 2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	04	04	04		
1	2																							
1	2																							
1	2																							
05		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	1 1 2	2	1 1 2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	05	05	05		
1	2																							
1	2																							
1	2																							
06		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	1 1 2	2	1 1 2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	06	06	06		
1	2																							
1	2																							
1	2																							
07		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	1 1 2	2	1 1 2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	07	07	07		
1	2																							
1	2																							
1	2																							
08		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	1 1 2	2	1 1 2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	08	08	08		
1	2																							
1	2																							
1	2																							
09		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	1 1 2	2	1 1 2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	09	09	09		
1	2																							
1	2																							
1	2																							
10		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	1 1 2	2	1 1 2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>			1	2	10	10	10		
1	2																							
1	2																							
1	2																							

CODES POUR Q. 3: LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE

01 = CHEF DE MÉNAGE  
02 = MARI OU FEMME

07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE  
08 = FRÈRE OU SOEUR

03 = FILS OU FILLE  
04 = GENRE OU BELLE-FILLE  
05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE  
06 = PÈRE OU MÈRE

09=CO-EPOUSE  
10 = AUTRES PARENTS  
11 = ENFANTS ADOPTE(S)/EN GARDE/ENF DU CONJOINT  
98 = NE SAIT PAS

	SI AGE DE 0-17 ANS				SI AGE DE 5 ANS OU PLUS		SI AGE DE 5-24 ANS				SI AGE moins 5 ANS (0-59mois)
N° LIGNE	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ANNÉE PRÉCEDENTE		DÉCLARATION DE NAISSANCE
	12	13	14	15	16	17	18	19	19A	19B	20
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ? VOIR CODES CI-DESSOUS	(Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire (2013-2014) ? VOIR CODES CI-DESSOUS	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ? VOIR CODES CI-DESSOUS	Au cours de l'année scolaire précédente, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ?	Durant l'année scolaire précédente, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ?	(NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance ?  SI NON, INSISTEZ : La naissance de (NOM) a-t-elle été déclarée à l'état civil ?  1 = A UN CERTIFICAT 2 = DÉCLARÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS
01	O N NSP 1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	O N NSP 1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	O N 1 2 ↓ 20G	NIVEAU CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O N 1 2 ↓ 19A	NIVEAU CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O N 1 2 ↓ 20G	NIVEAU CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CODES POUR Qs. 17 ET 19: NIVEAU D'INSTRUCTION</b>											
NIVEAU						CLASSE					
1 = ELEMENTAIRE 2 = MOYEN 2 = SECONDAIRE 3 = SUPÉRIEUR 6 = PRESCOLAIRE 8 = NE SAIT PAS						00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHEVÉE (UTILISEZ '00' POUR Q. 17 SEULEMENT. CE CODE N'EST PAS AUTORISÉ À Q. 19). 98 =NE SAIT PAS					

							SI 15 ANS OU PLUS			
N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXES	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉTAT MATRIMONIAL	ÉLIGIBILITÉ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.  APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A, 2B, 2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.  POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ?  SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95.'	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?  1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN	ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15 - 59 ANS	ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0 - 5 ANS
11		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	M   F 1   2	O   N 1   2	O   N 1   2	EN ANNÉE  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	11	11
12		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1   2 1   2	1   2 1   2	1   2 1   2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	12	12
13		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1   2 1   2	1   2 1   2	1   2 1   2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	13	13
14		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1   2 1   2	1   2 1   2	1   2 1   2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	14	14
15		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1   2 1   2	1   2 1   2	1   2 1   2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	15	15
16		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1   2 1   2	1   2 1   2	1   2 1   2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	16	16
17		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1   2 1   2	1   2 1   2	1   2 1   2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	17	17
18		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1   2 1   2	1   2 1   2	1   2 1   2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	18	18
19		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1   2 1   2	1   2 1   2	1   2 1   2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	19	19
20		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1   2 1   2	1   2 1   2	1   2 1   2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	20	20

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

2A) Juste pour être sûr que j'ai une liste complète

Y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés?

2B) Ya t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, tels que des domestiques, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ?

2C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listés?

OUI  AJOUTER AU TABLEAU NON

OUI  AJOUTER AU TABLEAU NON

OUI  AJOUTER AU TABLEAU NON

#### CODES POUR Q. 3: LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE     | 08 = FRÈRE OU SOEUR                          |
| 02 = FEMME OU MARI      | 09 = AUTRE PARENT                            |
| 03 = FILS OU FILLE      | 10 = ADOPTÉ/EN GARDE/ENFANT DE LA FEMME/MARI |
| 04 = GENDRE/BELLE-FILLE |  |
| 05 = PETIT-FILS/FILLE   | 11 = SANS PARENTÉ                            |
| 06 = PÈRE/MÈRE          | 98 = NE SAIT PAS                             |
| 07 = BEAUX-PARENTS      |  |

	SI AGE DE 0-17 ANS				SI AGE DE 5 ANS OU PLUS		SI AGE DE 5-24 ANS				SI AGE moins 5 ANS (0-59mois)
N° LIGNE	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ANNÉE PRÉCEDENTE		DÉCLARATION DE NAISSANCE
	12	13	14	15	16	17	18	19	19A	19B	20
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?  SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE.  SI NON, INSCRIVEZ '00'.	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE.  SI NON, INSCRIVEZ '00'.	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?  SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE.  SI NON, INSCRIVEZ '00'.	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE.  SI NON, INSCRIVEZ '00'.	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ?  VOIR CODES CI-DESSOUS  Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?  VOIR CODES CI-DESSOUS  Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	(Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire (2013-2014) ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	Au cours de l'année scolaire précédente, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ?	Durant l'année scolaire précédente, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ?	(NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance ?  SI NON, INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été déclarée à l'état civil ?  1 = A UN CERTIFICAT 2 = DÉCLARÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS
11	0 N NSP 1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	O N NSP 1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	O N 1 2 — 8 20G ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NIVEAU- CLASSE 1 2 — 8 20G 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NIVEAU CLASSE 1 2 — 8 20G 19A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 20G ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 20G ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 20G ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 20G ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 20G ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 20G ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 20G ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 20G ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	1 2 — 8 ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 ALLEZ À 16	<input type="checkbox"/>	1 2 — 8 20G ALLEZ À 14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CODES POUR Qs. 17 ET 19: NIVEAU D'INSTRUCTION**

NIVEAU	CLASSE
1 = ELEMENTAIRE	00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHEVÉE
2 = MOYEN	(UTILISEZ '00' POUR Q. 17)
3 = SECONDAIRE	SEULEMENT. CE CODE N'EST
4 = SUPÉRIEUR	PAS AUTORISÉ À Q. 19).
6 = PRESCOLAIRE	98 = NE SAIT PAS
8 = NE SAIT PAS	

PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ENFANTS DE 3 - 5 ANS			
N° LIGNE	Au cours de cette année scolaire, (NOM) fréquente t-il/elle un lieu d'encadrement en dehors de la maison tel qu'une école mater- nelle, une Case des Tout Petits, un centre communautaire, ou autre ?	Quel établissement (NOM) fréquente-t-il/elle?  01= ECOLE MATERNELLE 02= JARDIN D'ENFANT 03= CASE DE TP 04= ECOLE ELEMENTAIRE 05= DAARA, CORAN, ARABE 06= CENTRE COMMUNAUTAIRE 96= AUTRE  INSCRIRE LE CODE APPROPRIÉ	Depuis combien d'années ?  1= ANNÉE EN COURS 2= ANNÉE DERNIÈRE 3= ANNÉE D'AVANT 7= AUTRE  INSCRIRE LE CODE APPROPRIÉ
	(20D)	(20E)	(20F)
01	O N NSP 1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	1 2 8 └→ ALLER ↘ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SÉLECTION D'UN SEUL ENFANT POUR "TRAVAIL DES ENFANTS"**

20G	VÉRIFIER COLONNES (5) ET (7) DU TABLEAU MÉNAGE: NOMBRE D'ENFANTS DE 5 A 17 ANS QUI RÉSIDENT HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE :				
	2 OU PLUS <input type="checkbox"/>	UN SEUL <input type="checkbox"/>	AUCUN <input type="checkbox"/>	21	
			20O #	#	

**TABLEAU 1: ENFANTS ÂGÉS DE 5-17 ANS ÉLIGIBLES POUR LES QUESTIONS POUR "TRAVAIL" DES ENFANTS**

ENREGISTRER, DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS, CHAQUE ENFANT Âgé DE 5-17 ANS DANS LE MÊME ORDRE QUE CELUI DANS LE TABLEAU DE MÉNAGE. NE PAS INCLURE LES AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE DONT L'ÂGE SE SITUE À L'EXTÉRIEUR DE L'INTERVALLE 5-17 ANS. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, LE SEXE, ET L'ÂGE DE CHAQUE ENFANT. PUIS ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÂGÉS DE 5-17 ANS DANS LA CASE RÉSERVÉE (Q.20M)

20H N° DE RANG	20I NUMÉRO DE LIGNE DE Q.1	20J NOM DE Q.2	20K SEXUE DE Q.4	20L ÂGE DE Q.7
1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		M 1 F 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		M 1 F 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		M 1 F 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		M 1 F 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		M 1 F 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		M 1 F 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		M 1 F 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		M 1 F 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20M	<b>TOTAL ENFANTS ÂGÉS DE 5-17 ANS</b>			

**TABLEAU 2 : SÉLECTION ALÉATOIRE POUR LES QUESTIONS SUR "LE TRAVAIL"**

UTILISEZ CE TABLEAU POUR SÉLECTIONNER UN DES ENFANTS ÂGÉS DE 5-17 ANS.

- a) PRENEZ LE DERNIER CHIFFRE DU NUMÉRO DE MÉNAGE INSCRIT SUR LA PAGE DE COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE.
- b) CE CHIFFRE EST CELUI DE LA LIGNE À SÉLECTIONNER.
- c) VÉRIFIEZ LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES À Q.20M
- d) CE NOMBRE EST CELUI DE LA COLONNE À SÉLECTIONNER.
- e) TROUVEZ LA CASE QUI CORRESPOND À L'INTERSECTION DE LA LIGNE ET DE LA COLONNE IDENTIFIÉES ET ENCLERCEZ CE CHIFFRE.
- f) CE CHIFFRE CORRESPOND AU RANG QU'OCCUPE L'ENFANT QUI SERA SÉLECTIONNÉ POUR "LE TRAVAIL"

**EXEMPLE:**

LE NUMÉRO DE MÉNAGE EST 36 : SÉLECTIONNER LA LIGNE 6.

IL Y A 3 ENFANTS ÉLIGIBLES DANS CE MÉNAGE, SÉLECTIONNER LA COLONNE 3.

LA CASE À L'INTERSECTION DE LA LIGNE 6 ET DE LA COLONNE 3 CONTIENT LE CHIFFRE 2 : LE 2<sup>ÈME</sup> ENFANT ÉLIGIBLE LISTÉ DANS LE TABLEAU MÉNAGE SERA SÉLECTIONNÉ. SI LE NUMÉRO DE LIGNE DES 3 ENFANTS ÉLIGIBLES EST : '07', '11' ET '16', L'ENFANT SÉLECTIONNÉ EST LE 2<sup>ÈME</sup> ENFANT LISTÉ, SOIT CELUI DU NUMÉRO DE LIGNE '11'.

20N	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES DANS LE MÉNAGE							
DERNIER CHIFFRE DU NUMÉRO DE MÉNAGE	1	2	3	4	5	6	7	8+
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

20O	ENREGISTRER LE RANG (Q.20H), LE NUMÉRO DE LIGNE (Q.20I), LE NOM (Q.20J) ET L'ÂGE (Q.20L) DE L'ENFANT SÉLECTIONNÉ	RANG DE L'ENFANT <input type="checkbox"/>	NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NOM DE L'ENFANT _____	ÂGE DE L'ENFANT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-----	---	---	--	-----------------------	--

## TRAVAIL DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
20P	<p>Maintenant je voudrais vous parler de tout travail que les enfants de ce ménage peuvent faire.</p> <p>Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) a-t-il/elle fait une des activités suivantes, même si c'est pendant une heure seulement?</p> <p>[A] Est-ce que (NOM) a travaillé sur son propre terrain/ferme/potager ou aidé sur celui du ménage ou s'est occupé des animaux. Par exemple : faire pousser des produits de la ferme, les récolter, nourrir les animaux, les emmener au pâturage ou les traire?</p> <p>[B] Est-ce que (NOM) a aidé dans l'entreprise familiale, celle d'autres parents avec ou sans paiement ou a travaillé dans sa propre entreprise ?</p> <p>[C] Est-ce que (NOM) a produit, vendu des articles, des produits artisanaux, des vêtements, de la nourriture ou des produits agricoles ?</p> <p>[D] Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) a-t-il/elle été engagé(e) dans n'importe quelle autre activité en échange de paiement en argent ou en nature, même pour une seule heure ?</p> <p>Si "NON", INSISTER :</p> <p>SVP, inclure n'importe quelle activité que (NOM) a pu faire comme employé régulier ou occasionnel, pour sa propre entreprise ou comme employeur, ou comme travailleur familial non payé pour aider dans les affaires du ménage ou à la ferme.</p>	<p>O    N U    O I    N</p> <p>A TRAVAILLÉ SUR TERRAIN/FERME/POTAGER OU S'EST OCCUPÉ DES ANIMAUX ..... 1    2</p> <p>A AIDÉ DANS ENTREPRISE FAMILIALE/D'UN AUTRE PARENT/DANS SA PROPRE AFFAIRE ..... 1    2</p> <p>A PRODUIT/VENDU DES ARTICLES/DE L'ARTISANAT/DES VÊTEMENTS/NURITURE OU DES PRODUITS AGRICOLES ..... 1    2</p> <p>TOUTE AUTRE ACTIVITÉ ..... 1    2</p>	
20Q	VÉRIFIEZ 20 [A] À [D] :  AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓ AUCUN 'OUI' <input type="checkbox"/>		→ 20V
20R	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, a peu près combien d'heures au total est-ce que (NOM) a travaillé sur (cette activité/ces activités) ?  SI MOINS D'UNE HEURE, ENREGISTREZ "00"	NOMBRE D'HEURES ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20S	Est-ce que (cette activité/ces activités nécessite(nt)) de porter des charges lourdes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 20V
20T	Est-ce que (cette activité/ces activités nécessite(nt)) de travailler avec des outils dangereux (couteaux, etc.) ou de faire fonctionner de grosses machines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 20V

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À		
20U	<p>Comment décririez-vous l'environnement de travail de (NOM) ?</p> <p>[A] Est-ce que (NOM) est exposé à la poussière, à la fumée ou au gaz ?</p> <p>[B] Est-ce que (NOM) est exposé au froid, à la chaleur ou à de l'humidité extrême ?</p> <p>[C] Est-ce que (NOM) est exposé à des bruits intenses ou des vibrations?</p> <p>[D] Est-ce que (NOM) est exposé à un travail en hauteur ?</p> <p>[E] Est-ce que (NOM) est exposé à des produits chimiques (pesticides, colles, etc.) ou à des explosifs ?</p> <p>[F] Est-ce que (NOM) est exposé à d'autres choses, procédés ou conditions mauvaises pour sa santé ou sa sécurité ?</p>	<p>OUI ..... 1 → 20V NON ..... 2</p>			
20V	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) est-il /elle allé(e) chercher de l'eau ou ramasser du bois pour le ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 20X		
20W	<p>Au total, depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures (NOM) a-t-il/elle passé à chercher de l'eau ou à ramasser du bois pour le ménage ?</p> <p>SI MOINS D'UNE HEURE, ENREGISTRER "00"</p>	<p>NOMBRE D'HEURES .....</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			
20X	<p>Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, est-ce que (NOM) a fait une des tâches suivantes pour le ménage :</p> <p>[A] Des achats pour le ménage ?</p> <p>[B] Réparer n'importe quel équipement du ménage ?</p> <p>[C] Cuisiner ou nettoyer des ustensiles ou la maison ?</p> <p>[D] Laver les vêtements ?</p> <p>[E] Prendre soin des enfants?</p> <p>[F] Prendre soin des personnes âgées ou malades ?</p> <p>[G] Autres tâches pour le ménage ?</p>	<p>O N U O I N</p> <p>ACHATS POUR LE MÉNAGE ..... 1 2</p> <p>RÉPARATIONS D'ÉQUIPEMENT ... 1 2</p> <p>CUISINER /LAVER USTENSILES/ MAISON ..... 1 2</p> <p>LAVER LES VÊTEMENTS ..... 1 2</p> <p>PRENDRE SOIN DES ENFANTS ... 1 2</p> <p>PRENDRE SOINS DES PERSONNES ÂGÉES/DES MALADES ..... 1 2</p> <p>AUTRES TÂCHES ..... 1 2</p>			
20Y	VÉRIFIEZ 20W [A] À [G] :  AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> AUCUN 'OUI' <input type="checkbox"/>		→ 21		
20Z	<p>Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures à peu près, (NOM) a-t-il/elle passé dans cette/ces activité(s) ?</p> <p>SI MOINS D'UNE HEURE, ENREGISTREZ "00"</p>	<p>NOMBRE D'HEURES .....</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			

PREVALENCE DES MALADIES CHRONIQUES & QUELQUES PRATIQUES DANGEREUSES

LIGNE NO.	EVOLUTION DES MALADIES CHRONIQUES										SI AGE DE 15 ans ET PLUS					
	21		22		23	24	25	26		27	28	29				
	MALADIE	CODE						MALADIE	CODE							
	Je voudrai vous poser quelques question sur l'état de santé des membres de votre ménage. Est-ce que (Nom) souffre d'une quelconque maladie chronique?		De quelle maladie souffre (Nom)?		Est ce qu'un médecin a informé (Nom) qu'il (elle) souffre de cette maladie?	Est-ce-que (Nom) reçoit régulièrement un traitement?	Est-ce-que (Nom) souffre d'une autre maladie chronique?	Quelle est la deuxième maladie chronique dont souffre (Nom)?		Est ce qu'un médecin a informé (Nom) qu'il (elle) souffre de cette deuxième maladie?	Est ce que (Nom) fume des cigarettes, ou un autre type de tabac , ou a fumé dans le passé?	Est-ce que (Nom) prend de l'alcool?				
	1= OUI 2= NON		ENREGISTREZ LE NOM DE LA MALADIE ET LE CODE		1= OUI 2= NON	1= OUI 2= NON	1= OUI 2= NON	ENREGISTREZ LE NOM DE LA SECONDE MALADIE ET SON CODE		1= OUI 2= NON	1 = OUI EN CE MOMENT 2 = OUI AVANT 3 = OUI RAREMENT 4 = NON 8 = NSP	1 = OUI, Quotidiennement 2 = OUI, Chaque semaine 3 = OUI, RAREMENT 4 = OUI, AVANT 5 = NON/JAMAIS 8 = NSP				
01	OUI 1	NON 2	MALADIE ↓ Aller a 28	CODE ↓ Aller a 28	OUI 1	NON 2	OUI 1	NON 2	OUI 1	NON 2	MALADIE ↓ Aller a 28	CODE ↓ Aller a 28	OUI 1	NON 2	CODE ↓ Aller a 28	CODE ↓ Aller a 28
02	1	2	↓ Aller a 28										1	2		
03	1	2	↓ Aller a 28										1	2		
04	1	2	↓ Aller a 28										1	2		
05	1	2	↓ Aller a 28										1	2		
06	1	2	↓ Aller a 28										1	2		
07	1	2	↓ Aller a 28										1	2		
08	1	2	↓ Aller a 28										1	2		
09	1	2	↓ Aller a 28										1	2		
10	1	2	↓ Aller a 28										1	2		

CODES POUR Qs.22-26: MALADIES CHRONIQUES

---

01=HTA (HYPERTENSION ARTERIELLE) 10=ARTHROSE

02-DIABETE

### **03=ULCERATION CHRONIQUE**

04=ANEMIE

## 05=DREPANOCYTOSE

## 06=HEMOPHILIE

## 07=MALADIE DU COEUR

#### **08=INSUFFISANCE RE**

---

10-ARTHROSE

## 11-TUBERCULOSE

12=CEPHALEE CHRONIQUES

## 13=CRISE CARDIAQUE

## 14=EPILEPSIE

15=ASTHME

## 16=MALADIE DU POUMON

## 17=HYPERTHYROIDII

18-MALADIE DE LA PROSTATE

## 20-CATARACTE

21=OPACITE DE LA CORNEE (verre de contact)

## 22=DOULEUR CHROM

## 23=MALADIE MENTALE

24=MALADIE DE LA PEAU

25=TUMEURS CANCEREUX

## 26=MALADIE DE LA GENCIVE ET DE LA BOUCHE

11	Y 1 2 ↓ Aller a 28	MALADIE	CODE	OUI 1	NON 2	OUI 1	NON 2	OUI 1	NON 2 ↓ Aller a 28	MALADIE	CODE	OUI 1	NON 2	CODE	CODE
12	1 2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a 28			1	2		
13	1 2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a 28			1	2		
14	1 2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a 28			1	2		
15	1 2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a 28			1	2		
16	1 2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a 28			1	2		
17	1 2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a 28			1	2		
18	1 2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a 28			1	2		
19	1 2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a 28			1	2		
20	1 2 ↓ Aller a 28			1	2	1	2	1	2 ↓ Aller a 28			1	2		

**CODES POUR Q22 ET Q26: MALADIES CHRONIQUES**

01=HTA (HYPERTENSION ARTERIELLE)	10=ARTHROSE	19=MALADIE DE LA PROSTATE
02=DIABETE	11=TUBERCULOSE	20=CATARACTE
03=ULCERATION CHRONIQUE	12=CEPHALEE CHRONIQUES	21=OPACITE DE LA CORNEE (verre de contact)
04=ANEMIE	13=CRISE CARDIAQUE	22=DOULEUR CHRONIQUE DU DOS OU PROBLEME DE LA COLONNE VERTEBRALE
05=DREPANOCYTOSE	14=EPILEPSIE	23=MALADIE MENTALE
06=HEMOPHILIE	15=ASTHME	24=MALADIE DE LA PEAU
07=MALADIE DU COEUR	16=MALADIE DU POUMON	25=TUMEURS CANCEREUSES
08=INSUFFISANCE RENALE	17=HYPERTHYROIDIE	26=MALADIE DE LA GENCIVE ET DE LA BOUCHE
09=MALADIE DU FOIE	18=HYPOTHYROIDIE	96=AUTRES (A PRECISER)

**MODULE SUR L'INCAPACITE**

	<b>INCAPACITE FONCTIONNELLE</b>									
LINE NO.	30	31	32	33	34					
	<p>Est ce que (Nom) souffre d'un quelconque état physique, mental ou autres datant de 6 mois ou plus qui limiterait ses activités quotidiennes normales qu'aurait effectuées une personne du même âge?</p> <p>If the answer is "yes", probe <b>SI 'OUI' POSEZ LA QUESTION :</b> Est ce que cette état limite sévèrement ou légèrement les activités quotidiennes de la vie?</p> <p>1 = OUI, SEVEREMENT 2 = OUI, LEGEREMENT 3 = NON 8 = NSP</p>	<p>Est ce que (Nom) a une baisse ou faiblesse des fonctions suivantes:</p> <p>ENCERCLER TOUTES LES FONCTIONS MENTIONNEES</p> <p>A = VUE B = OUIE C = COMPREHENSION &amp; COMMUNICATION D = MOBILITE E = AUTO-PRISE EN CHARGE F = RELATION AVEC LES GENS</p>	<p>QUELLE EST LA PRINCIPALE CAUSE DE L'INCAPACITE DE (NOM)?</p>	<p>QUEL AGE AVAIT (NOM) QUAND A DEBUTE SON ETAT ACTUEL?</p> <p>95=A LA NAISSANCE 98=NSP</p>	<p>Durant les 12 derniers mois (NOM) avait-il reçu un quelconque traitement ou support?</p> <p>A = TRAITEMENT MEDICAL B = SUPPORT SOCIAL C = SUPPORT FINANCIER D = SUPPORT NUTRITIONNEL Y = PAS DE SUPPORT</p> <p>A L'EXCEPTION DE 'Y' ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSE QUI SONT MENTIONNEES</p>					
01	OUI-S OUI-L NON NSP 1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	CODE A B C D E F	CODE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AGE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CODE A B C D Y					
02	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A B C D Y					
03	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A B C D Y					
04	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A B C D Y					
05	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A B C D Y					
06	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A B C D Y					
07	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A B C D Y					
08	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A B C D Y					
09	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A B C D Y					
10	1 2 3 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A B C D Y					

**CODE POUR Q33 : CAUSE DE L'INCAPACITE**

- |  |  |
|--|--|
| 01=CONGENITALE<br>02=EN RAPPORT AVEC LES CONDITIONS D'ACCOUCHEMENT<br>03=CONTAGIEUSES<br>04=AUTRES MALADIES CONGENITALES<br>05=AGGRESSION PHYSIQUE & PSYCHOLOGIQUE | 06=VIEILLESSE<br>07=BLESSURES/ACCIDENTS<br>08=ENVOUTEMENT/MAGIE<br>09=GUERRES<br>96=AUTRE _____ (A PRECISER)<br>98=NSP |
|--|--|

	OUI-S	OUI-L	NON	NSP			CODE		CODE				
11	1	2	3	8	LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			A B C D Y
12	1	2	3	8	LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			A B C D Y
13	1	2	3	8	LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			A B C D Y
14	1	2	3	8	LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			A B C D Y
15	1	2	3	8	LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			A B C D Y
16	1	2	3	8	LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			A B C D Y
17	1	2	3	8	LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			A B C D Y
18	1	2	3	8	LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			A B C D Y
19	1	2	3	8	LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			A B C D Y
20	1	2	3	8	LIGNE SUIVANTE	A B C D E F	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			A B C D Y

**CODE POUR Q33 : CAUSE DE L'INCAPACITE**

01=CONGENITALE  
 02=EN RAPPORT AVEC LES CONDITIONS D'ACCOUCHEMENT  
 03=CONTAGIEUSES  
 04=AUTRES MALADIES CONGENITALES  
 05=AGGRESSION PHYSIQUE & PSYCHOLOGIQUE

06=VIEILLESSE  
 07=BLESSURES/ACCIDENTS  
 08=ENVOUTEMENT/MAGIE  
 96=AUTRE \_\_\_\_\_ (A PRECISER)  
 98=NSP

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE			
N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101A	Quel est le statut d'occupation du logement de votre ménage ?	PROPRIÉTAIRE ..... 01 COPROPRIÉTAIRE ..... 02 LOCATAIRE-ACHETEUR ..... 03 LOCATAIRE SIMPLE ..... 04 COLOCATAIRE ..... 05 SOUS-LOCATAIRE ..... 06 LOGÉ PAR L'EMPLOYEUR ..... 07 LOGÉ GRATUITEMENT PAR UN PARENT OU AMI ..... 08	
102	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LOGEMENT ..... 11 ROBINET DANS COUR/PARCELLE ..... 12 ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE ..... 13 PUITS À POMPE OU FORAGE ..... 21 PUITS CREUSÉ PUITS PROTÉGÉ ..... 31 PUITS NON PROTÉGÉ ..... 32 EAU DE SOURCE SOURCE PROTÉGÉE ..... 41 SOURCE NON PROTÉGÉE ..... 42 EAU DE PLUIE ..... 51 CAMION CITERNE ..... 61 CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/ TONNEAU ..... 71 EAU DE SURFACE (RIVIÈRES/BARRAGES/ LACS/MARES/FLEUVES/CANAUX D'IRRIGATION ..... 81 EAU EN BOUTEILLE/ SACHET INDUSTRIALISÉ ..... 91 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	 105
103	Où est située cette source d'approvisionnement de l'eau ?	DANS VOTRE LOGEMENT ..... 1 DANS VOTRE COUR/PARCELLE ..... 2 AILLEURS ..... 3	 105
104	Combien de temps faut-il pour s'y rendre, prendre l'eau et revenir ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	
104A	Qui se rend habituellement à cette source d'approvisionnement pour prendre l'eau pour votre ménage ?	FEMME ADULTE (15 ANS OU PLUS) ..... 1 HOMME ADULTE (15 ANS OU PLUS) ..... 2 JEUNE FILLE (MOINS DE 15 ANS) ..... 3 JEUNE GARÇON (MOINS DE 15 ANS) ..... 4 NSP ..... 8	
105	Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus saine à boire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	 107
106	Habituellement, que faites-vous pour rendre l'eau que vous buvez plus saine ?  Quelque chose d'autre ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	LA FAIRE BOUILLIR ..... A AJOUTER EAU DE JAVEL/CHLORE ..... B LA FILTRER À TRAVERS UN LINGE ..... C UTILISER UN FILTRE (CÉRAMIQUE/ SABLE/COMPOSITE/ ETC.) ..... D DÉSINFECTION SOLAIRE ..... E LA LAISSER REPOSER ..... F  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À		
107	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ?	<b>TOILETTE AVEC CHASSE</b> CHASSE BRANCHÉE À L'ÉGOÛT ..... 11 CHASSE BRANCHÉE À FOSSE ..... 12 <b>FOSSE/LATRINES</b> AMÉLIORÉES/VENTILEES ..... 21 LATRINES A CHASSE MANUELLE ..... 22 TOILETTE AVEC FOSSE SANS CHASSE ..... 23 AUTRES SYSTÈMES AMELIORÉS ..... 24 LATRINES TRADITIONNELLES ..... 24 PAS DE TOILETTES /NATURE ..... 31  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 110		
108	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 110		
109	Combien de ménages utilisent ces toilettes ?	N°. DE MÉNAGES SI MOINS DE 10 ..... <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td></td></tr></table> 10 MÉNAGES OU PLUS ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	0		
0					
110	Dans votre ménage, y-a-t-il :  L'électricité ? Une radio ? Une télévision ? Une antenne MMDS/TV5 ? Un abonnement à CANAL ? Un téléphone fixe ? Un téléphone cellulaire ? Une machine à laver ? Un réfrigérateur ? Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ? Un foyer amélioré ? Un Vidéo/Lecteur CD/DVD ? Un climatiseur ? Un ordinateur ? Internet à la maison ?	OUI      NON ÉLECTRICITÉ ..... 1      2 RADIO ..... 1      2 TÉLÉVISION ..... 1      2 ANTENNE TV5 ..... 1      2 CANAL ..... 1      2 TÉLÉPHONE ..... 1      2 TÉLÉP-CEL ..... 1      2 MACHINE À LAVER ..... 1      2 RÉFRIGÉRATEUR ..... 1      2 RÉCHAUD/CUISINIÈRE ..... 1      2 FOYER AMÉLIORÉ ..... 1      2 VIDÉO/CD/DVD ..... 1      2 CLIMATISEUR ..... 1      2 ORDINATEUR ..... 1      2 INTERNET ..... 1      2			
111	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner ?	ÉLECTRICITÉ ..... 1 GAZ EN BOUTEILLE ..... 2 CHARBON DE BOIS ..... 3 BOIS À BRÛLER, PAILLE ..... 4 BOUSE ..... 5  AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
111A	Quelle source d'éclairage votre ménage utilise-t-il principalement?	ELECTRICITE (SENELEC) ..... 01 GROUPE ELECTROGENE ..... 02 SOLAIRE ..... 03 LAMPE TORCHE ..... 04 LAMPE A GAZ ..... 05 LAMPE TEMPETE ..... 06 LAMPE A PETROLE ARTISANALE ..... 07 BOUGIE ..... 08 BOIS ..... 09 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
112	Est-ce que la cuisine est faite habituellement dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ?	DANS LA MAISON ..... 1 DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ ..... 2 À L'EXTÉRIEUR ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	→ 114
113	Avez-vous une pièce séparée que vous utilisez comme cuisine ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
114	PRINCIPAL MATÉRIAUX DU SOL  ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAUX NATURELS TERRE/SABLE ..... 11 BOUSE ..... 12 MATÉRIAUX RUDIMENTAIRES PLANCHES EN BOIS ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 MATÉRIAUX ÉLABORÉS PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31 BANDES DE VINYLE/ASPHALTE ..... 32 CARRELAGE ..... 33 CIMENT ..... 34 MOQUETTE ..... 35 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																					
115	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT  ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	<p>MATÉRIAU NATUREL</p> <p>PAS DE TOIT ..... 11 CHAUME/PALMES/FEUILLES ..... 12 MOTTES DE TERRE ..... 13</p> <p>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</p> <p>NATTES ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 PLANCHES EN BOIS ..... 23 CARTON ..... 24</p> <p>MATÉRIAU ÉLABORÉ</p> <p>TÔLE ..... 31 BOIS ..... 32 ZINC/FIBRE DE CIMENT ..... 33 TUILES ..... 34 CIMENT ..... 35 SHINGLES ..... 36</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>																						
116	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTÉRIEURS  ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	<p>MATÉRIAU NATUREL</p> <p>PAS DE MUR ..... 11 BAMBOU/CANE/PALME/TRONC ..... 12 TERRE ..... 13</p> <p>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</p> <p>BAMBOU AVEC BOUE ..... 21 PIERRES AVEC BOUE ..... 22 ADOBE NON RECOUVERT ..... 23 CONTRE-PLAQUÉ ..... 24 CARTON ..... 25 BOIS DE RÉCUPÉRATION ..... 26</p> <p>MATÉRIAU ÉLABORÉ</p> <p>CIMENT ..... 31 PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT ..... 32 BRIQUES ..... 33 BLOCS DE CIMENT ..... 34 ADOBE RECOUVERT ..... 35 PLANCHE EN BOIS/SHINGLES ..... 36</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>																						
117	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES .....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																					
118	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :  Bicyclette ? Mobylette ou motocyclette ou Scooter ? Une voiture personnelle ? Voiture ou Camion à titre commercial ? Charrette ? Charrue ? Pirogue/Filet de pêche ?	OUI      NON																						
		<table> <tr><td>BICYCLETTE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>VOITURE PERSONNELLE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>VOITURE/CAMION .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>CHARRETTE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>CHARRUE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>PIROGUE/FILET .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	BICYCLETTE .....	1	2	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE .....	1	2	VOITURE PERSONNELLE .....	1	2	VOITURE/CAMION .....	1	2	CHARRETTE .....	1	2	CHARRUE .....	1	2	PIROGUE/FILET .....	1	2	
BICYCLETTE .....	1	2																						
MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE .....	1	2																						
VOITURE PERSONNELLE .....	1	2																						
VOITURE/CAMION .....	1	2																						
CHARRETTE .....	1	2																						
CHARRUE .....	1	2																						
PIROGUE/FILET .....	1	2																						

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
119	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	121
120	Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ?  SI 95 OU PLUS, ENCECREZ '950'.  NE SAIT PAS	NOMBRE D'HECTARES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>  95 HECTARES OU PLUS ..... 950 NE SAIT PAS ..... 998	
121	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	123
122	Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède t'il ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'. SI NE SAIT PAS, INSCRIVEZ '98'.  Vaches laitières ou taureaux ? Des chameaux ? Chevaux, ânes ou mules ? Chèvres ? Moutons ? Porcs? Volaille?	VACHES/TAUREAUX .....  CHAMEAUX .....  CHEVAUX/ÂNES/MULES .....  CHÈVRES .....  MOUTONS .....  PORCS .....  VOLAILLES .....	123
123	Est-ce qu'un membre de votre ménage a un compte en banque ou dans une autre institution financière (mutuelles d'épargne et de crédit, caisse d'épargne...)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
123A	Est-ce qu'un membre de votre ménage participe à une tontine?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
123B	Est-ce qu'il arrive que quelqu'un fume dans votre maison ? Diriez-vous que cela arrive tous les jours, une fois par semaine, une fois par mois, moins d'un mois ou jamais ?	TOUS LES JOURS ..... 1 UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 UNE FOIS PAR MOIS ..... 3 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS ..... 4 JAMAIS ..... 5	
124	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours des 12 derniers mois, quelqu'un est venu dans votre logement pour pulvériser les murs intérieurs contre les moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
125A	Les fenêtres des pièces à usage d'habitation sont-elles dotées de grillages pour empêcher aux moustiques d'entrer ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
125B	Les portes des pièces à usage d'habitation sont-elles dotées de grillages ou rideaux pour empêcher aux moustiques d'entrer ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
126	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 127D
127	Combien de moustiquaires votre ménage a t-il ?  SI 25 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, ENREGISTREZ '25'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES	<input type="text"/> <input type="text"/>
127A	Utilisez-vous les moustiquaires en dehors des chambres: par exemple dans la cour, sous les arbres ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
127B	Les membres de votre ménage dorment-ils sous une moustiquaire de façon continue toute l'année ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	→ 128
127C	Pourquoi les membres de votre ménage ne dorment-ils pas sous une moustiquaire de façon continue toute l'année ?	PAS BEAUCOUP DE MOUSTIQUES ..... 1 À CAUSE DE LA CHALEUR ..... 2 N'AIME PAS ..... 3 PAR OUBLI/NÉGLIGENCE ..... 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	→ 128
127D	Pourquoi n'y a t-il pas de moustiquaires qui peuvent être utilisées dans votre ménage?	FAUTE DE MOYENS ..... A PAS NÉCESSAIRE ..... B UTILISE AUTRE CHOSE ..... C N'ONT PAS DE MOUSTIQUES ..... D N'AIMENT PAS ..... E AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Y	→ 136A

128	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES. POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE. SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.	MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3						
		VU ..... 1 NON VU ..... 2	VU ..... 1 NON VU ..... 2	VU ..... 1 NON VU ..... 2						
129	Depuis combien de temps votre ménage possède-t-il la moustiquaire ? SI MOINS DE 1 MOIS, ENREGISTRER 00  ENTRER LE NOMBRE DE MOIS.	MOIS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 37 MOIS OU PLUS ..... 95 NSP/PAS SÛR ..... 98			MOIS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 37 MOIS OU PLUS ..... 95 NSP/PAS SÛR ..... 98			MOIS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 37 MOIS OU PLUS ..... 95 NSP/PAS SÛR ..... 98		
130	OBSERVER OU DEMANDER LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE (1)	MOUSTIQUAIRE DE LONGUE DURÉE (MILDA) :  PERMANET ..... 11 ← OLYSET-NET ..... 12 ← DAWA PLUS ..... 13 ← ICONLIFE ..... 14 ← INTERCEPTOR ..... 15 ← AUTRE ..... 16 ←  _____ (PRECISER) (PASSER À 134) ←  AUTRE MOUST. TRAITÉE K-ONET ..... 21 ← NETTO ..... 22 ← SENTINELLE ..... 23 ← AUTRE ..... 26 ←  _____ (PRECISER) (PASSER À 132) ←  CONFECTIONNÉ PAR UN TAILLEUR ..... 30 AUTRE ..... 31  _____ (PRECISER)  NSP/PAS SÛR ..... 98	MOUSTIQUAIRE DE LONGUE DURÉE (MILDA) :  PERMANET ..... 11 ← OLYSET-NET ..... 12 ← DAWA PLUS ..... 13 ← ICONLIFE ..... 14 ← INTERCEPTOR ..... 15 ← AUTRE ..... 16 ←  _____ (PRECISER) (PASSER À 134) ←  AUTRE MOUST. TRAITÉE K-ONET ..... 21 ← NETTO ..... 22 ← SENTINELLE ..... 23 ← AUTRE ..... 26 ←  _____ (PRECISER) (PASSER À 132) ←  CONFECTIONNÉ PAR UN TAILLEUR ..... 30 AUTRE ..... 31  _____ (PRECISER)  NSP/PAS SÛR ..... 98	MOUSTIQUAIRE DE LONGUE DURÉE (MILDA) :  PERMANET ..... 11 ← OLYSET-NET ..... 12 ← DAWA PLUS ..... 13 ← ICONLIFE ..... 14 ← INTERCEPTOR ..... 15 ← AUTRE ..... 16 ←  _____ (PRECISER) (PASSER À 134) ←  AUTRE MOUST. TRAITÉE K-ONET ..... 21 ← NETTO ..... 22 ← SENTINELLE ..... 23 ← AUTRE ..... 26 ←  _____ (PRECISER) (PASSER À 132) ←  CONFECTIONNÉ PAR UN TAILLEUR ..... 30 AUTRE ..... 31  _____ (PRECISER)  NSP/PAS SÛR ..... 98						
131	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée par le fabricant avec un insecticide qui tue ou éloigne les moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR/NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR/NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR/NSP ..... 8						
132	Depuis que vous avez cette moustiquaire, a-t-elle été trempée ou plongée dans un liquide qui tue ou éloigne les moustiques ou les insectes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 134) ← PAS SÛR/NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 134) ← PAS SÛR/NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 134) ← PAS SÛR/NSP ..... 8						
133	Combien de temps s'est-il écoulé depuis que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois dans un liquide insecticide ? SI MOINS DE 1 MOIS, ENREGISTRER '00'.  ENTRER LE NOMBRE DE MOIS.	MOIS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 24 MOIS OU + ..... 95 PAS SÛR/NSP ..... 98			MOIS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 24 MOIS OU + ..... 95 PAS SÛR/NSP ..... 98			MOIS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 24 MOIS OU + ..... 95 PAS SÛR/NSP ..... 98		

128	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES	MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3												
134	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 135A) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 135A) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 135A) ← NE SAIT PAS ..... 8												
135	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?  REPORTER LE NUMÉRO DE LIGNE À PARTIR DU TABLEAU DE MÉNAGE.  ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES QUI ONT DORMI SOUS CHAQUE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIÈRE.	NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
		NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
		NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
		NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
		NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
135A	Est-ce que cette moustiquaire a été modifiée après avoir été acquise?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8												
135B	VERIFIER 134 :	OUI ..... 1 (ALLER À 135D) ← NON/NSP ..... 2	OUI ..... 1 (ALLER À 135D) ← NON/NSP ..... 2	OUI ..... 1 (ALLER À 135D) ← NON/NSP ..... 2												
135C	Pourquoi, la nuit dernière, personne n'a dormi sous cette moustiquaire ?  SI PLUSIEURS RAISONS SONT MENTIONNÉES, DEMANDER ET ENREGISTRER LA PRINCIPALE.	PAS MOUSTIQUES ..... 1 CHALEUR ..... 2 DECHIRE ..... 3 N'EST PLUS EFFICACE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	PAS MOUSTIQUES ..... 1 CHALEUR ..... 2 DECHIRE ..... 3 N'EST PLUS EFFICACE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	PAS MOUSTIQUES ..... 1 CHALEUR ..... 2 DECHIRE ..... 3 N'EST PLUS EFFICACE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8												
135D	Où cette moustiquaire a t-elle été obtenue ?	POINT DIST. CAMPAGNE .. 01 STRUCTURE DE SANTE .. 02 ECOLE ..... 03 OCB/ASSOCIAT .. 04 PHARMACIE PRIV ..... 05 STATION SELECT .. 06 AUTRE COMMERCE ..... 07 PARENT/VOISIN/AMI ..... 08 NE SAIT PAS ..... 88	POINT DIST. CAMPAGNE .. 01 STRUCTURE DE SANTE .. 02 ECOLE ..... 03 OCB/ASSOCIAT .. 04 PHARMACIE PRIVEI ..... 05 STATION SELECT .. 06 AUTRE COMMERCE ..... 07 PARENT/VOISIN/AMI ..... 08 NE SAIT PAS ..... 88	POINT DIST. CAMPAGNE .. 01 STRUCTURE DE SANTE .. 02 ECOLE ..... 03 OCB/ASSOCIAT .. 04 PHARMACIE PRIVEI ..... 05 STATION SELECT .. 06 AUTRE COMMERCE ..... 07 PARENT/VOISIN/AMI ..... 08 NE SAIT PAS ..... 88												
135E	Combien d'argent avez-vous effectivement payé pour acquérir la moustiquaire ? NOTER EN FRANCS CFA.	PRIX .. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 9998					PRIX .. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 9998					PRIX .. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 9998				

128	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES	MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3
135F	VÉRIFIER 130 ET 132: MIILDA OU AUTRES TYPES DE MOUSTIQUAIRES.	Q130 : MILDA : (ALLER À 135G a-) ←  Q132 : CODE 1 : (ALLER À 135G b-) ←  Q132 : CODES 2 OU 8 : (ALLER À 135G a-) ←	Q130 : MILDA : (ALLER À 135G a-) ←  Q132 : CODE 1 : (ALLER À 135G b-) ←  Q132 : CODES 2 OU 8 : (ALLER À 135G a-) ←	Q130 : MILDA : (ALLER À 135G a-) ←  Q132 : CODE 1 : (ALLER À 135G b-) ←  Q132 : CODES 2 OU 8 : (ALLER À 135G a-) ←
135G	a- Cette moustiquaire a t-elle été lavée depuis que vous l'avez acquise ? b-Cette moustiquaire a t-elle été lavée depuis qu'elle a été trempée la dernière fois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 135I) ← PAS SÛR/NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 135I) ← PAS SÛR/NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 135I) ← PAS SÛR/NSP ..... 8
135H	Combien de fois cette moustiquaire a t-elle été lavée au cours des 12 derniers mois ?	N. LAVAGES ... <input type="text"/> NSP/PAS SÛR ..... 98	N. LAVAGES ... <input type="text"/> NSP/PAS SÛR ..... 98	N. LAVAGES ... <input type="text"/> NSP/PAS SÛR ..... 98
135I	Avez-vous jamais utilisé cette moustiquaire à d'autres fins que l'utiliser pour dormir?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 135K) ← PAS SÛR/NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 135K) ← PAS SÛR/NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 135K) ← PAS SÛR/NSP ..... 8
135J	Quelles sont ces autres fins ?	POUR PROTÉGER LA RÉCOLTE/PLANTES .... A POUR LA PÊCHE .... B SUR LE MATELAS POUR SE SE PROTÉGER CO CONTRE LES PUNAISES DE LIT .... C HABILEMENT .... D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	POUR PROTÉGER LA RÉCOLTE/PLANTES ... A POUR LA PÊCHE .... B SUR LE MATELAS POUR SE SE PROTÉGER CO CONTRE LES PUNAISES DE LIT ... C HABILEMENT .... D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	POUR PROTÉGER LA RÉCOLTE/PLANTES ..... A POUR LA PÊCHE ..... B SUR LE MATELAS POUR SE SE PROTÉGER CO CONTRE LES PUNAISES DE LIT .... C HABILEMENT .... D AUTRE _____ X (PRÉCISER)
135K	Avez-vous jamais essayé de réparer un trou dans cette moustiquaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR ..... 8
136	RETOURNER À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE: <b>PASSER À 136A</b>	RETOURNER À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE: <b>PASSER À 136A</b>	RETOURNER À 128 DANS PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS DANS LE MÉNAGE: <b>PASSER À 136A</b>	
136A	Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'il y avait des moustiquaires dans le ménage et qui n'y sont plus maintenant ?	OUI ..... NON ..... PAS SÛR/NSP .....	1 2 (ALLER À 137) ← 8	
136B	Combien ?		NOMBRE ..... <input type="text"/>	

**NOTE (1):** Vous pouvez trouver une des mentions suivantes sur les moustiquaires:

**A) Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA):**

- 1) PERMANET: PERMANET, www.permanet.com, www.vestergard-frandsen.com;
- 2) OLYSETNET: OLYSET NET, Registered Trademark of Sumitomo chemical Co ltd;
- 3) DAWA PLUS: DAWA, DAWA PLUS, TANA NETTING CO LTD BY SIAMDUTCH;
- 4) ICONLIFE : iconlife, Insecticide Treated net syngenta.
- 5) INTERCEPTOR: BASF THE CEMICAL COMPANY LLIN.

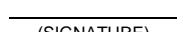
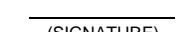
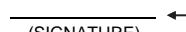
**B) Autres moustiquaires imprégnées :**

- 1) K-O NET: Siamdutch, Mosquito Netting Co ltd;
- 2) Netto: Netto Extra Treated Net;
- 3) SENTINELLE : Sentinel, Moustiquaire imprégnée;

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
137	Montrez-moi, s'il vous plaît, où les membres du ménage se lavent le plus souvent les mains.	OBSERVÉ ..... 1 NON OBSERVÉ, PAS DANS LOGEMENT/COUR/PARCELLE ..... 2 NON OBSERVÉ, PAS DE PERMISSION POUR VÉRIFIER ..... 3 NON OBSERVÉ, AUTRE RAISON ..... 4  (PASSER À 140)	
137A	A quel moment les membres du ménage se lavent, le plus souvent, les mains ?	A LA SORTIE DES TOILETTES..... A AVANT DE MANGER..... B AVANT DE PRÉPARER LES REPAS..... C AVANT DE S'OCCUPER DES ENFANTS..... D APRES AVOIR NETTOYÉ LES ENFANTS..... E	
138	OBSERVATION SEULEMENT :  OBSERVEZ LA DISPONIBILITÉ D'EAU À L'ENDROIT OÙ LES MEMBRES DU MÉNAGE SE LAVENT LES MAINS.	EAU DISPONIBLE ..... 1 EAU NON DISPONIBLE ..... 2	
139	OBSERVATION SEULEMENT :  OBSERVEZ LA PRÉSENCE DE SAVON. DÉTERGENT OU AUTRE PRODUIT POUR SE LAVER.	SAVON OU DÉTERGENT (EN MORCEAU, LIQUIDE, POUDRE, PÂTE) ..... A CENDRE, BOUE, SABLE ..... B AUCUN ..... C	
140	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ UNE PETITE CUILLÈRE DE SEL POUR LA CUISINE.  TEST DU SEL POUR LA TENEUR EN IODE	PRÉSENCE D'IODE ..... 1 PAS D'IODE ..... 2 PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE ..... 3 SEL NON TESTÉ ..... 6  (PRÉCISEZ LA RAISON)	
140A	Au cours des trois dernières années, est-il survenu dans votre ménage un quelconque choc ?	OUI ..... 1 NON ..... 2  (PASSER À 201)	
140B	Quel a été le principal choc subi par votre ménage ?	MALADIE ..... 01 DÉCÈS ..... 02 PERTE D'EMPLOI/CHÔMAGE ..... 03 BAISSE DE REVENU/TRANSFERTS REÇUS ..... 04 INONDATIONS/SÉCHERESSE/PERTE DE RÉCOLTE ..... 05 CONFLIT/INSÉCURITÉ/VOL OU PERTE DE BÉTAIL ..... 06 INCENDIE ..... 07 PERTE D'ARGENT ..... 08 AUTRE ..... 96  (PRÉCISER)	

**POIDS, TAILLE, TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS**

201	VÉRIFIEZ LA COLONNE 11 DU TABLEAU DE MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS À Q.202 EN ORDRE SELON LE NUMÉRO DE LIGNE. S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).																											
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3																								
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11  NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NOM _____			N° LIGNE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NOM _____			N° LIGNE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NOM _____																				
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE DE L'ENFANT À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									JOUR ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									JOUR ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2009 OU PLUS TARD ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)																								
205	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> ABSENT ..... 99.94 REFUS ..... 99.95 AUTRE ..... 99.96					KG. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> ABSENT ..... 99.94 REFUS ..... 99.95 AUTRE ..... 99.96					KG. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> ABSENT ..... 99.94 REFUS ..... 99.95 AUTRE ..... 99.96																
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES  SI MOINS DE 2 ANS, MESURER L'ENFANT COUCHÉ, SINON DEBOUT	CM. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> ABSENT ..... 999.4 REFUS ..... 999.5 AUTRE ..... 999.6					CM. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> ABSENT ..... 999.4 REFUS ..... 999.5 AUTRE ..... 999.6					CM. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> ABSENT ..... 999.4 REFUS ..... 999.5 AUTRE ..... 999.6																
207	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2 PAS MESURÉ ..... 3	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2 PAS MESURÉ ..... 3	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2 PAS MESURÉ ..... 3																								
208	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ ..... 2																								
209	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE). INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			N° LIGNE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			N° LIGNE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>																				

210	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des enfants dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2009 ou plus tard participant au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
211	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE ..... 1  REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6	ACCORDÉE ..... 1  REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6	ACCORDÉE ..... 1  REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6
212	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non <b>le paludisme</b>. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2009 ou plus tard participant au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. (Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie).</p> <p>Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyées à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme ?</p>		
213	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE ..... 1  REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6	ACCORDÉE ..... 1  REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6	ACCORDÉE ..... 1  REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6
214	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			

215	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	<p>COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</p> <p>ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996</p> <p>COLLEZ LA 2<sup>eme</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>	<p>COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</p> <p>ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996</p> <p>COLLEZ LA 2<sup>eme</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>	<p>COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</p> <p>ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996</p> <p>COLLEZ LA 2<sup>eme</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>
216	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	<p>G/DL  , </p> <p>ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996</p>	<p>G/DL  , </p> <p>ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996</p>	<p>G/DL  , </p> <p>ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996</p>
217	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	<p>TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6</p> <p>(PASSEZ À 219) ←</p>	<p>TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6</p> <p>(PASSEZ À 219) ←</p>	<p>TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6</p> <p>(PASSEZ À 219) ←</p>
218	ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	<p>POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF ESPECES (OMV) ..... 2 POSITIF P (F et OMV) ..... 3</p> <p>(PASSEZ À 221) ←</p> <p>NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6</p>	<p>POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF ESPECES (OMV) ..... 2 POSITIF P (F et OMV) ..... 3</p> <p>(PASSEZ À 221) ←</p> <p>NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6</p>	<p>POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF ESPECES (OMV) ..... 2 POSITIF P (F et OMV) ..... 3</p> <p>(PASSEZ À 221) ←</p> <p>NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6</p>
219	VÉRifiez 216:  NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6</p> <p>(PASSEZ À 232) ←</p>	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6</p> <p>(PASSEZ À 232) ←</p>	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6</p> <p>(PASSEZ À 232) ←</p>
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
220	DÉCLARATION DE REFERENCE <u>POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u>	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement.  PASSEZ À 232		

221	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:  Faiblesse extrême? Problèmes cardiaques? Perte de conscience? Respiration rapide ou difficulté de respirer? Convulsions? Saignements anormaux? Jaunisse/peau jaune ? Urine foncée?  SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCRECLÉZ CODE Y.	FAIBLESSE EXTRÊME PROBLÈME CARDIAQUE ..... B PERTE CONSCIENCE ..... C  RESPIRATION RAPIDE CONVULSIONS ..... E SAIGNEMENTS ..... F JAUNISSE ..... G URINE FONCÉE ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS ..... Y	FAIBLESSE EXTRÊME PROBLÈME CARDIAQUE ..... B PERTE CONSCIENCE ..... C  RESPIRATION RAPIDE CONVULSIONS ..... E SAIGNEMENTS ..... F JAUNISSE ..... G URINE FONCÉE ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS ..... Y	FAIBLESSE EXTRÊME PROBLÈME CARDIAQUE ..... B PERTE CONSCIENCE ..... C  RESPIRATION RAPIDE CONVULSIONS ..... E SAIGNEMENTS ..... F JAUNISSE ..... G URINE FONCÉE ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS ..... Y
222	VÉRIFIEZ 221:  Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1 (PASSEZ À 224) ←  SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1 (PASSEZ À 224) ←  SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1 (PASSEZ À 224) ←  SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2
223	VÉRIFIEZ 216:  NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL ..... 1  6.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 225) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL ..... 1  6.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 225) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL ..... 1  6.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 225) ←
224	<u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u>	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être améné tout de suite à un établissement de santé.  PASSEZ À 231		
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
225	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ?  VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSEZ À 227) ←	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSEZ À 227) ←	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSEZ À 227) ←
226	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENNANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.</u>	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis.  PASSEZ À 231		

227	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.				
228	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 231) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 231) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 231) ←		
230	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	Enfants de moins de 1 an ou de moins de 8 Kgs  Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)	
		Enfants de 1-5 ans ou de 8-17 Kgs  Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)	
		DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.				
231	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU <u>TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE</u> .	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ..... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ..... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ..... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ..... 4 AUTRE ..... 6	
232	RETOURNEZ À 202 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1ERE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S); S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW.					



**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ CONTINUE (EDS-CONTINUE 2014)**  
**QUESTIONNAIRE FEMME**

**République du Sénégal**

Ministère du Plan

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

ICF International

**IDENTIFICATION**

NOM DE LA LOCALITÉ \_\_\_\_\_

NOM DU CHEF DE MÉNAGE \_\_\_\_\_ NUMÉRO DU MÉNAGE \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE CONCESSION \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE GRAPPE \_\_\_\_\_

RÉGION \_\_\_\_\_

DEPARTEMENT \_\_\_\_\_

DISTRICT SANITAIRE \_\_\_\_\_

URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....

DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL  
 (DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)

NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME \_\_\_\_\_

MÉNAGE . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONCESI . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRAPPE . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGION . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPARTEMENT . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISTRICT . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MILIEU . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MILIEU (DÉTAILLÉ) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° DE LIGNE . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VISITES D'ENQUÊTRICE**

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR . . . . . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS . . . . . <input type="checkbox"/>
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE. <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PROCHAINE DATE VISITE HEURE	_____	_____	_____	NBRE TOTAL DE VISITES . . . . . <input type="checkbox"/>

\*CODES RÉSULTAT :

- |                   |                        |  |
|-------------------|------------------------|--|
| 1 REMPLI          | 4 REFUSÉ               | 7 AUTRE _____<br><small>(PRÉCISER)</small> |
| 2 PAS À LA MAISON | 5 REMPLI PARTIELLEMENT |  |
| 3 DIFFÉRÉ         | 6 INCAPACITÉ           |  |

LANGUE DE QUESTIONNAIRE**	<input type="checkbox"/>	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<input type="checkbox"/>	INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2)	<input type="checkbox"/>
**CODES LANGUE :	1 FRANÇAIS	4 SERER	8 AUTRES		
	2 WOLOF	5 MANDINGUE			
	3 POULAR	6 DIOLA			

**CHEF D'EQUIPE**

NOM \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>
--------------------------

DATE \_\_\_\_\_

**SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE**

**PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ**

**CONSENTEMENT INFORMÉ**

Bonjour. Je m'appelle ..... Je travaille pour l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie en collaboration avec le Ministère de la Santé et l'Action Sociale. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au SENEGAL. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter la personne dont le nom figure sur la carte qui a déjà été donnée à votre ménage.

Avez-vous des questions ? Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : ..... DATE: .....

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉE ..... 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉE ..... 2 → FIN  
↓

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE ..... MINUTES .....  	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS .....  NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98  ANNÉE .....  NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998  	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ?  COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES  	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2  → 108	
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	ELEMENTAIRE ..... 1 MOYEN ..... 2 SECONDAIRE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4 AUTRE ..... 6  (PRÉCISER)  	
106	Quel est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00.	CLASSE/ANNÉE .....  	
107	VÉRIFIEZ 105:  ELEMENTAIRE MOYEN SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR		→ 110

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
108	<p>Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase.</p> <p>MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ: Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?</p>	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE LA PHRASE ..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉE ..... 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5	
108A	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 109
108B	<p>Dans quelles langues étaient donnés les programmes d'alphabétisation auxquels vous avez participé ?</p> <p>INSISTER : Aucun autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	ARABE/MEDERSA ..... A WOLOF ..... B POULAR ..... C SERER ..... D DIOLA ..... E MANDINGUE ..... F SONINKE ..... G AUTRE ..... X (PRÉCISER LANGUE)	
109	VÉRIFIEZ 108:  CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ   CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ 		→ 111
110	Lisez-vous un journal,l'internet ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
111	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
112	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
113	Quelle est votre religion?	MUSULMAN ..... 1 CHRÉTIEN ..... 2 ANIMISTE ..... 3 SANS RELIGION ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	
114A	Etes-vous sénégalaise ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 115
114	Quelle est votre ethnie?	WOLOF ..... 01 POULAR ..... 02 SERER ..... 03 MANDINGUE ..... 04 DIOLA ..... 05 SONINKÉ ..... 06 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	
115	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous dormi ailleurs que chez vous pour une ou plusieurs nuits ?	NOMBRE DE FOIS .....   AUCUNE ..... 00	→ 201
116	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent de chez vous pendant plus d'un mois d'affilé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ?  Et combien de filles vivent avec vous ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS À LA MAISON .....  FILLES À LA MAISON .....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
205	Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ?  Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS AILLEURS .....  FILLES AILLEURS .....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ?  SI NON INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés ?  Combien de filles sont décédées ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS .....  FILLES DÉCÉDÉES .....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES NAISSANCES .....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
209	VÉRIFIEZ 208:  Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTEZ ET CORRIGEZ 201 À 208 COMME IL SE DOIT										
210	VÉRIFIEZ 208:  UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> OU PLUS AUCUNE <input type="checkbox"/>		→ 226								

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1<sup>re</sup>.  
 INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLES SUR DES LIGNES SÉPARÉES.  
 (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE).

212	213	214	215	216	217 SI EN VIE :	218 SI EN VIE:	219 SI EN VIE :	220 SI DÉCÉDÉ :	221
Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?  INSCRIVEZ LE NOM.  N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?  INSCRIVEZ LE NOM.	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?  INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?	En quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle encore en vie ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  INSCRIREZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIREZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIREZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ?  SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIREZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; EN ANNÉES SI 2 ANS OU PLUS.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM) DE LA NAISSANCE PRÉCEDENTE et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
01	GAR. 1	SIMP. 1	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ... 1 NON 2	N° LIGNE (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	
	FILLE 2	MULT. 2							
02	GAR. 1	SIMP. 1	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ... 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE (ALLEZ À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI .... 1 AJOUTEZ ↘ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↘ SUIVANTE
	FILLE 2	MULT. 2							
03	GAR. 1	SIMP. 1	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ... 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE (ALLEZ À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI .... 1 AJOUTEZ ↘ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↘ SUIVANTE
	FILLE 2	MULT. 2							
04	GAR. 1	SIMP. 1	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ... 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE (ALLEZ À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI .... 1 AJOUTEZ ↘ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↘ SUIVANTE
	FILLE 2	MULT. 2							
05	GAR. 1	SIMP. 1	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ... 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE (ALLEZ À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI .... 1 AJOUTEZ ↘ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↘ SUIVANTE
	FILLE 2	MULT. 2							
06	GAR. 1	SIMP. 1	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ... 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE (ALLEZ À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI .... 1 AJOUTEZ ↘ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↘ SUIVANTE
	FILLE 2	MULT. 2							
07	GAR. 1	SIMP. 1	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI ... 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE (ALLEZ À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI .... 1 AJOUTEZ ↘ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↘ SUIVANTE
	FILLE 2	MULT. 2							

212	213	214	215	216	217 SI EN VIE :	218 SI EN VIE :	219 SI EN VIE :	220 SI DÉCÉDÉ :	221
Quel nom a été donné à votre enfant suivant ?  INSCRIVEZ LE NOM.  N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?  Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?  INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?		En quel mois et quelle année est né (NOM) ?  INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ?  SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ?  INSCRIVEZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM) DE LA NAISSANCE PRÉCEDENTE et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
08	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS ANNÉE  ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES  ANNÉE	OUI ... 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	N° LIGNE DE MÉNAGE  ANNÉE	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3  JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI .... 1 AJOUTEZ ↘ NAISS. NON .... 2 AJOUTEZ ↘ NAISS. SUIVANTE
09	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS ANNÉE  ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES  ANNÉE	OUI ... 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	N° LIGNE DE MÉNAGE  ANNÉE	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3  JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI .... 1 AJOUTEZ ↘ NAISS. NON .... 2 AJOUTEZ ↘ NAISS. SUIVANTE
10	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS ANNÉE  ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES  ANNÉE	OUI ... 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	N° LIGNE DE MÉNAGE  ANNÉE	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3  JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI .... 1 AJOUTEZ ↘ NAISS. NON .... 2 AJOUTEZ ↘ NAISS. SUIVANTE
11	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS ANNÉE  ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES  ANNÉE	OUI ... 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	N° LIGNE DE MÉNAGE  ANNÉE	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3  JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI .... 1 AJOUTEZ ↘ NAISS. NON .... 2 AJOUTEZ ↘ NAISS. SUIVANTE
12	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS ANNÉE  ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES  ANNÉE	OUI ... 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	N° LIGNE DE MÉNAGE  ANNÉE	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3  JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI .... 1 AJOUTEZ ↘ NAISS. NON .... 2 AJOUTEZ ↘ NAISS. SUIVANTE
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, INSCRIVEZ LA/LES NAISSANCE DANS LE TABLEAU.					OUI ..... NON .....			1 2 -
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHEZ :  NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → (INSISTEZ ET CORRIGEZ)								
224	VÉRIFIEZ 215 :  INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2009 OU PLUS TARD.					NOMBRE DE NAISSANCES ..... AUCUNE ..... 0			→ 225
224A	VÉRIFIEZ 217 : AGE ACTUEL  AGE ACTUEL DU PLUS JEUNE ENFANT <input type="checkbox"/> ALLANT DE 3 A 4 ANS REVOLU : IDENTIFIEZ CET ENFANT, INSCRIVEZ SON NOM (A Q212):  (SI DES JUMEAUX, PRENEZ CELUI ENREGISTRÉ EN DERNIER).					AUTRES CAS: <input type="checkbox"/>			→ 225

224B	Qui participe le plus souvent à l'encadrement de (NOM A 224A) par l'animation d'activités d'éveil ?	PÈRE ..... 1 MÈRE ..... 2 AUTRE MEMBRE DU MENAGE ..... 3 AUCUN MEMBRE DU MENAGE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	→225
224C	En quoi consistent ces activités d'éveil ?	LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRES ..... A RACONTER DES HISTOIRE ..... B CHANTER DES CHANSONS Y COMPRIS DES BERCEUSES ..... C AMENER EN PROMENADE ..... D JOUER AVEC LUI ..... E PASSER DU TEMPS A COMPTER/ DESSINER/NOMMER DES OBJETS ... F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
225	<b>C</b> POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2009 , INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIVEZ 'G' À CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ).		
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	1 2 8 → 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ?  ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.  <b>C</b> INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS .....	2 boxes
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 230
229	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas/plus d'enfant ?	PLUS TARD ..... 1 NE PAS/NE PLUS AVOIR D'ENFANT .. 2	
230	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 238
231	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS .....	2 boxes
232	VÉRIFIEZ 231 :  DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="checkbox"/> JAN. 2009 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE AVANT <input type="checkbox"/> JAN. 2009		→ 238
233	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?  <b>C</b> INSCRIVEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS .....	2 boxes
234	Depuis janvier 2009, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 236
235	DEMANDEZ LA DATE ET LA DURÉE DE LA GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE, EN REMONTANT JUSQU'À JANVIER 2009.  <b>C</b> INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.		
236	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2009 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	1 2 → 238
237	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2009 ?	MOIS .....	2 boxes
		ANNÉE .....	2 boxes

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
238	<p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p>(INSCRIVEZ LA DATE SI ELLE EST DONNÉE)</p>	<p>IL Y A ..... JOURS ..... 1                            2                            3                            4</p> <p>EN MÉNOPAUSE/            A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ... 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÈGLES ..... 996</p>	
239	Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 301
240	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	<p>JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES            COMMENCENT ..... 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES ..... 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES            RÈGLES ..... 3</p> <p>AU MILIEU, ENTRE            DEUX PÉRIODES ..... 4</p> <p>AUTRE _____ 6            (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	

**SECTION 3. CONTRACEPTION**

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.  De quelles MÉTHODES avez-vous déjà entendu parler ?			
01	<b>Stérilisation féminine.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
02	<b>Stérilisation masculine.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
03	<b>DIU.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin, une infirmière ou une sage femme leur place dans l'utérus.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
04	<b>Injectables.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
05	<b>Implants.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un bâtonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour les empêcher de tomber enceinte, pendant une année ou plus.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
06	<b>Pilule.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
07	<b>Condom.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
08	<b>Condom féminin.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
09	<b>MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA)</b> Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
10	<b>Méthode du collier.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent éviter une grossesse en utilisant un collier/chapelet qui leur permet de repérer les jours où elles ont le plus de chances de tomber enceintes.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
11	<b>Rythme.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent éviter une grossesse en évitant d'avoir des rapports sexuels les jours du mois où elles ont le plus de chances de tomber enceintes.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
12	<b>Retrait.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
13	<b>Pilule du lendemain.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
14	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI .....	1	
		(PRÉCISEZ)		
		(PRÉCISEZ)		
		NON .....	2	
302	VÉRIFIEZ 226 :  PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE 	ENCEINTE  		311

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
303	Faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 304
303A	Pourquoi n'utilisez-vous pas quelque chose ou une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse?	RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSENT 01 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT 02 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE 03 MARI/PARTENAIRE/FAMILLE DÉSAPPROUVE 04 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 05 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ 06 COÛTE TROP CHER 07 PAS PRATIQUE À UTILISER 08 FATALISTE 09 DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPA 10 DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION 11  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	→ 311
304	Quelle méthode utilisez-vous ?  ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... A STÉRILISATION MASCLINE ..... B DIU ..... C INJECTABLES ..... D IMPLANTS ..... E PILULE ..... F CONDOM ..... G CONDOM FÉMININ ..... H DIAPHRAGME ..... I MOUSSE/GELÉE ..... J MAMA ..... K METHODE DU COLLIER ..... L RYTHME ..... M RETRAIT ..... N AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... X AUTRE MÉTHODE TRADITION. .... Y	→ 307 → 308A → 306 → 308A
305	Quel est le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ A VOIR LA BOITE	PLANYL ..... 01 PLANOR ..... 02 OVRETTE ..... 03 LO FEMENAL ..... 04 MINIDRIL ..... 05 MINIPHASE ..... 06 STEDIRIL ..... 07 MICROVAL ..... 08 ADEPAL ..... 09 MICROGYNON ..... 10 NÉOGYNON ..... 11 DIANE 35 ..... 12 TRINORDIOL ..... 13 SECURIL ..... 14 LUSIAF ..... 15 MICROLUT ..... 16 AUTRE ..... 96 (PRECISER) NSP ..... 98	→ 308A
306	Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.	PROTEC ..... 01 FAGAROU ..... 02 VISA ..... 03 MANIX ..... 04 PRESA ..... 05 KAMA SUTRA ..... 06 PROTEX ..... 07 INNOTEX ..... 08 CASANOVA ..... 09 INTIMY ..... 10 CONTEX ..... 11 STAR ..... 12 TROJAM ..... 13 FEMIDON ..... 14 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98	→ 308A

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																		
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. ..... 12</p> <p>CENTRE DE PF ..... 13</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... 14</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... 16 (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET ..... 21</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 22</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL ..... 26 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>																			
308	En quel mois et en quelle année la stérilisation a t-elle été effectuée ?																				
308A	<p>Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p> <p>INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p>	<p>MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>ANNÉE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>																			
309	<p>VÉRIFIEZ 308/308A, 215 ET 231 :</p> <p>AUCUNE NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 308/308A</p> <p>RETOURNEZ À 308/308A, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT ÊTRE APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>																			
310	<p>VÉRIFIEZ 308/308A :</p> <p>L'ANNÉE EST 2009 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/></p> <p><b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION.</p>	<p>L'ANNÉE EST 2008 OU AVANT <input type="checkbox"/></p> <p><b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2009.</p> <p>PUIS PASSER À → 322</p>																			

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																																			
311	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VOUS ASSUREZ DES PÉRIODES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN REMONTANT À JANVIER 2009 . UTILISEZ LE NOM DES ENFANTS, LES DATES D'ANNIVERSAIRE ET LES PÉRIODES DE GROSSESSE COMME POINT DE RÉFÉRENCE.</p> <p><b>C</b> À LA COLONNE 1, INSCRIVEZ LE CODE D'UTILISATION DE LA MÉTHODE OU '0' POUR NON UTILISATION À CHAQUE MOIS EN BLANC.</p> <p>QUESTIONS ILLUSTRATIVES :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Quand avez-vous utilisé une méthode pour la dernière fois? Quelle était cette méthode ?</li> <li>* Quand avez-vous commencé à utiliser cette méthode? Combien de temps après la naissance de (NOM) ?</li> <li>* Pendant combien de temps avez-vous ensuite utilisé cette méthode ?</li> </ul> <p>À LA COLONNE 2, INSCRIVEZ LES CODES DE DISCONTINUATION À CÔTÉ DU DERNIER MOIS D'UTILISATION. LES NUMÉROS DE CODES À LA COLONNE 2 DOIVENT ÊTRE LES MÊMES QUE CEUX UTILISÉS POUR L'INTERRUPTION DE LA MÉTHODE À LA COLONNE 1.</p> <p>DEMANDEZ POURQUOI ELLE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE. SI L'INTERRUPTION A ÉTÉ SUIVIE D'UNE GROSSESSE, DEMANDEZ SI ELLE EST TOMBÉE ENCEINTE SANS LE VOULOIR ALORS QU'ELLE UTILISAIT LA MÉTHODE OU SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ POUR ÊTRE ENCEINTE.</p> <p>QUESTIONS ILLUSTRATIVES :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser la (MÉTHODE) ? Êtes-vous tombée enceinte pendant que vous utilisiez la (MÉTHODE), avez-vous interrompu pour être enceinte, ou avez-vous arrêté pour d'autres raisons ?</li> <li>* SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ POUR ÊTRE ENCEINTE, DEMANDEZ : Combien de mois cela a-t-il pris pour que soyez enceinte après avoir arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ? ET INSCRIVEZ '0' À CHACUN DE CES MOIS À LA COLONNE 1.</li> </ul>																																																					
312	VÉRIFIEZ LE CALENDRIER POUR L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE À N'IMPORTE QUEL MOIS.  AUCUNE MÉTHODE UTILISÉE                          UNE MÉTHODE UTILISÉE ↓    →		314																																																			
313	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé de n'importe quelle manière de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	324																																																			
314	VÉRIFIEZ 304 :  ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :  SI PLUS D'UN CODE EST ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	<table> <tbody> <tr><td>AUCUN CODE ENCERCLÉ .....</td><td>00</td><td>→ 324</td></tr> <tr><td>STÉRILISATION FÉMININE .....</td><td>01</td><td>→ 317A</td></tr> <tr><td>STÉRILISATION MASCULINE .....</td><td>02</td><td>→ 326</td></tr> <tr><td>DIU .....</td><td>03</td><td></td></tr> <tr><td>INJECTABLES .....</td><td>04</td><td></td></tr> <tr><td>IMPLANTS .....</td><td>05</td><td></td></tr> <tr><td>PILULE .....</td><td>06</td><td></td></tr> <tr><td>CONDOM .....</td><td>07</td><td></td></tr> <tr><td>CONDOM FÉMININ .....</td><td>08</td><td></td></tr> <tr><td>DIAPHRAGME .....</td><td>09</td><td></td></tr> <tr><td>MOUSSE/GELÉE .....</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>MAMA .....</td><td>11</td><td></td></tr> <tr><td>METHODE DU COLLIER .....</td><td>12</td><td></td></tr> <tr><td>RYTHME .....</td><td>13</td><td>→ 315A</td></tr> <tr><td>RETRAIT .....</td><td>14</td><td></td></tr> <tr><td>AUTRE MÉTHODE MODERNE .....</td><td>95</td><td></td></tr> <tr><td>AUTRE MÉTHODE TRADITION. ....</td><td>96</td><td>326</td></tr> </tbody> </table>	AUCUN CODE ENCERCLÉ .....	00	→ 324	STÉRILISATION FÉMININE .....	01	→ 317A	STÉRILISATION MASCULINE .....	02	→ 326	DIU .....	03		INJECTABLES .....	04		IMPLANTS .....	05		PILULE .....	06		CONDOM .....	07		CONDOM FÉMININ .....	08		DIAPHRAGME .....	09		MOUSSE/GELÉE .....	10		MAMA .....	11		METHODE DU COLLIER .....	12		RYTHME .....	13	→ 315A	RETRAIT .....	14		AUTRE MÉTHODE MODERNE .....	95		AUTRE MÉTHODE TRADITION. ....	96	326	
AUCUN CODE ENCERCLÉ .....	00	→ 324																																																				
STÉRILISATION FÉMININE .....	01	→ 317A																																																				
STÉRILISATION MASCULINE .....	02	→ 326																																																				
DIU .....	03																																																					
INJECTABLES .....	04																																																					
IMPLANTS .....	05																																																					
PILULE .....	06																																																					
CONDOM .....	07																																																					
CONDOM FÉMININ .....	08																																																					
DIAPHRAGME .....	09																																																					
MOUSSE/GELÉE .....	10																																																					
MAMA .....	11																																																					
METHODE DU COLLIER .....	12																																																					
RYTHME .....	13	→ 315A																																																				
RETRAIT .....	14																																																					
AUTRE MÉTHODE MODERNE .....	95																																																					
AUTRE MÉTHODE TRADITION. ....	96	326																																																				

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
315	<p>Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE de Q.308/308A). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?</p>	<p>SECTEUR PUBLIC            HÔPITAL GOUV. .... 11            CENTRE SANTÉ GOUV. .... 12            POSTE SANTÉ .... 13            CENTRE DE PF GOUV. .... 14            MATERNITÉ RURALE .... 15            CASE DE SANTÉ .... 16            PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ... 17            STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE .. 18            AUTRE PUBLIC</p> <hr/> <p style="text-align: right;">(PRÉCISEZ) 19</p>	
315A	<p>Où avez-vous appris comment utiliser les méthodes du collier/rythme/MAMA ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ            HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET .... 21            PRIVÉ ..... 22            PHARMACIE ..... 23            MÉDECIN PRIVÉ ..... 24            DISPENSAIRE RELIG ..... 25</p> <hr/> <p style="text-align: center;">AUTRE MEDICAL PRIVÉ 26</p> <hr/> <p style="text-align: right;">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE            BOUTIQUE ..... 31            ÉGLISE ..... 32            PARENTS/AMIS ..... 33            BAR ..... 34</p> <hr/> <p style="text-align: right;">AUTRE 96</p> <hr/> <p style="text-align: right;">(PRÉCISEZ)</p>	
316	<p>VÉRIFIEZ 304 :</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCECRÉ À 304,            ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.</p>	<p>DIU ..... 03            INJECTABLES ..... 04            IMPLANTS ..... 05            PILULE ..... 06            CONDOM ..... 07            CONDOM FÉMININ ..... 08            DIAPHRAGME ..... 09            MOUSSE/GELÉE ..... 10            MAMA ..... 11            MÉTHODE DU COLLIER ..... 12            RYTHME ..... 13</p>	<p style="text-align: right;">→ 323</p> <p style="text-align: right;">→ 320</p> <p style="text-align: right;">→ 326</p>
317	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 319
317A	Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?		
318	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé des effets secondaires ou des problèmes que vous pourriez avoir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 320
319	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
320	<p>VÉRIFIEZ 317 :</p> <p style="text-align: center;">CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">CODE '1' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p> <p>Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 314) de (ENDROIT DE 307 OU 315), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	→ 322
321	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
322	<p>VÉRIFIEZ 304 :</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCLINE ..... 02 DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MAMA ..... 11 METHODE DU COLLIER ..... 12 RYTHME ..... 13 RETRAIT ..... 14 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95 AUTRE METHODE TRADITION. .... 96</p>	<p>→ 326</p> <p>→ 326</p> <p>→ 326</p>
323	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. ..... 11 CENTRE SANTÉ GOUV. ..... 12 POSTE SANTÉ ..... 13 CENTRE DE PF GOUV. ..... 14 MATERNITÉ RURALE ..... 15 CASE DE SANTÉ ..... 16 PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... 17 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... 18</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... 19</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET ..... 21 PRIVÉ ..... 22 PHARMACIE ..... 23 MÉDECIN PRIVÉ ..... 24 DISPENSAIRE RELIG ..... 25</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... 31 ÉGLISE ..... 32 PARENTS/AMIS ..... 33 BAR ..... 34</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>→ 326</p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
324	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 326
325	<p>Où est cet endroit ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p><b>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</b></p> <p><b>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</b></p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. ..... A CENTRE SANTÉ GOUV. ..... B POSTE SANTÉ ..... C CENTRE DE PF GOUV. ..... D MATERNITÉ RURALE ..... E CASE DE SANTÉ ..... F PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... G STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... H AUTRE PUBLIC ..... I</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ ..... J PHARMACIE ..... K MÉDECIN PRIVÉ ..... L DISPENSAIRE RELIG ..... M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... N</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... O ÉGLISE ..... P PARENTS/AMIS ..... Q BAR ..... R</p> <p>AUTRE ..... X</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
326	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé qui vous a parlé de planification familiale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
327	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même (ou pour vos enfants) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 401
328	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

**SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATAUX**

401	VÉRIFIEZ 224 : UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2009 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE EN 2009 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>				556
402	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2009 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).				
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AVANT-DERNIÈRE NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AVANT-AVANT DER. NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216	NOM _____  VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> ↓                                  ↓ DÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____  VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> ↓                                  ↓ DÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____  VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> ↓                                  ↓ DÉ <input type="checkbox"/>	
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 408) <input type="checkbox"/> NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 430) <input type="checkbox"/> NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 430) <input type="checkbox"/> NON ..... 2	
406	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas (ou plus) d'enfant ?	PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 408) <input type="checkbox"/>	PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 430) <input type="checkbox"/>	PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 430) <input type="checkbox"/>	
407	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS ... 1 <input type="checkbox"/> ANNÉES ... 2 <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉES ... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉES ... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS ... 998	
408	Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 415) <input type="checkbox"/>			
409	Qui avez-vous consulté ?  Quelqu'un d'autre ?  <b>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</b>	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ..... B INFIRMIÈRE/ICP ..... C  AUTRE PERSONNEL MATRONNE ..... D ACCOUCHEUSE ..... E  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
410	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ? Pas d'autre endroit ? <b>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LES TYPES D'ENDROIT.</b> <b>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</b></p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . B POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . C CASE DE SANTÉ D CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <hr/> <p>G (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <hr/> <p>M M (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT BOUTIQUE . . . . N PRATICIEN . . TRADITIONNEL O MARCHÉ . . . . P AGENT COMMUNAUT. Q AUTRE</p> <hr/> <p>X (PRÉCISEZ)</p>		
411	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale pour cette grossesse ?	MOIS . . . <input type="text"/> NE SAIT PAS . . . . 98		
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultation prénatale ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS . . . . 98		
413	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :  Vous a-t-on pris la tension ? Vous a-t-on prélevé de l'urine ? Vous a-t-on prélevé du sang ?	OUI      NON  TENSION . . . 1      2 URINE . . . 1      2 SANG . . . 1      2		
414	Au cours de l'une de ces visites prénatales, vous a-t-on parlé de choses qui peuvent être le signe de problèmes de la grossesse ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . 8		
415	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSEZ À 418) ← NE SAIT PAS . . . . 8		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
416	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	FOIS ..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS ..... 8		
417	VÉRIFIEZ 416 :	2 FOIS OU AUTRE PLUS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 421) <input type="checkbox"/>		
418	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 421) <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS ... 8		
419	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ?  SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	FOIS ..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS ..... 8		
420	Avant cette grossesse, il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos ?	IL Y A ANNÉES ... <input type="checkbox"/>		
421	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ?  MONTRÉZ COMP./SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 423) <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS ..... 8		
421A	Où les comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ont été achetés ou donnés?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LES TYPES D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . B POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . C CASE DE SANTÉ D CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ) G</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ) M</p> <p>AUTRE ENDROIT BOUTIQUE . . . N PRATICIEN . . TRADITIONNEL O MARCHÉ . . . P AGENT COMMUNAUT. Q AUTRE</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ) X</p>		
422	Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop ?  SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	JOURS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS ... 998		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
424	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSEZ À 430) ← NE SAIT PAS ..... 8		
425	Quels médicaments avez-vous pris ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTREZ DES ANTI PALUDÉENS COURANTS À L'ENQUETÉE.	SP/FANSIDAR ... A ACT ... B  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z		
426	VÉRIFIEZ 425 :  SP/FANSIDAR PRIS À TITRE PRÉVENTIF CONTRE LE PALUDISME.	CODE 'A' CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ A' NON <input type="checkbox"/>  ENCERCLÉ  (PASSEZ À 430) ←		
427	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la (SP/Fansidar) ?	FOIS ..... <input type="checkbox"/>		
427A	Est-ce que, pendant cette grossesse, vous avez reçu une moustiquaire gratuitement pendant une visite CPN ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		
428	VÉRIFIEZ 409 :  SOINS PRÉNATAUX PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE.	CODE 'A', AUTRE <input type="checkbox"/> 'B' OU 'C' ENCERCLÉ  (PASSEZ À 430) ←		
429	Vous a-t-on donné la (SP/Fansidar) durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE MÉDICALE ..... 2 AUTRE ENDROIT 6		
430	Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8
431	(NOM) a t-il /elle été pesé à la naissance ?	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSEZ À 432A) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSEZ À 432A) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSEZ À 432A) ← NE SAIT PAS ..... 8
432	Combien (NOM) pesait-il/elle ?  INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>  KG DE MÉMOIRE 2 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>  KG DE MÉMOIRE 2 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>  KG DE MÉMOIRE 2 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 99998

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
432A	La naissance de (NOM) a t-elle été déclarée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
433	Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ?  Quelqu'un d'autre ?  INSISTEZ POUR LES TYPES DE PERSONNES ET ENREGISTRÉZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ..... B INFIRMIÈRE/ICP ..... C  AUTRE PERSONNEL MATRONNE ..... D ACCOUCHEUSE ..... E  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)  PERSONNE ..... Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ..... B INFIRMIÈRE/ICP ..... C  AUTRE PERSONNEL MATRONNE ..... D ACCOUCHEUSE ..... E  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)  PERSONNE ..... Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ..... B INFIRMIÈRE/ICP ..... C  AUTRE PERSONNEL MATRONNE ..... D ACCOUCHEUSE ..... E  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)  PERSONNE ..... Y
434	Où avez-vous accouché de (NOM) ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	MAISON VOTRE MAISON ..... 11 (PASSEZ À 438) ← AUTRE MAISON ..... 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. ..... 21 CENTRE DE SANTÉ/ MATERNITÉ ..... 22 POSTE DE SANTÉ GOUVT ..... 23 CASE DE SANTE ..... 24  AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)  SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 438) ←	MAISON VOTRE MAISON ..... 11 (PASSEZ À 448) ← AUTRE MAISON ..... 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. ..... 21 CENTRE DE SANTÉ/ MATERNITÉ ..... 22 POSTE DE SANTÉ GOUVT ..... 23 CASE DE SANTE ..... 24  AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)  SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 448) ←	MAISON VOTRE MAISON ..... 11 (PASSEZ À 448) ← AUTRE MAISON ..... 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. ..... 21 CENTRE DE SANTÉ/ MATERNITÉ ..... 22 POSTE DE SANTÉ GOUVT ..... 23 CASE DE SANTE ..... 24  AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)  SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 448) ←
435	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
436	Après l'accouchement de (NOM), est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 439) ← NON ..... 2		
437	Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 439) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 446) ←		
438	Après l'accouchement de (NOM), est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 442) ←		
439	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... 11 SAGE-FEMME ..... 12 INFIRMIÈRE/ICP ..... 13  AUTRE PERSONNEL MATRONNE ..... 21 ACCOUCHEUSE ..... 22 TRADITION ...  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)		
440	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRÉZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HEURES 1 JOURS 2 SEMAINES 3  NE SAIT PAS ... 998		
441	VÉRIFIEZ 437 :	OUI <input type="checkbox"/> PAS POSÉ <input type="checkbox"/>  (PASSEZ À 446) ↓		
442	Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné son état de santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 446) ← NE SAIT PAS ..... 8		
443	Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), le premier examen a-t-il eu lieu ?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HRS APRES NAIS. ... 1 JRS APRÈS NAIS. ... 2 SEM.APRÈS NAIS. ... 3  NE SAIT PAS ... 998		
444	Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... 11 SAGE-FEMME ..... 12 INFIRMIÈRE/ICP ..... 13  AUTRE PERSONNEL MATRONNE ..... 21 ACCOUCHEUSE ..... 22 TRADITION ...  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
445	<p>Où ce premier examen de (NOM) a-t-il eu lieu ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCREZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	MAISON VOTRE MAISON 11 AUTRE MAISON 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT 21 CENTRE DE SANTÉ/ MATERNITÉ... 22 POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)  SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)		
446	<p>Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ?</p> <p>MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/GÉLULES/SIROPS.</p>	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
447	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 449)◀— NON ..... 2 (PASSEZ À 450)◀—		
448	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 452)◀—	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 452)◀—
449	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/>   NE SAIT PAS ..... 98
450	VÉRIFIEZ 226 :  L'ENQUETÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	PAS <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> EN- <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> CEINTE <input type="checkbox"/> PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 452)		
451	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 453)◀—		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____						
452	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98			MOIS ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98			MOIS ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98		
453	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 455) NON ..... 2	OUI ..... 1	OUI ..... 1 NON ..... 2						
454	VÉRIFIEZ 404 :  L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <table border="1"><tr><td></td></tr></table> DÉCÉDÉ <table border="1"><tr><td></td></tr></table> (PASSEZ À 460)  (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501)								
455	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ?  SI MOINS D'UNE HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTREZ EN HEURES. SINON, ENREGISTREZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000  HEURES 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
456	Dans les trois premiers jours après la naissance est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 458) ←								
457	Qu'a t-on donné à boire à (NOM) ?  Rien d'autre ?  ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS.	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU BÉNITE ..... B EAU ..... C EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE D INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES E SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉ F JUS DE FRUIT ... G LAIT EN POUDRE POUR BÉBÉ ... H THÉ/INFUSIONS ... I MIEL ..... J  AUTRE <u>                  </u> X (PRÉCISEZ)								
458	VÉRIFIEZ 404 :  L'ENFANT EST-IL EN VIE ?	EN VIE <table border="1"><tr><td></td></tr></table> DÉCÉDÉ <table border="1"><tr><td></td></tr></table> (PASSEZ À 459A)			EN VIE <table border="1"><tr><td></td></tr></table> DÉCÉDÉ <table border="1"><tr><td></td></tr></table> (PASSEZ À 459A)			EN VIE <table border="1"><tr><td></td></tr></table> DÉCÉDÉ <table border="1"><tr><td></td></tr></table> (PASSEZ À 459A)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
459	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 460) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 460) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 460) ← NON ..... 2
459A	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
459B	VÉRIFIEZ 404 :  L'ENFANT EST-IL EN VIE ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  (RETOURNEZ À 405 À L'AVANT- DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAIS. ALLEZ À 501)
460	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
461		(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DER. COLONNE DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAIS. ALLEZ À 501)

**SECTION 5. VACCINATIONS DES ENFANTS, SANTÉ ET NUTRITION**

501	INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2009 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).																																																																																																																																																
502	N° DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE																																																																																																																																													
503	À PARTIR DE 212 ET 216	NOM _____  EN VIE      DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  ↓ (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	NOM _____  EN VIE      DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  ↓ (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	NOM _____  EN VIE      DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  ↓ (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DER.COL. DU NOUVEAU QUEST. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISS., ALLEZ À 553)																																																																																																																																													
504	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?  SI OUI : Puis-je le voir ?	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3																																																																																																																																													
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ? (2)	OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2																																																																																																																																													
506	(1) COPIEZ LES DATES DU CARNET. (2) INSCRIVEZ '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="3">DERNIÈRE NAISSANCE</th> <th colspan="3">AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE</th> <th colspan="3">AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE</th> </tr> <tr> <th>BCG</th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> <th>BCG</th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> <th>BCG</th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>P0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>P0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>POLIO 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>P1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>P1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>POLIO 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>P2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>P2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>POLIO 3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>P3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>P3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Penta1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Pe1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Pe1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Penta2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Pe2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Pe2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Penta3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Pe3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Pe3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ROUGEOLE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ROU</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ROU</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fièvre jaune</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>F</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>F</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>VIT A</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>VIT A</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			BCG	JOUR	MOIS	ANNÉE	BCG	JOUR	MOIS	ANNÉE	BCG	JOUR	MOIS	ANNÉE	POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)				P0				P0				POLIO 1				P1				P1				POLIO 2				P2				P2				POLIO 3				P3				P3				Penta1				Pe1				Pe1				Penta2				Pe2				Pe2				Penta3				Pe3				Pe3				ROUGEOLE				ROU				ROU				Fièvre jaune				F				F				VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)				VIT A				VIT A			
DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE																																																																																																																																											
BCG	JOUR	MOIS	ANNÉE	BCG	JOUR	MOIS	ANNÉE	BCG	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																																																																						
POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)				P0				P0																																																																																																																																									
POLIO 1				P1				P1																																																																																																																																									
POLIO 2				P2				P2																																																																																																																																									
POLIO 3				P3				P3																																																																																																																																									
Penta1				Pe1				Pe1																																																																																																																																									
Penta2				Pe2				Pe2																																																																																																																																									
Penta3				Pe3				Pe3																																																																																																																																									
ROUGEOLE				ROU				ROU																																																																																																																																									
Fièvre jaune				F				F																																																																																																																																									
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)				VIT A				VIT A																																																																																																																																									
507	VÉRIFIEZ 506 :	BCG À ROUGEOLE      AUTRE TOUT ENREGISTRÉ(3)  ↓ (ALLEZ À 511)	BCG À ROUGEOLE      AUTRE TOUT ENREGISTRÉ(3)  ↓ (ALLEZ À 511)	BCG À ROUGEOLE      AUTRE TOUT ENREGISTRÉ(3)  ↓ (ALLEZ À 511)																																																																																																																																													

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
508	(NOM) a-t-il/elle eu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur le carnet, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?  ENREGISTREZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETÉE MENTIONNE AU MOINS UN DES VACCINS DE 506 QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉ COMME AYANT ÉTÉ DONNÉ.	OUI ..... 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506).  (PASSEZ À 511) ←	OUI ..... 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506).  (PASSEZ À 511) ←	OUI ..... 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506).  (PASSEZ À 511) ←
		NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8
509	(NOM) a-t-il/elle déjà eu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8
510	Dites-moi si (NOM) a eu l'un des vaccins suivants :			
510A	Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
510B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS ..... 8
510C	Le premier vaccin de la polio a-t-il été donné dans les 2 premières semaines après la naissance ou plus tard ?	DEUX 1 <sup>res</sup> SEMAINES ..... 1 PLUS TARD ..... 2	DEUX 1 <sup>res</sup> SEMAINES ..... 1 PLUS TARD ..... 2	DEUX 1 <sup>res</sup> SEMAINES ..... 1 PLUS TARD ..... 2
510D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>
510E	Le vaccin du pentavalent, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse, parfois donné en même temps que les gouttes pour la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS ..... 8
510F	Combien de fois le vaccin du pentavalent, a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>
510G	Le vaccin contre la rougeole ou le ROR, c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus tard, pour lui éviter la rougeole ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
510H	Le vaccin contre la fièvre jaune	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
511	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ?  MONTRÉZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/GÉLULES/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
512	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules avec du fer ou du sirop contenant du fer comme (celui-ci/l'un de ceux-ci) ?  MONTRÉZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
513	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
514	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 524A) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 524A) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 524A) ← NE SAIT PAS ..... 8
515	Y avait-il du sang dans les selles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
516	Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée (y compris le lait maternel).  Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?  SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8
517	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?  SI MOINS, INSISTEZ: Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8
518	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 522) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
519	Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?  Quelque part ailleurs ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ÉTABLISSEMENT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ <b>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</b>	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . B POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . C CASE DE SANTÉ D CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ <b>(PRÉCISEZ)</b>  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ <b>(PRÉCISEZ)</b>  AUTRE ENDROIT BOUTIQUE . . . N PRATICIEN . . TRADITIONNEL O MARCHÉ . . . P AGENT COMMUNAUT. Q AUTRE _____ <b>(PRÉCISEZ)</b>	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . B POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . C CASE DE SANTÉ D CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ <b>(PRÉCISEZ)</b>  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ <b>(PRÉCISEZ)</b>  AUTRE ENDROIT BOUTIQUE . . . N PRATICIEN . . TRADITIONNEL O MARCHÉ . . . P AGENT COMMUNAUT. Q AUTRE _____ <b>(PRÉCISEZ)</b>	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . B POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . C CASE DE SANTÉ D CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ <b>(PRÉCISEZ)</b>  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ <b>(PRÉCISEZ)</b>  AUTRE ENDROIT BOUTIQUE . . . N PRATICIEN . . TRADITIONNEL O MARCHÉ . . . P AGENT COMMUNAUT. Q AUTRE _____ <b>(PRÉCISEZ)</b>
520	VÉRIFIEZ 519 :	2 CODES      UN SEUL <input type="checkbox"/> OU      CODE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS      ENCR-      CLÉ <input type="checkbox"/> ENCERCLÉS      CLÉ ↓      (PASSEZ À 522) ←	2 CODES      UN SEUL <input type="checkbox"/> OU      CODE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS      ENCR-      CLÉ <input type="checkbox"/> ENCERCLÉS      CLÉ ↓      (PASSEZ À 522) ←	2 CODES      UN SEUL <input type="checkbox"/> OU      CODE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS      ENCR-      CLÉ <input type="checkbox"/> ENCERCLÉS      CLÉ ↓      (PASSEZ À 522) ←
521	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?  UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 519.	1er ENDROIT . . . <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT . . . <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT . . . <input type="checkbox"/>
522	Lui avez-vous donné les choses suivantes à boire à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :  a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé [NOM LOCAL POUR LE SACHET SRO] ?  b) Un liquide SRO préconditionné ?  c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?	OUI    NON    NSP SACHET SRO    1    2    8 LIQUIDE SRO    1    2    8 LIQUIDE MAISON    1    2    8	OUI    NON    NSP SACHET SRO    1    2    8 LIQUIDE SRO    1    2    8 LIQUIDE MAISON    1    2    8	OUI    NON    NSP SACHET SRO    1    2    8 LIQUIDE SRO    1    2    8 LIQUIDE MAISON    1    2    8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
523	A-t-on donné quelque chose (d'autre) pour traiter la diarrhée ?  Rien d'autre ?  ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS ..... 8
524	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ?  Rien d'autre ?  ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI- BIOTIQUE, ANTI- MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTIBIOT G INJECTION INCONNUE ... H  (IV) INTRAVEINEUSE I  REMÈDE MAISON/ HERBES MEDI- CINALES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI- BIOTIQUE, ANTI- MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTIBIOT G INJECTION INCONNUE ... H  (IV) INTRAVEINEUSE I  REMÈDE MAISON/ HERBES MEDI- CINALES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI- BIOTIQUE, ANTI- MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTIBIOT G INJECTION INCONNUE ... H  (IV) INTRAVEINEUSE I  REMÈDE MAISON/ HERBES MEDI- CINALES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)
524A	Si votre enfant avait de la diarrhée, qu'auriez- vous fait ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	RECHERCHER DU TRAIT. AUPRÈS STRUCT. SANTÉ A DONNER SRO/ZINC B AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) RIEN Y	RECHERCHER DU TRAIT. AUPRÈS STRUCT. SANTÉ A DONNER SRO/ZINC B AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) RIEN Y	RECHERCHER DU TRAIT. AUPRÈS STRUCT. SANTÉ A DONNER SRO/ZINC B AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) RIEN Y
524B	Pouvez vous citer les avantages de l'utilisation du SRO/ZINC pour le traitement de la diarrhée?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	RÉDUIRE SEVERITÉ DE LA DIARRHÉE A RÉDUIRE DURÉE DE LA DIARRHÉE B RÉDUIRE SURVENUE DE LA DIARRHÉE C AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	RÉDUIRE SEVERITÉ DE LA DIARRHÉE A RÉDUIRE DURÉE DE LA DIARRHÉE B RÉDUIRE SURVENUE DE LA DIARRHÉE C AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	RÉDUIRE SEVERITÉ DE LA DIARRHÉE A RÉDUIRE DURÉE DE LA DIARRHÉE B RÉDUIRE SURVENUE DE LA DIARRHÉE C AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z
525	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
527	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS ..... 8
528	Quand (NOM) a été malade avec de la toux, est-ce qu'il/elle respirait plus vite que d'habitude, avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS ..... 8
529	Ces difficultés pour respirer étaient-elles dues à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 531) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
530	VÉRIFIEZ 525 :  A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?	OUI                    NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)  ↓	OUI                    NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)  ↓	OUI                    NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553)  ↓
531	Je voudrais savoir maintenant quelle quantité de boisson a été donné à (NOM) (y compris le lait maternel) pendant sa maladie avec (de la fièvre et de la toux).  Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?  SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8
532	Quand (NOM) a eu de la (fièvre/toux), lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui a-t-on rien donné à manger ?  SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8
533	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←———	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←———	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←———

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
534	Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?  Quelque part ailleurs ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  <u>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</u>	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . B POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . C CASE DE SANTÉ D CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) G	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . B POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . C CASE DE SANTÉ D CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) G	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . B POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . C CASE DE SANTÉ D CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) G
		SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ M _____ M (PRÉCISEZ) M	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ M _____ M (PRÉCISEZ) M	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ M _____ M (PRÉCISEZ) M
		AUTRE ENDROIT BOUTIQUE . . . . N PRATICIEN . . . TRADITIONNEL O MARCHÉ . . . . P AGENT COMMUNAUT. Q AUTRE _____ (PRÉCISEZ) X	AUTRE ENDROIT BOUTIQUE . . . . N PRATICIEN . . . TRADITIONNEL O MARCHÉ . . . . P AGENT COMMUNAUT. Q AUTRE _____ (PRÉCISEZ) X	AUTRE ENDROIT BOUTIQUE . . . . N PRATICIEN . . . TRADITIONNEL O MARCHÉ . . . . P AGENT COMMUNAUT. Q AUTRE _____ (PRÉCISEZ) X
535	VÉRIFIEZ 534 :	2 CODES <input type="checkbox"/> OU PLUS ENCER- CLÉS _____ (PASSEZ À 536A) ←	1 SEUL <input type="checkbox"/> CODE EN- CERCLÉ _____ (PASSEZ À 53A) ←	2 CODES <input type="checkbox"/> OU PLUS ENCER- CLÉS _____ (PASSEZ À 53A) ←
536	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?  UTILISEZ LES CODES DE 534.	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
536A	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSEZ À 537) ←
536B	Est-ce qu'on a fait à (NOM) un test diagnostique pour le paludisme?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSEZ À 537) ←
536C	Quelle était le résultat ?	POSITIF . . . . 1 NÉGATIF . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . 8	POSITIF . . . . 1 NÉGATIF . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . 8	POSITIF . . . . 1 NÉGATIF . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . 8
537	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 553) NE SAIT PAS . . . . 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 553) NE SAIT PAS . . . . 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU ← QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 553). NE SAIT PAS . . . . 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
538	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?  Aucun autre médicament ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDÉENS ACT ..... A QUININE . . . . B AMODIAQUINE... C SP/FANSIDAR . . D AUTRE ANTI-PALUDÉEN  <u>E</u> (PRÉCISEZ)	ANTIPALUDÉENS ACT ..... A QUININE . . . . B AMODIAQUINE... C SP/FANSIDAR . . D AUTRE ANTI-PALUDÉEN  <u>E</u> (PRÉCISEZ)	ANTIPALUDÉENS ACT ..... A QUININE . . . . B AMODIAQUINE C SP/FANSIDAR . . D AUTRE ANTI-PALUDÉEN  <u>E</u> (PRÉCISEZ)
		ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... F INJECTION ... G	ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... F INJECTION ... G	ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... F INJECTION ... G
		AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE ..... H ACETA-MINOPHEN ... I IBUPROFEN ... J	AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE ..... H ACETA-MINOPHEN ... I IBUPROFEN ... J	AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE ..... H ACETA-MINOPHEN ... I IBUPROFEN ... J
		AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z
539	VÉRIFIEZ 538 : Y A-T-IL UN CODE A-E ENCERCLÉ ?	OUI <input type="checkbox"/>  NON <input type="checkbox"/>  (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553).	OUI <input type="checkbox"/>  NON <input type="checkbox"/>  (RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI <input type="checkbox"/>  NON <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553)
540	VÉRIFIEZ 538 :  ACT ('A') DONNÉE	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (PASSEZ À 542) ←	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (PASSEZ À 542) ←	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (PASSEZ À 542) ←
541	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre des ACT ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
542	VÉRIFIEZ 538 :  QUININE ('B') DONNÉE	CODE 'B' ENCERCLÉ      CODE 'B' NON ENCERCLÉ  ↓ (PASSEZ À 544) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ      CODE 'B' NON ENCERCLÉ  ↓ (PASSEZ À 544) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ      CODE 'B' NON ENCERCLÉ  ↓ (PASSEZ À 544) ←
543	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre la quinine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
544	VÉRIFIEZ 538 :  AMODIAQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'C' ENCERCLÉ      CODE 'C' NON ENCERCLÉ  ↓ (PASSEZ À 546) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ      CODE 'C' NON ENCERCLÉ  ↓ (PASSEZ À 546) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ      CODE 'C' NON ENCERCLÉ  ↓ (PASSEZ À 546) ←
545	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
546	VÉRIFIEZ 538 :  SP/FANSIDAR ('D') DONNÉE	CODE 'D' ENCERCLÉ      CODE 'D' NON ENCERCLÉ  ↓ (PASSEZ À 550) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ      CODE 'D' NON ENCERCLÉ  ↓ (PASSEZ À 550) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ      CODE 'D' NON ENCERCLÉ  ↓ (PASSEZ À 550) ←
547	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
550	VÉRIFIEZ 538 :  AUTRE ANTIPALUDÉEN ('E') DONNÉ	CODE 'E' ENCERCLÉ      CODE 'E' NON ENCERCLÉ  ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	CODE 'E' ENCERCLÉ      CODE 'E' NON ENCERCLÉ  ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	CODE 'E' ENCERCLÉ      CODE 'E' NON ENCERCLÉ  ↓ (RETOURNEZ À 503 À L'AVANT-DER. COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)
551	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (AUTRE ANTIPALUDÉEN) ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
552		RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
553	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2009 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 554</p> <p>(NOM)</p>		556
554	<p>La dernière fois que (NOM DE 553) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ?</p>	<p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES ..... 01</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES ..... 02</p> <p>A JETÉ/RINCÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU ..... 03</p> <p>JETÉ AUX ORDURES ..... 04</p> <p>ENTERRÉ ..... 05</p> <p>LAISSÉ À L'AIR ..... 06</p> <p>AUTRE ..... 96</p>	
		(PRÉCISEZ)	
555	<p>VÉRIFIEZ 522(a) ET 522(b), TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p>	<p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE DE SACHET SRO OU DU LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p>	557
556	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL DES SACHETS SRO OU DU SRO PRÉCONDITIONNÉ] que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
557	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2012 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 558</p> <p>(NOM)</p>		601

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
558	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM DE 557) a consommés hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier, savoir si votre enfant a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres nourritures.</p> <p>Est-ce que (NOM DE 557) (a bu ou mangé) :</p> <p>a) De l'eau ?</p> <p>b) Des jus ou des boissons à base de jus ?</p> <p>c) De la soupe ?</p> <p>d) Du lait tel que du lait en boite, en poudre ou du lait frais d'animal ?</p> <p>SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>e) Du lait en poudre pour bébé ?</p> <p>SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>f) D'autres liquides ?</p> <p>g) Du yaourt ?</p> <p>SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>h) Une préparation [NOM D'UNE MARQUE COMMERCIALE D'ALIMENTS ENRICHIS POUR BÉBÉS COMME Cerelac] ?</p> <p>i) Du pain, du riz, des pates, bouillie d'avoine ou autres préparations à base de céréales ?</p> <p>j) Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?</p> <p>k) Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ?</p> <p>l) Des légumes à feuilles vert foncé ?</p> <p>m) Des mangues, papayes mûres ou [INSÉREZ D'AUTRES FRUITS LOCAUX RICHES EN VITAMINE A ET QUI SONT DISPONIBLES] ?</p> <p>n) D'autres fruits ou légumes ?</p> <p>o) Du foie, rognons, coeur ou autres abats ?</p> <p>p) De la viande de boeuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?</p> <p>q) Des oeufs ?</p> <p>r) Du poisson frais ou séché ou des crustacés ?</p> <p>s) N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ?</p> <p>t) Du fromage ou d'autres aliments à base de lait ?</p> <p>u) N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) 1 2 8</p> <p>b) 1 2 8</p> <p>c) 1 2 8</p> <p>d) 1 2 8</p> <p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="text"/></p> <p>e) 1 2 8</p> <p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUDRE <input type="text"/></p> <p>f) 1 2 8</p> <p>g) 1 2 8</p> <p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT <input type="text"/></p> <p>h) 1 2 8</p> <p>i) 1 2 8</p> <p>j) 1 2 8</p> <p>k) 1 2 8</p> <p>l) 1 2 8</p> <p>m) 1 2 8</p> <p>n) 1 2 8</p> <p>o) 1 2 8</p> <p>p) 1 2 8</p> <p>q) 1 2 8</p> <p>r) 1 2 8</p> <p>s) 1 2 8</p> <p>t) 1 2 8</p> <p>u) 1 2 8</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
559	<p>VÉRIFIEZ 558 (CATÉGORIES "g" À "u") :</p> <p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> "OUI" </p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> OU TOUT NE SAIT PAS <input type="checkbox"/></p>		561
560	<p>Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ?</p> <p>SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM DE 557 ) a-t-il/elle mangé hier durant le jour ou la nuit ?</p>	<p>OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 558 POUR ENREGISTRER LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER.)</p> <p>NON ..... 2 → 601</p>	
561	<p>Combien de fois (NOM DE 557) a-t-il mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	

**SECTION 6. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
601	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE ..... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME ..... 2 NON, PAS EN UNION ..... 3	<input type="checkbox"/> → 604
602	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE ..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME ..... 2 NON ..... 3	<input type="checkbox"/> → 612
603	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE ..... 1 DIVORCÉE ..... 2 SÉPARÉE ..... 3	<input type="checkbox"/> → 609
604	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE ..... 1 VIT AILLEURS ..... 2	
605	ENREGISTRER LE NOM ET N° DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTREZ '00'.	NOM _____ N° LIGNE .....	<input type="checkbox"/>
606	Est-ce que votre (mari/partenaire) a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 609
607	En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ou de partenaires avec qui il vit comme s'il était marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS ..... 98
608	Êtes-vous la première, deuxième,...épouse ?	RANG .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
609	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS ..... 1 PLUS D'UNE FOIS ..... 2	
610	VÉRIFIEZ 609 :  MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> UNE SEULE FOIS ↓  En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?  Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?	MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS ↓  MOIS .....	<input type="checkbox"/>  NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98  ANNÉE .....
611	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
612	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
613	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie.  Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS ..... 00  ÂGE EN ANNÉES .....	<input type="checkbox"/> → 628  <input type="checkbox"/>  1 <sup>ere</sup> FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE ..... 95
613A	Quel âge avait ton partenaire?	ÂGE EN ANNÉES .....	<input type="checkbox"/>
613B	Aviez-vous utilisé un préservatif (masculin ou féminin)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À								
614	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponse sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.										
615	<p>Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la <u>dernière</u> fois ?</p> <p>S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>IL Y A .... JOURS ..... 1</p> <p>IL Y A .... SEMAINES ... 2</p> <p>IL Y A .... MOIS ..... 3</p> <p>IL Y A .... ANNÉES ..... 4</p>	<table border="1" style="float: right; margin-left: 10px;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p style="text-align: right;">→ 627</p>								

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
616	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A... JOURS 1 IL Y A... SEMAINE 2 IL Y A... MOIS 3	IL Y A... JOURS 1 IL Y A... SEMAINE 2 IL Y A... MOIS 3
617	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels (avec cette seconde/troisième personne), un condom a-t-il été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 619) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 619) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 619) ←
618	Un condom a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
619	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ? SI OUI, ENCERCLER '2' SI NON, ENCERCLER '3'	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉE ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉE ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉE ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←
620	VÉRIFIEZ 609 :	MARIÉE UNE SEULE FOIS PLUS D'UNE FOIS ↓ (PASSEZ) À 622	MARIÉE UNE SEULE FOIS PLUS D'UNE FOIS ↓ (PASSEZ) À 622	MARIÉE UNE SEULE FOIS PLUS D'UNE FOIS ↓ (PASSEZ) À 622
621	VÉRIFIEZ 613 :	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI ↓ AUTRE (PASSEZ À 623)	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI ↓ AUTRE (PASSEZ À 623)	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI ↓ AUTRE (PASSEZ À 623)
622	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?	IL Y A... JOURS 1 IL Y A... SEMAINE 2 IL Y A... MOIS 3 IL Y A... ANNÉES 4	IL Y A... JOURS 1 IL Y A... SEMAINE 2 IL Y A... MOIS 3 IL Y A... ANNÉES 4	IL Y A... JOURS 1 IL Y A... SEMAINE 2 IL Y A... MOIS 3 IL Y A... ANNÉES 4
623	Aucours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ?	NOMBRE DE FOIS □ □	NOMBRE DE FOIS □ □	NOMBRE DE FOIS □ □
624	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DU PARTENAIRE □ □ NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE DU PARTENAIRE □ □ NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE DU PARTENAIRE □ □ NE SAIT PAS ..... 98
625	À part (cette personne/ces deux personnes), avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON ..... 2 (PASSEZ À 627) ←	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON ..... 2 (PASSEZ À 627) ←	
626	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?  SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE UNE ESTIMATION. SI LE NBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95.			NOMBRE DE PARTENAIRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ..... □ □ NE SAIT PAS ..... 98

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À												
627	<p>En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p> <p>SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES SUR LA DURÉE DE VIE ..... <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>													
628	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS &lt;10 .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>HOMMES ADULTES .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>FEMMES ADULTES .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ENFANTS <10 .....	1	2	HOMMES ADULTES .....	1	2	FEMMES ADULTES .....	1	2	
	OUI	NON													
ENFANTS <10 .....	1	2													
HOMMES ADULTES .....	1	2													
FEMMES ADULTES .....	1	2													
629	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms masculins?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 632												
630	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. ..... A CENTRE SANTÉ GOUV. ..... B POSTE SANTÉ ..... C CENTRE DE PF GOUV. ..... D MATERNITÉ RURALE ..... E CASE DE SANTÉ ..... F PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... G STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... H AUTRE PUBLIC ..... I</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ ..... J PHARMACIE ..... K MÉDECIN PRIVÉ ..... L DISPENSAIRE RELIG ..... M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... N</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... O ÉGLISE ..... P PARENTS/AMIS ..... Q BAR ..... R</p> <p>AUTRE ..... X</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p>													
631	Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms masculins si vous le souhaitez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8													
632	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms féminins ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 701												

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
633	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. .... A CENTRE SANTÉ GOUV. .... B POSTE SANTÉ .... C CENTRE DE PF GOUV. .... D MATERNITÉ RURALE .... E CASE DE SANTÉ .... F PHARMACIE COMMUNAUTAIRE .... G STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE .... H AUTRE PUBLIC .... I</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ .... J PHARMACIE .... K MÉDECIN PRIVÉ .... L DISPENSAIRE RELIG .... M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ .... N</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE .... O ÉGLISE .... P PARENTS/AMIS .... Q BAR .... R</p> <p>AUTRE .... X</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
634	Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms féminins si vous le souhaitez ?	<p>OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE .... 8</p>	

**SECTION 7. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
701	VÉRIFIEZ 304 :  NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> ↓ IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 712
702	VÉRIFIEZ 226 :  ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ↓		→ 704
703	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE ..... 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	→ 705 → 711
704	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	→ 707 → 712 → 710
705	VÉRIFIEZ 226 :  PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ↓ Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ?  ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS ..... 1 ANNÉE ..... 2  BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 994 APRÈS LE MARIAGE ..... 995  AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998	→ 710 → 712 → 710 → 710
706	VÉRIFIEZ 226 :  PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ↓ ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 711
707	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?  N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> ↓ UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→ 712
708	VÉRIFIEZ 705 :  PAS POSÉE <input type="checkbox"/> ↓ 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ 00-23 MOIS OU 00-01 AN <input type="checkbox"/>		→ 711

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À		
709	<p>VÉRIFIEZ 703 ET 704 :</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/> NE VEUT PLUS D'ENFANT/AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y a-t-il une autre raison ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>PAS MARIÉE ..... A</p> <p>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C MÉNOPOUSE/HYSTÉRECTOMIE D NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE E PAS DE RÈGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE ..... F ALLAITE ..... G FATALISTE ..... H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... I MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ... J AUTRES OPPOSÉS ..... K INTERDITS RELIGIEUX ..... L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M NE CONNAÎT AUCUNE SOURCE N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES EFFETS SECONDAIRES/PROBLÈMES DE SANTÉ ..... O PAS ACCESSIBLE /TROP LOIN ... P TROP CHÈRE ..... Q MÉTHODE PRÉFÉRÉE NON DISPONIBLE ..... R AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S PAS PRATIQUE À UTILISER ... T INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... U</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>			
710	<p>VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p>PAS POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		→ 712		
711	Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8			
712	<p>VÉRIFIEZ 216 :</p> <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>AUCUN ..... 00 → 714</p> <p>NOMBRE ..... <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>AUTRE _____ 96 → 714 (PRÉCISEZ)</p>			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À						
713	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	NOMBRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 10px;"></td> </tr> </table> AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)							
714	Au cours des derniers mois, avez-vous :  Entendu parler de la planification familiale à la radio ? Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? Lu quelque chose sur la planification familiale dans les journaux ou magazines ?	OUI NON RADIO ..... 1 2 TÉLÉVISION ..... 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES ... 1 2							
715	QUESTIONS SPÉCIFIQUES AU PAYS SUR LES MESSAGES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES MÉDIA								
716	VÉRIFIEZ 601 :  OUI, ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 801						
717	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?  UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/>		→ 720						
718	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE ..... 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ... 2 DÉCISION COMMUNE ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)							
719	VÉRIFIEZ 304 :  NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 801						
720	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	MÊME NOMBRE ..... 1 PLUS D'ENFANTS ..... 2 MOINS D'ENFANTS ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8							

SECTION 8. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
801	VÉRIFIEZ 601 ET 602 :  ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME ↓  A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME ↓	JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME ↓	803 807
802	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?		
803	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	1 2 → 806
804	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: élémentaire, secondaire ou supérieur ?	ELEMENTAIRE ..... 1 MOYEN ..... 2 SECONDAIRE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	1 2 3 4 8 → 806
805	Quelle est la (classe/année) la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ?  SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE .....  NE SAIT PAS .....	98
806	VÉRIFIEZ 801 :  ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME ↓  A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME ↓  Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?  Quelle était l'occupation de votre (dernier) (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail faisait-il principalement ?		
807	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	1 → 811 2
808	Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille.  Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	1 → 811 2
809	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	1 → 811 2
810	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	1 → 815 2
811	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?		
812	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE ..... 1 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 2 A SON COMPTE ..... 3	1 2 3

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
813	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE ..... 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE ..... 2 DE TEMPS EN TEMPS ..... 3	
814	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT ..... 1 ARGENT ET NATURE ..... 2 NATURE SEULEMENT ..... 3 PAS PAYÉE ..... 4	
815	VÉRIFIEZ 601 :  ACTUELLEMENT MARIÉE/VIVANT <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/> AVEC UN HOMME ↓		823
816	VÉRIFIEZ 814 :  CODE 1 OU 2 <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓ AUTRE <input type="checkbox"/>		819
817	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
818	Diriez-vous que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI ..... 1 MOINS QUE LUI ..... 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE ..... 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTÉE PAS D'ARGENT ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	→ 820
819	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTÉE PAS D'ARGENT ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
820	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6	
821	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6	
822	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT QUELQU'UN D'AUTRE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A	
823	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE ..... 1 CONJOINTEMENT ..... 2 SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 3 N'EN POSSÈDE PAS ..... 4		
824	Est-ce que vous possédez de la terre, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE ..... 1 CONJOINTEMENT ..... 2 SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 3 N'EN POSSÈDE PAS ..... 4		
825	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PERSONNES PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	PRES./ ÉCOUTE ..... ENFANTS < 10 ..... 1 MARI ..... 1 AUTRES HOMMES ... 1 AUTRES FEMMES ... 1	PRES./ ÉCOUTE PAS ..... 2 ..... 3 2 ..... 3 2 ..... 3 2 ..... 3	
826	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :  Si elle sort sans le lui dire ? Si elle néglige les enfants ? Si elle argumente avec lui ? Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? Si elle brûle la nourriture ?	OUI ..... SORT SANS LUI DIRE ..... 1 NÉGLIGE ENFANTS ..... 1 ARGUMENTE ..... 1 REFUSES RAPP. SEX ..... 1 BRÛLE NOURRITURE ..... 1	NON ..... 2 ..... 8 2 ..... 8 2 ..... 8 2 ..... 8 2 ..... 8	NSP

**SECTION 9. VIH/SIDA**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
901	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 937
902	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
903	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
904	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
905	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
906	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
907	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
908	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant :  Pendant la grossesse ? Au cours de l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	OUI    NON    NSP  GROSSESSE ..... 1    2    8 ACCOUCHEMENT ..... 1    2    8 ALLAITEMENT ..... 1    2    8	
909	VÉRIFIEZ 908 :  AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 911
910	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
911	VÉRIFIEZ 208 ET 215 :  DERNIÈRE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DEPUIS JANVIER 2011 <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>	→ 926
		DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2011 <input type="checkbox"/>	→ 926
912	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE :  A EU DES SOINS PRÉNATAUX <input type="checkbox"/>	AUCUN SOIN PRÉNATAL <input type="checkbox"/>	→ 920
913	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRE PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.		
914	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on a parlé des sujets suivants ?  Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ? Des choses qu'on peut faire pour ne pas contracter le sida ? Effectuer un test du virus du sida ?	OUI    NON    NSP  SIDA DE LA MÈRE ..... 1    2    8 CHOSES À FAIRE ..... 1    2    8 TEST ..... 1    2    8	
915	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
916	Avez-vous effectué un test du virus du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 920
917	Où le test a t-il été fait ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. ..... 11 CENTRE SANTÉ GOUV. ..... 12 POSTE SANTÉ ..... 13 CENTRE DE PF GOUV. ..... 14 MATERNITÉ RURALE ..... 15 CASE DE SANTÉ ..... 16 PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... 17 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... 18  AUTRE PUBLIC ..... 19  (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ..... 22 MÉDECIN PRIVÉ ..... 23 DISPENSNAIRE RELIG ..... 24  AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... 25  (PRÉCISER)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... 31 ÉGLISE ..... 32 PARENTS/AMIS ..... 33 BAR ..... 34  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	

918	Avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 924
919	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 924
920	VÉRIFIEZ 434 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : N'IMPORTE QUEL CODE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> 21-36 ENCERCLÉ ↓		
921	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher et le moment où l'enfant est né, vous a-t-on proposé de faire un test du virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
922	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du virus du sida à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 926
923	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
924	Avez-vous effectué un test du virus du sida depuis ce moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 927
925	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A ..... MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95	→ 932
926	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 930
927	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A ..... MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95	
928	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
929	Où le test a-t-il été fait ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  <hr/> (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. ..... 11 CENTRE SANTÉ GOUV. ..... 12 POSTE SANTÉ ..... 13 CENTRE DE PF GOUV. ..... 14 MATERNITÉ RURALE ..... 15 CASE DE SANTÉ ..... 16 PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... 17 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... 18  AUTRE PUBLIC ..... 19  <hr/> (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ..... 22 MÉDECIN PRIVÉ ..... 23 DISPENSAIRE RELIG ..... 24  AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... 25  <hr/> (PRÉCISEZ)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... 31 ÉGLISE ..... 32 PARENTS/AMIS ..... 33 BAR ..... 34  AUTRE ..... 96 <hr/> (PRÉCISEZ)	→ 932

930	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour faire un test du virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 932
931	Où est-ce ?  Pas d'autre endroit ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  (NOM DE L'ENDROIT/NOM DES ENDROITS)	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. .... A CENTRE SANTÉ GOUV. .... B POSTE SANTÉ .... C CENTRE DE PF GOUV. .... D MATERNITÉ RURALE .... E CASE DE SANTÉ .... F PHARMACIE COMMUNAUTAIRE .... G STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE .... H AUTRE PUBLIC .... I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ .... J PHARMACIE .... K MÉDECIN PRIVÉ .... L DISPENSAIRE RELIG .... M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ N</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE .... O ÉGLISE .... P PARENTS/AMIS .... Q BAR .... R</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
932	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
933	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8	
934	Si un membre de votre famille tombait malade avec le sida, seriez-vous prêt à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8	
935	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école ?	DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE ..... 1 NE DEVRAIT PAS ÊTRE AUTORISÉE ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8	
936	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation de condoms pour éviter de contracter le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8	
937	VÉRIFIEZ 901 :  A ENTENDU PARLER DU SIDA <input type="checkbox"/> Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	N'A PAS ENTENDU PARLER DU SIDA <input type="checkbox"/> Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2
938	VÉRIFIEZ 613 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 946
939	VÉRIFIEZ 937 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 941

940	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
941	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
942	Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
943	VÉRIFIEZ 940, 941, ET 942 : A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') ↓ N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS		→ 946
944	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 940/941/942), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 946
945	Où êtes-vous allée ?  Pas d'autre endroit ?  INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL .... A CENTRE SANTÉ GOUV. .... B POSTE SANTÉ ..... C CENTRE DE PF GOUV. .... D MATERNITÉ RURALE ..... E CASE DE SANTÉ ..... F PHARMACIE COMMUNAUTAIRE .. G STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE .. H AUTRE PUBLIC ..... I  (PRÉCISEZ)	
		SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ ..... J PHARMACIE ..... K MÉDECIN PRIVÉ ..... L DISPENSAIRE RELIGIEUX ..... M  AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... N  (PRÉCISEZ)	
		AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... O ÉGLISE ..... P PARENTS/AMIS ..... Q BAR ..... R  AUTRE ..... X  (PRÉCISEZ)	
946	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent des condoms quand ils ont des rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
947	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
948	VÉRIFIEZ 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME ↓ PAS EN UNION		→ 1001
949	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 CELA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8	
950	Pourriez-vous demander à votre mari/partenaire d'utiliser un condom si vous voulez qu'il en utilise un ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 CELA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8	

SECTION 10. EXCISION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1001	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1003
1002	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN INTERVIEW
1003	Vous-même, avez-vous été excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1009
1004	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui vous a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on retiré des chairs de la zone génitale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1006
1005	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans enlever de chairs ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1006	Vous a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1007	Quel âge aviez-vous quand on vous a excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES  EN TANT QUE BÉBÉ/ PENDANT L'ENFANCE ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	
1008	Qui a procédé à votre excision ?	EXCISEUSE TRADITIONNELLE ..... 11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD. ..... 12 AUTRE TRADITIONNEL ..... 16 (PRÉCISEZ)	
1009	VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216 :  A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE NÉE EN 1999 OU PLUS TARD	N'A AUCUNE FILLE VIVANTE NÉE EN 1999 OU PLUS TARD	1016

	<p>VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216: INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET LE NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1999 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS POUR TOUTES CES FILLES. COMMENCEZ PAR LA PLUS JEUNE. (S'IL Y A PLUS DE 6 FILLES, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur (votre/vos filles) .</p>			
1010	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1999 OU PLUS TARD.	FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE  (1 <sup>ere</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE  (2 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (3 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
1011	Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1011 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1016)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1011 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1016)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1011 ← À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1016)
1012	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES .. <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES .. <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES .. <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98
1013	Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ? INSISTEZ : la zone génitale a-t-été fermée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
1014	Qui a procédé à l'excision de votre fille ?	EXCISEUSE TRADITION. . . 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12 AUTRE TRAD. _____ (PRÉCISEZ) 16	EXCISEUSE TRADITION.... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION.... 12 AUTRE TRAD. _____ (PRÉCISEZ) 16	EXCISEUSE TRADITION.... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION.... 12 AUTRE TRAD. _____ (PRÉCISEZ) 16
1015		RETOURNEZ À 1011 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1016.	RETOURNEZ À 1011 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1016.	RETOURNEZ À 1011 À LA COLONNE SUIVANTE DE LA PAGE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1016.

1010	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1999 OU PLUS TARD.	AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (4 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (5 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (6 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
1011	Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1011 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1016)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1011 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1016)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1011 ← À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1016)
1012	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES .. <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES .. <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES .. <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98
1013	Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ? INSISTEZ : la zone génitale a-t-été fermée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
1014	Qui a procédé à l'excision de votre fille ?	EXCISEUSE TRADITION. .... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12 AUTRE TRAD. _____ (PRÉCISEZ) 16  NE SAIT PAS ..... 98	EXCISEUSE TRADITION. .... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12 AUTRE TRAD. _____ (PRÉCISEZ) 16  NE SAIT PAS ..... 98	EXCISEUSE TRADITION. .... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12 AUTRE TRAD. _____ (PRÉCISEZ) 16  NE SAIT PAS ..... 98
1015		RETOURNEZ À 1011 À LA COLONNE SUIVANTE DE CETTE PAGE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1016.	RETOURNEZ À 1011 À LA COLONNE SUIVANTE DE CETTE PAGE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1016.	RETOURNEZ À 1011 À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.
1016	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
1017	Pensez-vous que l'excision est une pratique qui doit continuer ou qui doit être abandonnée ?	CONTINUER ..... 1 ABANDONNER ..... 2 CELA DÉPEND ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8		
1018	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES ..  MINUTES ..	<input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/> <input type="text"/>	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'EQUIPE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

INSTRUCTIONS:

UN SEUL CODE DOIT FIGURER DANS CHAQUE CASE.  
UN CODE DOIT ÊTRE INSCRIT À CHAQUE MOIS À LA COLONNE 1.

CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

COLUMN 1: NAISSANCES, GROSSESSES, UTILISATION CONTRACEPTIVES

N NAISSANCES  
G GROSSESSES  
F FIN DE GROSSESSÉ

0 AUCUNE MÉTHODE  
1 STÉRILISATION FÉMININE  
2 STÉRILISATION MASCLINE  
3 DIU  
4 INJECTABLES  
5 IMPLANTS  
6 PILULE  
7 CONDOM  
8 CONDOM FÉMININ  
9 DIAPHRAGME  
J MOUSSE OU GELÉE

K MAMA  
L MÉTHODE DU COLLIER  
M RYTHME  
P RETRAIT

X AUTRE MÉTHODE MODERNE  
Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLUMN 2: DISCONTINUATION OU UTILIS. CONTRACEPTIVE

0 RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSENT  
1 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT  
2 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE  
3 MARI/PARTENAIRE DÉSAPPROUVE  
4 VOULAIT MÉTHODE PLUS EFFICACE  
5 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES  
6 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ  
7 COÛTE TROP CHER  
8 PAS PRATIQUE À UTILISER  
F FATALISTE  
A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE  
D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION  
X AUTRE \_\_\_\_\_  
(PRÉCISEZ)

Z NE SAIT PAS

	1	2
12 DEC 01		
11 NOV 02		
10 OCT 03		
2 09 SEP 04		2
0 08 AOUT 05		0
1 07 JUILLET 06		1
4 06 JUIN 07		4
* 05 MAI 08		*
04 AVRIL 09		
03 MARS 10		
02 FEV 11		
01 JAN 12		

12 DEC 13		
11 NOV 14		
10 OCT 15		
09 SEP 16		
2 08 AOUT 17		2
0 07 JUILLET 18		0
1 06 JUIN 19		1
3 05 MAI 20		3
* 04 AVRIL 21		*
03 MARS 22		
02 FEV 23		
01 JAN 24		

12 DEC 25		
11 NOV 26		
10 OCT 27		
09 SEP 28		
2 08 AOUT 29		2
0 07 JUILLET 30		0
1 06 JUIN 31		1
2 05 MAI 32		2
* 04 AVRIL 33		*
03 MARS 34		
02 FEV 35		
01 JAN 36		

12 DEC 37		
11 NOV 38		
10 OCT 39		
09 SEP 40		
2 08 AOUT 41		2
0 07 JUILLET 42		0
1 06 JUIN 43		1
1 05 MAI 44		1
* 04 AVRIL 45		*
03 MARS 46		
02 FEV 47		
01 JAN 48		

12 DEC 49		
11 NOV 50		
10 OCT 51		
09 SEP 52		
2 08 AOUT 53		2
0 07 JUILLET 54		0
1 06 JUIN 55		1
0 05 MAI 56		0
* 04 AVRIL 57		*
03 MARS 58		
02 FEV 59		
01 JAN 60		

12 DEC 61		
11 NOV 62		
10 OCT 63		
09 SEP 64		
2 08 AOUT 65		2
0 07 JUILLET 66		0
0 06 JUIN 67		0
9 05 MAI 68		9
* 04 AVRIL 69		*
03 MARS 70		
02 FEV 71		
01 JAN 72		



**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ CONTINUE (EDS-Continue 2014)**  
**QUESTIONNAIRE HOMME**

**République du Sénégal**

Ministère du Plan

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

ICF International

IDENTIFICATION										
NOM DE LA LOCALITÉ .....										
NOM DU CHEF DE MÉNAGE .....	NUMÉRO DU MÉNAGE .....									
NUMÉRO DE CONCESSION .....										
NUMÉRO DE GRAPPE .....										
RÉGION .....										
DEPARTEMENT .....										
DISTRICT SANITAIRE .....										
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....										
DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL (DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4) .....										
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L' HOMME .....										
MÉNAGE .....	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
CONCESSION .....	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
GRAPPE .....	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
RÉGION .....	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
DEPARTEMENT .....	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
DISTRICT .....	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
MILIEU .....	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
MILIEU (DÉTAILLÉ) .....	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
N° DE LIGNE .....	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>									

VISITES D'ENQUÊTRICE													
	1	2	3	VISITE FINALE									
DATE .....													
NOM DE L'ENQUÊTRICE .....													
RÉSULTAT*													
PROCHAINE DATE VISITE .....													
HEURE .....													
				NOMBRE TOTAL DE VISITES .....									
				<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
<b>*CODES RÉSULTAT :</b> 1 REMPLI                    4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON        5 REMPLI PARTIELLEMENT        7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ                6 INCAPACITÉ                      (PRÉCISER)													

LANGUE DE QUESTIONNAIRE** .....	<input type="checkbox"/> 1	LANGUE DE L'INTERVIEW** .....	<input type="checkbox"/>	INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2) <input type="checkbox"/>
<b>**CODES LANGUE :</b> 1 FRANÇAIS            4 SERER            8 AUTRES 2 WOLOF                5 MANDINGUE 3 POULAR              6 DIOLA				

CHEF D'ÉQUIPE		
NOM .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DATE .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉ

### PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

#### CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour l'ANSD. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé du SENEGAL. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

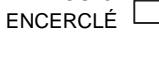
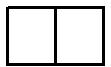
Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter la personne dont le nom figure sur la carte qui a déjà été donnée à votre ménage.

Avez-vous des questions ? Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉ . . . 1    L'ENQUÊTÉ REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉ . . . . . 2 → FIN  
 ↓

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE .....  MINUTES .....	<table border="1" style="width: 100px; height: 40px; margin-left: auto; margin-right: auto;"></table>
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous né ?	MOIS .....  NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98  ANNÉE .....  NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998	<table border="1" style="width: 100px; height: 40px; margin-left: auto; margin-right: auto;"></table>
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ?  COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	<table border="1" style="width: 100px; height: 40px; margin-left: auto; margin-right: auto;"></table>
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	ELEMENTAIRE ..... 1 MOYEN ..... 2 SECONDAIRE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4 AUTRE ..... 6  (PRÉCISEZ)	
106	Quel est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE/ANNÉE .....	<table border="1" style="width: 100px; height: 40px; margin-left: auto; margin-right: auto;"></table>
107	VÉRIFIEZ 105:  ELEMENTAIRE <input type="checkbox"/> MOYEN SECONDNAIRE OU SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>		→ 110

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
108	<p>Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase.</p> <p>MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉ.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ: Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?</p>	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE LA PHRASE ..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉ ..... 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5	
108A	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 109
108B	<p>Dans quelles langues étaient donnés les programmes d'alphabétisation auxquels vous avez participé ?</p> <p>INSISTER : Aucun autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	ARABE/MEDERSA ..... A WOLOF ..... B POULAR ..... C SERER ..... D DIOLA ..... E MANDINGUE ..... F SONINKÉ ..... G AUTRE ..... X (PRÉCISEZ LANGUE)	
109	VÉRIFIEZ 108:  CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ   CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ 		111
110	Lisez-vous un journal, l'internet ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
111	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
112	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
113	Quelle est votre religion?	MUSULMAN ..... 1 CHRÉTIEN ..... 2 ANIMISTE ..... 3 SANS RELIGION ..... 4 AUTRE ..... 5 (PRÉCISEZ)	
114A	Etes-vous sénégalais ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 115
114	Quelle est votre ethnie?	WOLOF ..... 01 POULAR ..... 02 SERER ..... 03 MANDINGUE ..... 04 DIOLA ..... 05 SONINKÉ ..... 06 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
115	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous dormi ailleurs que chez vous pour une ou plusieurs nuits ?	NOMBRE DE FOIS .....  AUCUNE ..... 00	→ 201
116	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur tous les enfants que vous avez eus durant votre vie. Je m'intéresse à tous vos enfants biologiques, même s'ils ne sont pas légalement les vôtres ou s'ils ne portent pas votre nom. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants que vous avez engendrés ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ?  Et combien de filles vivent avec vous ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS À LA MAISON .....  FILLES À LA MAISON .....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
204	Avez-vous des fils ou filles dont vous êtes le père qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
205	Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ?  Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS AILLEURS .....  FILLES AILLEURS .....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
206	Avez-vous eu une fille ou un garçon qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ?  SI NON, INSISTEZ : aucun bébé qui a crié ou montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés ?  Combien de filles sont décédées ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS .....  FILLES DÉCÉDÉES .....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES ENFANTS .....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
209	VÉRIFIEZ 208 :  A EU PLUS D'UN ENFANT <input type="checkbox"/> A EU SEULEMENT UN ENFANT <input type="checkbox"/> N'A EU AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/>		→ 212  → 301								
210	Est-ce que tous les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 212								
211	En tout, avec combien de femmes avez-vous eu des enfants ?	NOMBRE DE FEMMES .....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
212	Quel âge aviez-vous quand est né votre (premier) enfant ?	ÂGE EN ANNÉES .....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
213	VÉRIFIEZ 203 ET 205 :  AU MOINS UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> AUCUN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/>		→ 301								
214	Quel âge a votre (plus jeune) enfant ?	ÂGE EN ANNÉES .....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
215	VÉRIFIEZ 214 :  (PLUS JEUNE) <input type="checkbox"/> ENFANT A 0-2 ANS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 301
216	Quel est le nom de votre (plus jeune) enfant ?  INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT (LE PLUS JEUNE)  <u>(NOM DU (PLUS JEUNE) ENFANT)</u>		
217	Quand la mère de (NOM) était enceinte de (NOM), a-t-elle eu des examens prénatals ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 219
218	Est-ce que vous étiez présent pendant l'un de ces examens prénatals ?	PRÉSENT ..... 1 PAS PRÉSENT ..... 2	
219	Est-ce que (NOM) est né dans un hôpital ou un établissement de santé ?	HÔPITAL/ÉTABLISSEMENT SANTÉ ..... 1 AUTRE ..... 2	
220	Quand un enfant a la diarrhée, quelle quantité de liquides doit-on lui donné à boire : plus que d'habitude, environ la même quantité que d'habitude, moins que d'habitude ou rien à boire du tout ?	PLUS QUE D'HABITUDE ..... 1 MÊME QUANTITÉ ..... 2 MOINS QUE D'HABITUDE ..... 3 RIEN À BOIRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	

**SECTION 3. CONTRACEPTION**

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire des différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quelle MÉTHODE avez-vous déjà entendu parler ?			
01	<b>Stérilisation féminine.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
02	<b>Stérilisation masculine.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
03	<b>DIU.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
04	<b>Injectables.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
05	<b>Implants.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un bâtonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour les empêcher de tomber enceinte, pendant une année ou plus.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
06	<b>Pilule.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
07	<b>Condom.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
08	<b>Condom féminin.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
09	<b>Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)</b>	OUI .....	1	
		NON .....	2	
10	<b>Méthode du collier.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent éviter une grossesse en utilisant un collier/chapelet qui leur permet de repérer les jours où elles ont le plus de chances de tomber enceintes.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
11	<b>Méthode du rythme.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent éviter une grossesse en évitant d'avoir des rapports sexuels les jours du mois où elles ont le plus de chances de tomber enceintes.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
12	<b>Retrait.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
13	<b>Pilule du lendemain.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI .....	1	
		NON .....	2	
14	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI .....	1	
		(PRÉCISEZ)		
		(PRÉCISEZ)		
		NON .....	2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
302	Au cours des derniers mois, avez-vous : Entendu parler de planification familiale à la radio ? Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou un magazine ?	OUI NON RADIO ..... 1 2 TÉLÉVISION ..... 1 2 JOURNAL OU MAGAZINE ..... 1 2	
303	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de planification familiale avec un agent de santé ou un professionnel de la santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
304	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les risques de grossesse. Entre la période des règles et les règles suivantes, y a-t-il certains jours où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes que d'autres quand elles ont des rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	306
305	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES COMMENCENT ..... 1 PENDANT LES RÈGLES ..... 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES ..... 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8	
306	Je vais maintenant vous lire des déclarations sur la contraception. Dites-moi, s'il vous plaît, si vous êtes d'accord ou pas avec chacune de ces déclarations. a) La contraception est l'affaire des femmes à laquelle les hommes ne devraient pas s'intéresser. b) Les femmes qui utilisent la contraception peuvent devenir de moeurs légères.	D'ACCORD PAS ACCORD NSP CONTRACEPTION AFFAIRE DES FEMMES 1 2 8 FEMME PEUT DEVENIR LÉGÈRE 1 2 8	
307	VÉRIFIEZ 301 (07) : CONNAÎT CONDOM MASCULIN OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		311
308	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	311
309	Où est-ce ? Pas d'autre endroit ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. ..... A CENTRE SANTÉ GOUV. ..... B POSTE SANTÉ ..... C CENTRE DE PF GOUV. ..... D MATERNITÉ RURALE ..... E CASE DE SANTÉ ..... F PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... G STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... H AUTRE PUBLIC ..... I (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ ..... J PHARMACIE ..... K MÉDECIN PRIVÉ ..... L DISPENSAIRE RELIG ..... M  AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... N (PRÉCISEZ)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... O ÉGLISE ..... P PARENTS/AMIS ..... Q BAR ..... R  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
310	Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms si vous le souhaitez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
311	VÉRIFIEZ 301 (08) : CONNAÎT CONDOM FÉMININ  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		401
312	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms féminins ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 401
313	Où est-ce ?  Pas d'autre endroit ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT  (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. ..... A CENTRE SANTÉ GOUV. ..... B POSTE SANTÉ ..... C CENTRE DE PF GOUV. ..... D MATERNITÉ RURALE ..... E CASE DE SANTÉ ..... F PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... G STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... H AUTRE PUBLIC ..... I  (PRÉCISEZ)	
		SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ ..... J PHARMACIE ..... K MÉDECIN PRIVÉ ..... L DISPENSAIRE RELIG ..... M  AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... N  (PRÉCISEZ)	
		AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... O ÉGLISE ..... P PARENTS/AMIS ..... Q BAR ..... R  AUTRE ..... X  (PRÉCISEZ)	
314	Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms féminins si vous le souhaitez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

**SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À		
401	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec une femme comme si vous étiez marié ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ ..... 1 OUI, VIT AVEC UNE FEMME ..... 2 NON, PAS EN UNION ..... 3	<input type="checkbox"/> → 404		
402	Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec une femme comme si vous étiez marié ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉ ..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UNE FEMME ..... 2 NON ..... 3	→ 413		
403	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuf, divorcé ou séparé ?	VEUF ..... 1 DIVORCÉ ..... 2 SÉPARÉ ..... 3	<input type="checkbox"/> → 410		
404	Est-ce que votre (épouse/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-elle ailleurs ?	VIT AVEC LUI ..... 1 VIT AILLEURS ..... 2			
405	Avez-vous d'autres épouses ou vivez-vous avec d'autres femmes comme si vous étiez marié ?	OUI (PLUS D'UNE) ..... 1 NON (SEULEMENT UNE) ..... 2	→ 407		
406	En tout, combien avez-vous d'épouses ou de femmes avec qui vous vivez comme si vous étiez marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
407	<p>VÉRIFIEZ 405 :</p> <p>UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>Pouvez-vous me donner le nom de (votre épouse/femme avec qui vous vivez comme si vous étiez marié) ?</p> <p>PLUS D'UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>Pouvez-vous me donner le nom de chacune de vos épouses ou de chacune des femmes avec qui vous vivez comme si vous étiez marié ?</p> <p>ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE POUR CHACUNE DES ÉPOUSES ET FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME S'IL ÉTAIT MARIÉ.</p> <p>SI UNE FEMME N'EST PAS LISTÉE DANS LE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.</p> <p>POSEZ 408 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<p>NOM</p> <hr/> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>N° DE LIGNE</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>ÂGE</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>408</p> <p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p>
409	<p>VÉRIFIEZ 407 :</p> <p>UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS D'UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p>				→ 411A
410	Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme seulement une fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS ..... 1 PLUS D'UNE FOIS ..... 2			→ 411A

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
411	En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (épouse/partenaire) ?	MOIS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>
411A	Je voudrais maintenant vous poser une question sur votre première (épouse/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec elle ?	NE SAIT PAS MOIS .....	98
		ANNÉE .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → 413
412	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec elle pour la première fois ?	ÂGE .....	<input type="text"/> <input type="text"/>
413	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES.  AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
414	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie.  Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS .....	00 → 501
		ÂGE EN ANNÉES .....	<input type="text"/> <input type="text"/>
		1 <sup>ere</sup> FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIÈRE) FEMME/PARTENAIRE .....	95
415	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.		
416	Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la <u>dernière</u> fois ?  S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A .... JOURS .....	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		IL Y A .... SEMAINES ...	2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		IL Y A .... MOIS .....	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		IL Y A .... ANNÉES .....	4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			→ 430

		DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE	AVANT-DERNIÈRE PART. SEXUELLE	AVANT-AVANT DERNIÈRE PART.SEXUELLE
417	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A.... JOURS 1 IL Y A.... SEMAINES 2 IL Y A.... MOIS 3	IL Y A.... JOURS 1 IL Y A.... SEMAINES 2 IL Y A.... MOIS 3
418	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne, un condom a-t-il été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 420) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 420) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 420) ←
419	Un condom a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
420	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETITE AMIE : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?  SI OUI, ENCERCLEZ '2'. SI NON, ENCERCLEZ '3'.  (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 423) ←	ÉPOUSE ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ ... 2 PETITE AMIE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ .... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉ ..... 5 AUTRE _____ 6	ÉPOUSE ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ ... 2 PETITE AMIE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ .... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉ ..... 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 423) ←	ÉPOUSE ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ ... 2 PETITE AMIE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ .... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉ ..... 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 423) ←
421	VÉRIFIEZ 410 :	MARIÉ UNE SEULE FOIS FOIS (PASSEZ À 423)	MARIÉ UNE SEULE FOIS FOIS (PASSEZ À 423)	MARIÉ UNE SEULE FOIS FOIS (PASSEZ À 423)
422	VÉRIFIEZ 414 :	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND IL A COMMENCÉ À VIVRE                    AUTRE AVEC 1 <sup>re</sup> FEMME (PASSEZ À 424)	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND IL A COMMENCÉ À VIVRE                    AUTRE AVEC 1 <sup>re</sup> FEMME (PASSEZ À 424)	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND IL A COMMENCÉ À VIVRE                    AUTRE AVEC 1 <sup>re</sup> FEMME (PASSEZ À 424)
423	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?	IL Y A... JOURS 1 IL Y A... SEMAINE 2 IL Y A... MOIS 3 IL Y A... ANNÉES 4	IL Y A... JOURS 1 IL Y A... SEMAINE 2 IL Y A... MOIS 3 IL Y A... ANNÉES 4	IL Y A... JOURS 1 IL Y A... SEMAINE 2 IL Y A... MOIS 3 IL Y A... ANNÉES 4
424	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ?	NOMBRE DE FOIS	NOMBRE DE FOIS	NOMBRE DE FOIS
425	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DE LA PERSONNE	ÂGE DE LA PERSONNE	ÂGE DE LA PERSONNE
		NE SAIT PAS ..... 98	NE SAIT PAS ..... 98	NE SAIT PAS ..... 98

		DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE	AVANT-DERNIÈRE PART. SEXUELLE	AVANT-AVANT DERNIÈRE PART.SEXUELLE		
426	À part (cette personne/ces 2 personnes), avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 417 ← À COL. SUIVANTE) NON..... 2 (PASSEZ À 428)←	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 417 ← À COL.SUIVANTE) NON..... 2 (PASSEZ À 428)←			
427	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?  SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ... <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 98		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
428	VÉRIFIEZ 420 (TOUTES LES COLONNES) :  AU MOINS UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/> EST UNE PROSTITUÉE ↓      AUCUNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/> N'EST UNE PROSTITUÉE		→ 430
429	VÉRIFIEZ 420 ET 418 (TOUTES LES COLONNES) :  CONDOM UTILISÉ AVEC <input type="checkbox"/> CHAQUE PROSTITUÉE  AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 433 → 434
430	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 432
431	Avez-vous déjà payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 434
432	La dernière fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels, un condom a-t-il été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 434
433	Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un condom a été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec quelqu'un que vous aviez payé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
434	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?  SI LA RÉPONSE EST NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRES SUR LA DURÉE DE VIE ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS ..... 98	
435	VÉRIFIEZ 418, PARTENAIRE LA PLUS RÉCENTE (PREMIÈRE COLONNE) :  CONDOM UTILISÉ <input type="checkbox"/> PAS POSÉE <input type="checkbox"/>  ↓      PAS DE CONDOM UTILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 438 → 438
436	Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.	PROTEC ..... 01 FAGAROU ..... 02 VISA ..... 03 MANIX ..... 04 PRESA ..... 05 KAMA SUTRA ..... 06 PROTEX ..... 07 INNOTEK ..... 08 CASANOVA ..... 09 INTIMY ..... 10 CONTEX ..... 11 STAR ..... 12 TROJAM ..... 13 AUTRTE ..... 96 (PRÉCISEZ) NSP ..... 98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																																								
437	<p>Où vous êtes-vous procuré le condom la dernière fois ?</p> <p><b>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</b></p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <table> <tr><td>HÔPITAL GOUV.</td><td>11</td></tr> <tr><td>CENTRE SANTÉ GOUV.</td><td>12</td></tr> <tr><td>POSTE SANTÉ</td><td>13</td></tr> <tr><td>CENTRE DE PF GOUV.</td><td>14</td></tr> <tr><td>MATERNITÉ RURALE</td><td>15</td></tr> <tr><td>CASE DE SANTÉ</td><td>16</td></tr> <tr><td>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE</td><td>17</td></tr> <tr><td>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE</td><td>18</td></tr> <tr><td>AUTRE PUBLIC</td><td>19</td></tr> </table> <hr/> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <table> <tr><td>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</td><td></td></tr> <tr><td>PRIVÉ</td><td>21</td></tr> <tr><td>PHARMACIE</td><td>22</td></tr> <tr><td>MÉDECIN PRIVÉ</td><td>23</td></tr> <tr><td>DISPENSAIRE RELIG</td><td>24</td></tr> <tr><td>AUTRE MEDICAL PRIVÉ</td><td>26</td></tr> </table> <hr/> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <table> <tr><td>BOUTIQUE</td><td>31</td></tr> <tr><td>ÉGLISE</td><td>32</td></tr> <tr><td>PARENTS/AMIS</td><td>33</td></tr> <tr><td>BAR</td><td>34</td></tr> <tr><td>AUTRE</td><td>96</td></tr> </table> <hr/> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	HÔPITAL GOUV.	11	CENTRE SANTÉ GOUV.	12	POSTE SANTÉ	13	CENTRE DE PF GOUV.	14	MATERNITÉ RURALE	15	CASE DE SANTÉ	16	PHARMACIE COMMUNAUTAIRE	17	STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE	18	AUTRE PUBLIC	19	HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET		PRIVÉ	21	PHARMACIE	22	MÉDECIN PRIVÉ	23	DISPENSAIRE RELIG	24	AUTRE MEDICAL PRIVÉ	26	BOUTIQUE	31	ÉGLISE	32	PARENTS/AMIS	33	BAR	34	AUTRE	96	
HÔPITAL GOUV.	11																																										
CENTRE SANTÉ GOUV.	12																																										
POSTE SANTÉ	13																																										
CENTRE DE PF GOUV.	14																																										
MATERNITÉ RURALE	15																																										
CASE DE SANTÉ	16																																										
PHARMACIE COMMUNAUTAIRE	17																																										
STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE	18																																										
AUTRE PUBLIC	19																																										
HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET																																											
PRIVÉ	21																																										
PHARMACIE	22																																										
MÉDECIN PRIVÉ	23																																										
DISPENSAIRE RELIG	24																																										
AUTRE MEDICAL PRIVÉ	26																																										
BOUTIQUE	31																																										
ÉGLISE	32																																										
PARENTS/AMIS	33																																										
BAR	34																																										
AUTRE	96																																										
438	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avez utilisé une méthode (autre que le condom) pour éviter une grossesse ?</p>	<table> <tr><td>OUI</td><td>1</td></tr> <tr><td>NON</td><td>2</td></tr> <tr><td>NE SAIT PAS</td><td>8</td></tr> </table>	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8	<input type="checkbox"/> → 501																																		
OUI	1																																										
NON	2																																										
NE SAIT PAS	8																																										
439	<p>Quelle méthode vous, ou votre partenaire, avez utilisé ?</p> <p><b>INSISTEZ :</b> Est-ce que vous, ou votre partenaire, avez utilisé une autre méthode pour prévenir une grossesse ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<table> <tr><td>STÉRILISATION FÉMININE</td><td>A</td></tr> <tr><td>STÉRILISATION MASCHLINE</td><td>B</td></tr> <tr><td>DIU</td><td>C</td></tr> <tr><td>INJECTABLES</td><td>D</td></tr> <tr><td>IMPLANTS</td><td>E</td></tr> <tr><td>PILULE</td><td>F</td></tr> <tr><td>CONDOM FÉMININ</td><td>G</td></tr> <tr><td>DIAPHRAGME</td><td>H</td></tr> <tr><td>MOUSSE/GELÉE</td><td>I</td></tr> <tr><td>MAMA</td><td>J</td></tr> <tr><td>MÉTHODE DU RYTHME</td><td>K</td></tr> <tr><td>RETRAIT</td><td>L</td></tr> <tr><td>AUTRE MÉTHODE MODERNE</td><td>X</td></tr> <tr><td>AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE</td><td>Y</td></tr> </table>	STÉRILISATION FÉMININE	A	STÉRILISATION MASCHLINE	B	DIU	C	INJECTABLES	D	IMPLANTS	E	PILULE	F	CONDOM FÉMININ	G	DIAPHRAGME	H	MOUSSE/GELÉE	I	MAMA	J	MÉTHODE DU RYTHME	K	RETRAIT	L	AUTRE MÉTHODE MODERNE	X	AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE	Y													
STÉRILISATION FÉMININE	A																																										
STÉRILISATION MASCHLINE	B																																										
DIU	C																																										
INJECTABLES	D																																										
IMPLANTS	E																																										
PILULE	F																																										
CONDOM FÉMININ	G																																										
DIAPHRAGME	H																																										
MOUSSE/GELÉE	I																																										
MAMA	J																																										
MÉTHODE DU RYTHME	K																																										
RETRAIT	L																																										
AUTRE MÉTHODE MODERNE	X																																										
AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE	Y																																										

SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À									
501	VÉRIFIEZ 401 : ACTUELLEMENT MARIÉ OU VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/> ↓	NON MARIÉ ACTUELLEMENT ET NE VIVANT <input type="checkbox"/> PAS AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/>	→ 509									
502	VÉRIFIEZ 439 : HOMME NON STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> ↓	HOMME STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>	→ 509									
503	Est-ce que (votre épouse/partenaire)/(certaines de vos (épouses/partenaires)) sont actuellement enceintes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 505									
504	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après (l'enfant/les enfants) que vous et (votre (épouse/partenaire)/vos (épouses/partenaires) attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 506 → 509									
505	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE /AUCUN ..... 2 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 3 ÉPOUSE(S)/PARTENAIRE(S) STÉRILISÉE(S) ..... 4 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 509									
506	VÉRIFIEZ 407 : UNE FEMME/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/> ↓	PLUS D'UNE FEMME/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/>	→ 508									
507	VÉRIFIEZ 503 : FEMME/PARTENAIRE NON ENCEINTE OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> ↓ Combien de temps voudriez- vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/d'un autre) enfant ?	FEMME/PARTENAIRE ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant d'avoir un autre enfant ?	MOIS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉE ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 COUPLE INFÉCOND ..... 994 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998									→ 509
508	Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant d'avoir (un/un autre) enfant ?	MOIS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉE ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 LUI/TOUTES SES FEMMES/ PARTENAIRE SONT INFÉCOND S ..... 994 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998										

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
509	<p>VÉRIFIEZ 203 ET 205 :</p> <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE</p>	<p>AUCUN ..... 00</p> <p>NOMBRE ..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;" type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 601</p>
510	<p>Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?</p>	<p>NOMBRE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;" type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	

**SECTION 6. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
601	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des sept derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 604
602	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour congé, maladie, vacances, ou pour une autre raison ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 604
603	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 610
604	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____	_____
605	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE ..... 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE ... 2 DE TEMPS EN TEMPS ..... 3	
606	Êtes-vous payé en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payé du tout ?	ARGENT SEULEMENT ..... 1 ARGENT ET NATURE ..... 2 NATURE SEULEMENT ..... 3 PAS PAYÉ ..... 4	
607	VÉRIFIEZ 401 :  ACTUELLEMENT MARIÉ OU VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/> ↓	NON MARIÉ ACTUELLEMENT ET NE VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ PAS AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/>	→ 612
608	VÉRIFIEZ 606 :  CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 610
609	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (épouse/partenaire), ou vous et votre (épouse/partenaire) ensemble ?	ENQUÊTÉ ..... 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3 AUTRE ..... 6 PRÉCISEZ	
610	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous-même, votre (épouse/partenaire), vous et votre (épouse/partenaire) ensemble ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉ ..... 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6 PRÉCISEZ	
611	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉ ..... 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6 PRÉCISEZ	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
612	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seul ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEUL ..... 1 CONJOINTEMENT ..... 2 SEUL ET CONJOINTEMENT ..... 3 N'EN POSSÈDE PAS ..... 4	
613	Est-ce que vous possédez de la terre, seul ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEUL ..... 1 CONJOINTEMENT ..... 2 SEUL ET CONJOINTEMENT ..... 3 N'EN POSSÈDE PAS ..... 4	
614	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :  Si elle sort sans le lui dire ? Si elle néglige les enfants ? Si elle argumente avec lui ? Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? Si elle brûle la nourriture ?	OUI    NON    NSP  SORT SANS LUI DIRE .. 1    2    8 NÉGLIGE ENFANTS .. 1    2    8 ARGUMENTE ..... 1    2    8 REFUSES RAPP. SEX 1    2    8 BRÛLE NOURRITURE .. 1    2    8	

SECTION 7. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
701	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 723
702	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
703	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
704	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
705	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
706	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
707	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
708	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant :  Pendant la grossesse ? Au cours de l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	OUI      NON      NSP  GROSSESSE ..... 1      2      8 ACCOUCHEMENT ... 1      2      8 ALLAITEMENT .... 1      2      8	
709	VÉRIFIEZ 708 :  AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 711
710	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
711	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRE PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.		
712	Avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 716
713	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A ..... MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 96	
714	Avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
715	<p>Où le test a-t-il été fait ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. .... 11</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... 12</p> <p>POSTE SANTÉ .... 13</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. .... 14</p> <p>MATERNITÉ RURALE .... 15</p> <p>CASE DE SANTÉ .... 16</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE .. 17</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE 17</p> <p>18</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <hr/> <p>19</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ ..... 21</p> <p>PHARMACIE ..... 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 23</p> <p>DISPENSAIRE RELIG ..... 24</p> <p>25</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ</p> <hr/> <p>26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... 31</p> <p>ÉGLISE ..... 32</p> <p>PARENTS/AMIS ..... 33</p> <p>BAR ..... 34</p> <p>AUTRE</p> <hr/> <p>96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	→ 718
716	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour faire un test du virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 718
717	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. .... A</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... B</p> <p>POSTE SANTÉ .... C</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. .... D</p> <p>MATERNITÉ RURALE .... E</p> <p>CASE DE SANTÉ .... F</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE .. G</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE H</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ ..... J</p> <p>PHARMACIE ..... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... L</p> <p>DISPENSAIRE RELIG ..... M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ</p> <hr/> <p>N</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... O</p> <p>ÉGLISE ..... P</p> <p>PARENTS/AMIS ..... Q</p> <p>BAR ..... R</p> <p>AUTRE</p> <hr/> <p>X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
718	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
719	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8	
720	Si un membre de votre famille tombait malade avec le sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8	
721	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école ?	DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE ..... 1 NE DEVRAIT PAS ÊTRE AUTORISÉE ..... 2 NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8	
722	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation de condoms pour éviter de contracter le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8	
723	VÉRIFIEZ 701 :  A ENTENDU PARLER DU SIDA <input type="checkbox"/> Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?  N'A PAS ENTENDU PARLER DU SIDA <input type="checkbox"/> Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
724	VÉRIFIEZ 414 :  A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 732
725	VÉRIFIEZ 723 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 727
726	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
727	Il arrive parfois que les hommes aient un écoulement du pénis qui n'est pas normal. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement du pénis ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
728	Il arrive parfois que les hommes aient une plaie ou un ulcère dans la zone du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère dans la zone du pénis ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
729	VÉRIFIEZ 726, 727, ET 728 :  A EU UNE INFECTIO(N) <input type="checkbox"/> (AU MOINS UN 'OUI')      N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>		→ 732
730	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 726/727/728), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 732

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
731	<p>Où êtes-vous allé ?</p> <p>Un autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. .... A CENTRE SANTÉ GOUV. .... B POSTE SANTÉ .... C CENTRE DE PF GOUV. .... D MATERNITÉ RURALE .... E CASE DE SANTÉ .... F PHARMACIE COMMUNAUTAIRE .. G STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE H AUTRE PUBLIC I</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ ..... J PHARMACIE ..... K MÉDECIN PRIVÉ ..... L DISPENSAIRE RELIG ..... M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ N</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... O ÉGLISE ..... P PARENTS/AMIS ..... Q BAR ..... R</p> <p>AUTRE X</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
732	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent des condoms quand ils ont des rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
733	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

SECTION 8. EXCISION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
801	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 803
802	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN INTERVIEW
803	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS DE RELIGION ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	
804	Pensez-vous que la pratique de l'excision doit continuer ou qu'elle doit être abandonnée ?	CONTINUER ..... 1 ABANDONNER ..... 2 CELA DÉPEND ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉ:

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

OBSERVATION DU CONTRÔLEUR

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU CONTRÔLEUR : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_



## ETUDE DE L'ACCESSIBILITE DES POPULATIONS AUX SOINS HOSPITALIERS AU SENEGAL



Abdou Karim GUEYE

**Abdoul Karim GUEYE  
Pape Salif SECK  
Octobre 2009**



## SOMMAIRE

<b>I.</b>	<b>CONTEXTE ET OBJECTIFS DE LA MISSION .....</b>	
1.1	Contexte général.....	
1.2	Contexte spécifique .....	
1.3	Objectifs de l'étude .....	4
<b>II.</b>	<b>METHODOLOGIE .....</b>	5
2.1	Revue documentaire .....	5
2.2	Elaboration des outils.....	5
2.3	collecte des informations .....	5
2.4	Production du rapport provisoire .....	5
<b>III.</b>	<b>LE PROFIL SANITAIRE DU SENEGAL .....</b>	6
3.1	La situation épidémiologique .....	6
3.2	Les maladies transmissibles .....	6
3.3	Les maladies non transmissibles .....	7
<b>IV.</b>	<b>LA STRATEGIE DES POUVOIRS PUBLICS EN MATIERE HOSPITALIERE .....</b>	8
4.1	Arrière-plan .....	8
4.2	La politique de santé .....	8
4.3	Le système de santé .....	9
4.4	Les programmes nationaux .....	9
4.5	La politique nationale hospitalière .....	10
<b>V.</b>	<b>LA PROBLEMATIQUE DES RESSOURCES HUMAINES .....</b>	12
5.1	Constats d'ordre général.....	12
5.2	Systèmes et procédures .....	12
<b>VI.</b>	<b>LES RESSOURCES FINANCIERES ET MATERIELLES.....</b>	15
6.1	Les ressources financières .....	15
6.2	Les ressources matérielles .....	16
<b>VII.</b>	<b>DISPOSITIF INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL.....</b>	18
7.1	Dispositions légales .....	18
7.2	Organisation des EPS.....	18
<b>VIII.</b>	<b>ANALYSE DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS.....</b>	20
8.1	Définition des concepts .....	20
8.2	L'accessibilité géographique .....	20
8.3	L'accessibilité financière .....	21
8.4	L'accessibilité socioculturelle .....	22
8.5	La prise en compte des cas sociaux .....	23
8.5.1	Les indigents .....	23
8.5.2	Le plan sésame .....	23
<b>IX.</b>	<b>PROPOSITIONS POUR L'AMELIORATION DE L'ACCESSIBILITE DES POPULATIONS AUX SOINS HOSPITALIERS AU SENEGAL .....</b>	25
9.1	La mutation de certains centres de référence en hôpitaux de niveau 1 .....	25
9.2	La création de CHU régionaux.....	25
9.3	La rationalisation du recrutement du personnel .....	25
9.4	L'introduction de la télémédecine .....	26
9.5	La réhabilitation de l'hôpital « le Dantec » .....	26
9.6	Le respect de la pyramide sanitaire .....	26
9.7	Le règlement des questions financières avec l'Etat et des collectivités locales .....	26
9.8	Meilleure prise en compte des groupes vulnérables .....	26
9.9	Le développement du partenariat Public Privé .....	26
9.10	Le développement du partenariat avec les tradi-praticiens .....	27
9.11	Le règlement de la question de la direction des hôpitaux .....	27
<b>X.</b>	<b>CONCLUSIONS .....</b>	28



## SIGLES ET ABREVIATIONS

ACP	Afrique Caraïbes Pacifique
ANE	Acteurs Non Etatiques
ASBEF	Association Sénégalaise pour le Bien Etre Familial
CA	Conseil d'Administration
CE	Communauté Européenne
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSP	Direction de la Prévision et de la Statistique
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPS	Etablissement Public de Santé
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
FAR	Femme en Age de Reproduction
FNR	Fonds National de Retraite
GTS	Groupe Thématique santé
HOGGY	Hôpital Général de Grand Yoff
IEC	Information Education Communication
IPRES	Institution de Prévoyance et de Retraite du Sénégal
IRM	Image à Résonnance Magnétique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PDIS	Programme de Développement Intégré du secteur de la Santé
PMA	Pays Moins Avancés
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
RAES	Réseau Africain de l'Education pour la Santé
SFE	Sage femme d'Etat
SNIS	Service national pour l'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux Néonatals d'Urgence
SSP	Soins de Santé Primaire
UE	Union Européenne

### Avertissement

La présente étude constitue pour le Groupe Thématique Santé, l'amorce d'une réflexion sur les questions de santé publique au Sénégal. L'étude porte de manière spécifique sur la problématique de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers. Il s'agit d'un domaine vaste et complexe que nous n'avons pas ici la prétention de couvrir de façon exhaustive.

Nous avons recueilli et analysé les avis et perceptions de professionnels du secteur de la santé, de membres d'ONG et d'associations, syndicats et usagers de structures hospitalières. Nous nous sommes également appuyés sur des études et divers documents relatifs à la question pour aboutir à des propositions d'amélioration de l'offre de soins. Le présent rapport constitue un document de travail pour le Groupe Thématique Santé



## I. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE LA MISSION

### 1.1 Contexte général

Au Sénégal, malgré d'importants progrès réalisés au cours des dernières décennies, la santé des populations est encore précaire. Selon le rapport de l'OMS de 2000, l'espérance de vie à la naissance a connu une augmentation entre 1988 et 1998, passant de 47 ans à 51 ans pour les hommes et de 49 ans à 53 ans pour les femmes. La mortalité infantile a également baissé au cours de cette période de 86 pour mille à 64 pour mille. Toutefois, malgré les efforts déployés, les taux de morbidité et de mortalité sont restés élevés du fait des maladies infectieuses et parasitaires et surtout de l'état de pauvreté des populations.

Dans les années 1990, l'analyse de la situation sanitaire des populations a mis en lumière : i) une tendance à la hausse de la mortalité juvénile surtout en milieu rural du fait de la diarrhée, des maladies respiratoires, du paludisme et de la faible couverture vaccinale ; ii) une mortalité maternelle encore élevée surtout dans les régions périphériques (Kolda, Tamba) avec comme causes, entre autres, les hémorragies, les infections, la faiblesse du suivi pré et postnatal. Il ressort aussi de l'analyse que les problèmes de santé sont rendus encore plus complexes par la sexualité précoce des adolescents, les IST/SIDA et la progression de la pauvreté.

En réponse à ces préoccupations, l'Etat a conçu pour la période de 1998 à 2007 un Plan National de Développement Sanitaire avec comme objectifs prioritaires la réduction de la mortalité infanto-juvénile et maternelle, la baisse de l'indice de fécondité et la réduction de l'invalidité et des problèmes sociaux. Pour garantir l'efficacité des activités du PNDS, des orientations stratégiques ont été définies.

Dans le prolongement de cette approche programme, le Ministère de la Santé a élaboré, selon un processus de planification remontante, un Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé et de l'Action Sociale d'Investissement Sectoriel (PDIS) pour la période 1998-2002. Il s'agissait en fait, d'une synthèse des plans de développement des régions et des districts.

Face aux difficultés rencontrées par les structures hospitalières de divers niveaux et dans le cadre de l'opérationnalisation des orientations stratégiques du PNDS, l'Etat entreprend en 1998 la réforme hospitalière. Afin de promouvoir l'accès aux soins de qualité pour tout citoyen et d'améliorer l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé, deux lois complémentaires sont votées en Février 1998, l'une est intitulée « loi portant réforme hospitalière » et l'autre « loi relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement».

En dépit de tous les efforts déployés par l'Etat et ses partenaires au développement au cours de la dernière décennie, les populations rurales et urbaines au Sénégal ont encore des difficultés à accéder aux soins de qualité dans les hôpitaux. La quasi totalité des structures hospitalières est caractérisée par une insuffisance des équipements, des consommables, des médicaments, un déficit en personnel, des difficultés d'intégration réelle des bénéficiaires des prestations et de leurs comités dans l'organisation et la gestion des établissements, etc.



## 1.2 Contexte spécifique

La présente mission s'inscrit dans le cadre des efforts consentis par les pays ACP et l'UE pour la promotion d'un développement inclusif ; en d'autres termes la mise en œuvre de processus qui assure une participation pleine et entière des acteurs de la société civile. Cet engagement est matérialisé à travers l'Accord de Cotonou signé en 2000 pour une période de vingt ans. Il s'agit d'un traité qui « définit la manière dont la Communauté européenne (CE) et les pays ACP souhaitent coopérer en matière d'aide, de commerce et de coopération politique afin de lutter contre la pauvreté, de promouvoir la démocratie, de stimuler la croissance économique ou d'encourager le développement durable ».

S'inscrivant dans une tendance mondiale, l'Accord de Cotonou reconnaît l'importance qu'il convient d'accorder à la participation des acteurs de la société civile dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et programmes de développement des Etats. Toutefois, il revient à chaque pays de définir le mode de participation des Acteurs Non Etatiques.

Au Sénégal, un dispositif a été mis en place au centre duquel on retrouve la plateforme des ANE pour le suivi de l'Accord de Cotonou. Ce dispositif comprend : i) les acteurs étatiques, y compris les acteurs au niveau local, national et régional ; ii) et les acteurs non étatiques, c'est-à-dire : le secteur privé, les partenaires économiques et sociaux, y compris les organisations syndicales, et la société civile sous toutes ses formes.

Pour organiser ses contributions, la plateforme a mis en place des groupes thématiques pour mieux aider à canaliser ses réflexions. C'est dans cette optique que le Groupe Thématique Santé s'engage dans la présente étude qui consiste à réfléchir et apporter une contribution à la question cruciale parce que récurrente de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers.

Il s'agit pour le GTS de conduire une étude de type qualitatif centrée sur une analyse succincte de la problématique de l'accessibilité, des points forts et des points faibles du dispositif institutionnel et organisationnel et d'aboutir à des propositions pertinentes visant à améliorer la qualité des soins et le fonctionnement des structures hospitalières.

## 1.3 Objectifs de l'étude

### Objectifs généraux

De manière générale, l'étude vise à analyser l'accessibilité des populations aux formations hospitalières. En d'autres termes, il s'agira de se donner les moyens de documenter, comprendre et restituer à travers des études de cas la réalité actuelle de l'accessibilité des populations aux soins de qualité dans les hôpitaux.

### Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de l'étude visent une démarche analytique articulée autour des aspects relatifs : à la problématique des ressources humaines matérielles et financières ; à l'organisation du dispositif institutionnel ; à l'accessibilité en termes géographique et de coût des prestations ; et enfin, à la prise en compte des aspects sociaux.

## II. METHODOLOGIE

La méthodologie de l'étude est de type qualitatif. Elle concerne essentiellement la recherche documentaire et la collecte de données auprès des différents acteurs impliqués.

### 2.1 Revue documentaire

Divers documents ont été passés en revue dont ceux relatifs à l'Accord de Cotonou, à la PF ANE, à la politique de santé au Sénégal, aux projets d'établissements. Cette première phase a été renforcée par des entretiens des membres du GTS. La revue documentaire s'est ensuite prolongée tout au long de l'étude.



### 2.2 Elaboration des outils

Des guides d'entretiens ont été élaborés pour servir à la collecte d'informations auprès des acteurs tels que les responsables au niveau du Ministère de la Santé, les Directeurs d'hôpitaux, l'Agence Nationale des statistiques, les syndicats, les assistants sociaux, les associations et ONG.

### 2.3 Collecte des informations

L'étude s'est déroulée dans les régions de Dakar et Kaolack où nous avons rencontré des acteurs non étatiques et visité les quatre structures hospitalières que sont le CHU de Fann, l'Hôpital Général de Grand Yoff, l'Hôpital Ibrahima Niass de Kaolack et l'Hôpital Abass Ndaw.

### 2.4 Production du rapport provisoire

Le présent rapport provisoire comportant les résultats complets des travaux d'enquête et d'analyses est soumis à l'appréciation du GTS pour observations.



### III. LE PROFIL SANITAIRE DU SENEGAL

#### 3.1 La situation épidémiologique

Le profil du Sénégal est encore celui d'un pays où beaucoup reste à faire pour une prise en charge correcte de la santé des populations. Selon l'OMS, le pays est classé 151 mondial sur 191 pour ce qui concerne la santé de sa population.

Bien que l'on constate des améliorations en ce qui concerne l'espérance de vie, les taux de mortalité et de morbidité restent élevés avec comme causes privilégiées les maladies infectieuses et parasitaires endémiques ; les maladies non transmissibles deviennent également de plus en plus importantes.

On remarque une tendance à la hausse de la mortalité juvénile qui passe de 77 pour mille en 1997 à 84 pour mille en 1999. Cette hausse est encore plus sensible en milieu rural avec un taux de 171 pour mille avec comme principales causes les diarrhées, les maladies respiratoires, le paludisme ; il s'y ajoute la malnutrition et une faible couverture vaccinale. En effet, seuls 42 pour cent des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu tous les vaccins en 2000 et 34 pour cent avant leur premier anniversaire.

La mortalité maternelle, elle aussi est très importante 510 pour 100 000 naissances vivantes au niveau national ; 450 en milieu urbain contre 950 en zone rurale pouvant aller jusqu'à 1000 dans des zones démunies comme Kolda. Comme causes directes on relève par ordre d'importance les hémorragies, les infections et l'hypertension. Les causes indirectes sont surtout le fait du contexte de pauvreté, la faiblesse du suivi pré et post natal et des conditions d'accouchement. 14 pour cent des femmes enceintes n'ont aucun recours au suivi médical et près de 51 pour cent accouchent à domicile.

S'y ajoutent les violences domestiques et sexuelles, une procréation précoce, un faible recours à la planification médicale et la pratique de l'excision.

#### 3.2 Les maladies transmissibles

Au Sénégal, les principales maladies relevées sont le VIH Sida, le Paludisme, la Tuberculose, la Schistosomiase et l'Onchocercose. La plupart de ces maladies font l'objet d'une attention particulière à travers des programmes nationaux.

##### Le VIH/SIDA

Le premier cas observé au Sénégal remonte à 1986 avec un mode de transmission principalement lié aux relations hétérosexuelles. On note la présence des virus VIH1 et VIH2. L'organisation et la mise en œuvre de la riposte a permis au Sénégal d'obtenir des résultats très encourageants (0,7% EDS IV 2005). Toutefois la migration et la prostitution demeurent des foyers à risque ; pour exemple 15 à 30 pour cent de taux de prévalence dans ces populations.

##### Le paludisme

Cette maladie sévit de manière assez sévère au Sénégal avec 600 000 cas relevés dans les structures sanitaires ou l'on dénote également 5000 décès. Autre signe de l'importance de ce phénomène, il représente 35 % des consultations (SNIS, 2003). Le paludisme constitue un poids socio-économique en ce qu'il limite la productivité et contribue à l'aggravation de la pauvreté du fait des absences qu'il entraîne.

##### La tuberculose

8934 cas ont été notifiés en 2000 dont 5823 nouveaux cas contagieux ; le taux de détection de cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif s'élève à 60 ,6 pour 100 000. Les facteurs d'expansion de la maladie relèvent successivement de l'épidémie du VIH SIDA, de la pression démographique et de la paupérisation galopante des populations.



La revue du programme en 2001 a abouti à un faible taux de guérison qui se situe à 60,2 pour cent avec un taux d'abandon qui s'élève à 29 pour cent.

### La schistosomiase

Les différentes études qui ont été menées sur cette maladie ont indiqué que la bilharziose urinaire existe partout au Sénégal avec de fortes prévalences à Dagana, 83 pour cent et à Goudiry 76 pour cent.

Quant à la bilharziose intestinale qui sévissait de manière isolée et disséminée, elle a connu une réelle explosion avec l'avènement des barrages en 1988. Elle évolue depuis sous forme endémique dans le delta du fleuve Sénégal avec une prévalence variant entre 44 et 81 pour cent, selon l'enquête du Projet Espoir en 1998.

### L'onchocercose

Cette maladie est en net recul dans les districts où elle sévit. Des études réalisées ont montré que le risque de cécité relevant de cette maladie est désormais quasiment nul. Toutefois, l'onchocercose n'est pas encore éradiquée et une résurgence de la maladie est encore possible si les efforts actuels ne sont pas poursuivis.

### **3.3 Les maladies non transmissibles**

Il est aujourd'hui reconnu, même si les informations demeurent encore parcellaires, que des maladies comme le diabète, le cancer et les maladies mentales touchent une frange de plus en plus importante de la population du Sénégal. Toutefois, leur ampleur reste encore mal connue et il n'y a encore pas d'études et de stratégies qui leur soient encore consacrées.



## IV. LA STRATEGIE DES POUVOIRS PUBLICS EN MATIERE HOSPITALIERE

### 4.1 Arrière-plan

La prise en charge de la santé des populations est un devoir d'Etat. Au Sénégal, le droit à la santé est reconnu à travers l'article 8 de la Constitution. L'article 17 du texte fondamental précise également que « l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille et en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et en particulier à celles vivant en milieu rural, notamment aux femmes le droit à l'allégement de leurs conditions de vie et l'accès à la santé et au bien-être ». Par ailleurs, l'Etat a adhéré à des instruments juridiques à caractère universel dont la déclaration Universelle des droits de l'Homme, la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant, la charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant.

La volonté de l'Etat s'est affirmée dès les premières années de l'indépendance du pays à travers la formation de médecins de haut niveau et l'établissement de liens entre l'université et certaines structures hospitalières. C'est le cas, par exemple, du CHU de Fann en juin 1965.

Dans les années 1970, l'Etat du Sénégal affirme son option pour un renforcement du système de santé à travers la loi N° 72-02 relative à la décentralisation et l'adhésion en 1978 à la déclaration d'Alma Ata pour l'accès de tous les peuples du monde à un niveau de santé acceptable. A cette occasion la santé a été définie comme suit : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social ; ce n'est pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité. La santé est un droit fondamental de l'être humain. L'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.* ».

1989 marque un tournant avec la Déclaration de Politique de Santé et d'Action Sociale du Gouvernement qui vise à :

- Améliorer la couverture sanitaire particulièrement en zone rurale et sub-urbaine ;
- Améliorer la santé de la mère et de l'enfant ;
- Développer des actions préventives et éducatives ;
- Rationaliser les activités curatives ;
- Rationaliser et développer les ressources humaines, matérielles et financières ;
- Maîtriser les variables démographiques

La Déclaration de 1989 s'inscrit dans le prolongement d'un certain nombre de dispositions d'ordre organisationnel telles que :

- la création depuis 1983 du Conseil National de Santé présidé par le Chef de l'État ;
- l'existence d'un conseil interministériel pour les prises de décisions ;
- la création d'une commission intersectorielle sur les SSP.

Il s'agissait en fait d'opérationnaliser les engagements pris par les Etats à travers la déclaration d'Alma Ata et de jeter les bases d'un processus de réflexions et d'actions dont le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) pour la période 1998-2007 sera l'un des aboutissements majeurs. Plusieurs réformes tirent leur origine du PNDS dont celles qui réorganisent les hôpitaux, les médicaments et les pharmacies. Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) constitue, également, un instrument de mise en œuvre des priorités du P.N.D.S dans la période 1998-2002.

### 4.2 La politique de santé

La politique de l'Etat est encore basée sur les soins de santé primaire. Elle s'appuie, entre autres, sur la volonté déclarée des Etats à Alma Ata de corriger les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire



des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays. Elle prend également en compte les engagements pris à travers les OMD et s'articule autour des axes suivants :

- 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 de la multi sectorialité ;
- L'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- La culture de la gestion axée sur les résultats.

#### **4.3 Le système de santé**

Le système de santé sénégalais est bâti selon une structure pyramidale avec trois niveaux pour répondre à la demande en soins des populations de manière générale :

- La base de la structure est constituée par le district sanitaire dans lequel se retrouvent les postes de santé et les centres de santé. A ce niveau sont pris en charge les soins de santé primaires les SSP.
- Au milieu de la pyramide, il y a la région médicale et les centres hospitaliers régionaux, ce sont les hôpitaux de niveau 2.
- Au sommet de la pyramide se trouvent les services Ministériels du niveau central et les centres hospitaliers universitaires qui sont des établissements de niveau 3.

Une bonne fonctionnalité et une efficacité dans l'articulation de ces trois niveaux doit, en principe, assurer la fourniture des soins de qualité.

#### **4.4 Les programmes nationaux**

Il existe au Sénégal une douzaine de programmes dédiés au renforcement des actions de santé publique. Parmi eux, il y a :

Le Programme National de Lutte contre le SIDA qui vise à : i) maintenir la prévalence du VIH en dessous de 1% ; ii) Améliorer la qualité de vie des personnes vivant avant avec le virus du SIDA ; iii) Réduire l'impact socio-économique du VIH/SIDA. Le programme articule son intervention autour des axes suivants :

- Prévention de la Transmission Sexuelle
- Prévention de la Transmission Sanguine
- Prévention de la Transmission Mère Enfant
- Conseils et Dépistage volontaire
- Prise en charge médicale et psychosociale
- Surveillance épidémiologique
- Recherche - Ethique
- Coordination-Plaidoyer-Gestion

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme qui intervient en synergie avec les acteurs public et privé du système sanitaire, les partenaires au développement et les acteurs communautaires autour des objectifs suivants :

- Renforcer la capacité pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de lutte antipaludique à tous les niveaux ;



- Améliorer la qualité de la prise en charge du paludisme comprenant la prise en charge communautaire utilisant le médicament disponible le plus efficace ;
- Renforcer les mesures de prévention du paludisme
- la promotion de l'utilisation de mesures de protection personnelle parmi la population à risque (enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes) ;
- l'utilisation des mesures de lutte antivectorielle accessibles et viables plus particulièrement l'aspersion intra domiciliaire d'insecticides (CAID) ;
- Renforcer la lutte contre le paludisme chez la femme enceinte par la prise en charge effective des cas, la prévention par le traitement préventif intermittent
- Renforcer la lutte contre les épidémies de paludisme par la détection précoce et la réponse à temps aux épidémies ;
- Promouvoir et mettre en œuvre des stratégies d'Information - Education -Communication - IEC ;
- Renforcer le système de monitoring et d'évaluation en incluant la recherche opérationnelle ;
- Développer et renforcer la coordination nationale et le partenariat.

Le Programme de Lutte contre la Tuberculose dont l'objectif principal est d'améliorer le taux de guérison des cas de tuberculose à travers le renforcement des capacités opérationnelles de l'unité centrale, la redynamisation de l'ASLAT par un renouvellement de son bureau et une redéfinition de ses missions, le renforcement de la supervision et le contrôle de qualité des laboratoires de microscopie et la formation du personnel de santé.

Le Programme National Qualité dont le rôle est de faciliter une mise en synergie des compétences et l'existence d'une volonté des divers acteurs à travailler à l'amélioration continue de la qualité des soins à tous les niveaux du système de santé.

Les autres programmes sont :

- Le Programme National d'Eradication du Ver de Guinée ;
- Le Programme National de Lutte contre la Drépanocytose ;
- Le Programme Santé Mentale ;
- Le Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales ;
- Le Programme Elargi de Vaccination ;
- Le Programme National de Lutte contre la Bilharziose,
- Le Programme National de Lutte contre la Cécité ;
- Le Programme National de Lutte contre la Lèpre ;
- Le Programme de lutte contre l'Onchocercose.

#### **4.5 La politique nationale hospitalière**

La Réforme hospitalière adoptée en février 1998 repose sur deux textes de lois. L'un est la loi portant réforme hospitalière et l'autre est celle relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé.

L'objet de la Réforme est de favoriser l'amélioration des performances dans les hôpitaux à la fois au plan de la gestion et en ce qui concerne la qualité des soins. Pour ce faire, elle attribue aux hôpitaux une autonomie de gestion sous l'autorité d'un Conseil d'Administration avec des mécanismes de contrôle similaires à ceux des établissements publics. Avec le transfert des compétences en matière de santé aux collectivités locales à travers la loi sur la décentralisation, le Président du Conseil Régional est de droit président du Conseil d'Administration de l'établissement situé dans sa Région.

La politique hospitalière comporte trois axes majeurs d'intervention :

- La planification de l'offre à partir d'une appréciation correcte des besoins sanitaires de la population et l'efficience dans la gestion des dépenses de santé.
- La mise à disposition d'équipements et des moyens techniques en fonction de l'enveloppe globale et de la tarification à l'activité.
- Le développement d'un système d'information



Il s'agit fondamentalement à partir des valeurs de performance, d'équité et de justice sociale de réaliser les objectifs suivants :

- adapter l'offre de soins hospitaliers aux besoins des populations ;
- réduire les inégalités en matière d'accès aux services hospitaliers ;
- offrir en permanence des soins de qualité ;
- contribuer à la santé des populations et au développement national.

Il apparaît cependant qu'à l'épreuve des faits, le discours officiel est confronté à des difficultés quant à la disponibilisation de personnel, d'équipements et de finances d'une part et l'organisation d'un dispositif institutionnel à même de garantir un accès des populations à des soins hospitaliers de qualité.

Pour ces raisons, le PNDS II s'oriente vers une rupture sur la façon d'aborder le développement sanitaire. Il s'appuie sur le DSRP 2 dans lequel, du reste, le secteur de la santé est bien pris en compte, compte tenu de la place qu'il occupe dans les OMD. Désormais la vision du PNDS est celle «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 la perspective de la réalisation des OMD relatifs à la santé, une attention particulière sera accordée à l'approche multisectorielle dans la gestion du secteur, dans la prise en charge des déterminants de la santé et dans la réduction des inégalités. Pour ce faire le plan vise les objectifs suivants :

- 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.



## V. LA PROBLEMATIQUE DES RESSOURCES HUMAINES

### 5.1 Constats d'ordre général

La question des ressources humaines compétentes et en nombre suffisant selon les spécialités s'est toujours posée dans le secteur de la santé. A tous les niveaux de la pyramide sanitaire, le constat est le même. Le problème se pose d'ailleurs avec plus d'acuité en milieu rural et dans les structures hospitalières régionales en dépit des efforts consentis par l'Etat à travers : i) le plan national de formation du personnel de santé élaboré en 1996 ; ii) l'ouverture des Centres Régionaux de Formation en 2002 ; iii) la création en 2003 de la Direction des Ressources Humaines ; iv) et la mise en œuvre d'une politique de contractualisation.

Il ressort des entretiens avec divers acteurs que la problématique des ressources humaines se pose principalement à deux niveaux. D'abord dans la formation, on note un faible nombre d'admis dans les diverses structures et surtout au niveau universitaire. Ensuite, il ya l'absence d'une politique de recrutement axée sur les besoins réels en personnel et la nécessité d'une répartition géographique. Les zones enclavées souffrent d'un déficit chronique malgré quelques initiatives prises pour motiver le personnel dans les zones difficiles.

Tableau N° 1: Couverture en personnel sanitaire (médecin, SFE, Infirmier) en 2007

Secteur Public				Secteur Privé				
Catégories socio Professionnelles	Effectif 1994	Ratio 1994	Effectif 2008	Ratio 2008	Effectif 1994	Effectif 2008	Effectif total 2008	Ratio public&privé 2008
Médecin	292	27833	624	18615	348	436	1060	10958
SFE	516	3623	677	3946	44	ND	ND	ND
Infirmiers	1734	4687	2777	4183	245	ND	ND	ND

Population 1994 = 8 127 374 – Population 2008 = 11 615 586

Sources : Ratios calculés à partir des données de la Carte Sanitaire 2008

A la lecture du tableau, on note d'abord une tendance à la baisse du ratio des sages femmes ; de 1 sage femme pour 3623 FAR en 1994, il passe à 1 sage femme pour 3946 FAR en 2008. Cette situation s'explique par une insuffisance du nombre de femmes formées dans le système formel et de la tendance à l'intégration du personnel paramédical dans le secteur. Il s'agit de personnes souvent placées dans les hôpitaux avec le soutien de politiciens.

Par contre le ratio des infirmiers et celui des médecins se sont améliorés ; passant de 1 infirmier pour 4687 habitants à 1 infirmier pour 4183 habitants et de 1 médecin pour 27833 habitants à 1 médecin pour 18615 habitants dans le secteur public. Ce fait pourrait s'expliquer par la décentralisation de la formation des infirmiers et la multiplication des Instituts de formation du privé. Il s'y ajoute l'importance de la part des médecins provenant du secteur privé (41%).

L'analyse du document du PNDS II met, entre autres, en lumière l'existence d'un déficit en personnel et d'un déséquilibre généralistes/spécialistes. Selon les professionnels du secteur de la santé, l'une des solutions réside dans une collaboration accrue entre le ministère de la santé, l'université et les écoles de formation professionnelle en santé pour faire en sorte que les formations soient mieux adaptées aux besoins des populations. Il ressort des interviews réalisées dans les hôpitaux que les déficits concernent principalement les infirmiers d'Etat, les techniciens supérieurs d'anesthésie, les médecins anesthésistes, réanimateurs.

### 5.2 Systèmes et procédures

Dans les hôpitaux de niveau 3, il y a trois catégories de personnel : le personnel étatique provenant directement de la fonction publique, le personnel universitaire et le personnel contractuel. Avec la

réforme, les hôpitaux ont la possibilité de recruter du personnel. Il ressort de nos entretiens des faiblesses à plusieurs niveaux.

D'abord, l'on constate dans les structures hospitalières visitées, l'absence d'un système et des procédures de recrutement harmonisés et qui obéissent aux principes et standards de bonne gouvernance. Dans les faits, nous avons relevé trois approches distinctes. L'une consiste en un système de recrutement géré par le DRH à partir des besoins exprimés par les Chefs de service. Les décisions du DRH sont soumises au Directeur de l'hôpital pour validation. Dans ce cas de figure, les recrutements sont faits à l'interne car il y a « un vivier » constitué par d'anciens stagiaires devenus contractuels avec l'absence d'un système de contrôle des fins de stages. C'est le cas du CHU de Fann.

La seconde approche est un système à travers une Commission de recrutement composé du DRH, de l'auditeur interne, du contrôleur de gestion, de l'Agent Comptable Particulier (ACP), du Chef de Service des Soins Infirmiers, du médecin du personnel, du Président de la CME, du Représentant du Comité Technique d'Etablissement et du représentant des syndicats. Les demandes sont exprimées au DRH par les chefs de services qui les transmet à la Commission qui vérifie la pertinence, l'existence d'un poste budgétaire et l'existence au niveau interne de la compétence recherchée. Cette procédure, si elle est réellement mise en œuvre, présente l'avantage de la transparence. La troisième démarche observée est celle d'un processus qui, comme les autres, est déclenché par le chef de service. Seulement dans ce cas de figure les demandes sont adressées au CME qui sélectionne et soumet au Directeur de l'Etablissement pour validation. Les choix sont faits en général parmi les stagiaires. Une fois la décision prise, le dossier est transmis au DRH pour gestion.

Ensuite, dans aucun des hôpitaux visités, nous n'avons trouvé au niveau des Directions de Ressources Humaines ni cahiers de charges ou description des tâches pour chaque catégorie de personnel, ni outil d'évaluation des performances correspondant. D'après les DRH, il existe des fiches de notation mais celles-ci sont gérées par les chefs de service. Hormis, l'hôpital d'Abass Ndao où la DRH a développé une base de données sur le personnel, l'absence d'une gestion informatisée du personnel est notoire. Il n'existe donc pas, pour l'heure, dans les hôpitaux du Sénégal, de plans de développement des compétences articulés autour d'objectifs d'amélioration de la qualité des prestations, ni de mécanismes de contrôle et de procédures d'évaluation des performances à tous les niveaux.



Le PNDS II met en exergue la volonté de l'Etat de s'attaquer à la problématique des ressources humaines à travers l'amélioration de la disponibilité, de la qualité et de la performance. Des dispositions seront prises pour améliorer les curricula de formation de la Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontologie et des écoles paramédicales. Le programme de bourse sera élargi aux spécialités telles que les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) les nouvelles filières de formation des paramédicaux.

Une étude a été réalisée sur la motivation du personnel. Celle-ci a proposé des indemnités pour les agents qui acceptent de servir dans les zones difficiles d'accès, les zones éloignées, enclavées ou d'insécurité. L'étude a également proposé une indemnité d'incitation à la qualité et une indemnité de



logement. Elle suggère aussi d'instaurer l'équité dans la motivation et la mise en compétition des postes à pourvoir pour favoriser le mérite.

Il reste que pour aller dans le sens d'une amélioration continue de la qualité des prestations et permettre aux sénégalais d'accéder régulièrement à des soins hospitaliers de qualité, il est urgent de définir des critères de performance pour les directeurs nationaux et chefs de services centraux, les médecins de région ainsi que les infirmiers. Un mécanisme d'évaluation des performances ainsi que les instruments de mesure devront être élaborés et mis en œuvre de manière régulière.



## VI. LES RESSOURCES FINANCIERES ET MATERIELLES

### 6.1 Les ressources financières

Tableau N° 2: Les ressources financières

Rubriques	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total	Part
Collectivités locales	1,77	1,58	1,60	1,32	4,32	2,23	3,10	2,64	4,53	4,53	27,6	2,96
Etat	20,56	26,75	29,35	36,42	42,18	51,87	50,77	64,31	65,09	90,67	475,96	51
Partenaires Extérieurs	9,02	17,44	23,23	26,32	27,83	19,24	30,30	36,41	40,70	19,04	249,52	26,74
Populations	5,81	6,19	7,82	11,42	17,87	22,31	28,05	25,66	28,77	26,19	180,08	19,30
Total	37,16	51,95	62,00	75,47	92,19	95,66	112,22	127,02	139,08	140,43	933,17	

Comme l'indique ce tableau, la progression des financements du secteur de la santé a été somme toute régulière, toutes sources confondues, avec pour l'Etat des pics de 65 milliards en 2006 et 90,67 milliards en 2007. L'Etat demeure le principal pourvoyeur, avec 51/100 suivi des Partenaires Extérieurs 26,74 ; les populations participent pour 19, 30 et les Collectivités locales avec une contribution encore très faible de 2,96/100 du financement global.

Toutefois, cette manne financière apparemment importante ne semble pas améliorer de façon conséquente le sort des structures hospitalières, car ces dernières ne cessent de se plaindre de la faiblesse de leurs financements encore nettement en deca de leurs engagements. En effet, tous les problèmes des hôpitaux trouvent leurs fondements dans des questions de financement. Ces mêmes problèmes se traduisent par des mouvements d'humeur qui bloquent assez souvent le fonctionnement des structures hospitalières, laissant ainsi en rade les patients. La faiblesse des 25/100 prélevés des recettes et réservés au paiement des salaires des contractuels et autres motivations du personnel est souvent à l'origine des grèves dans le secteur. Il s'y ajoute que le remboursement des facturations liées au plan séSAME se fait de manière extrêmement lente ; il est à noter également le nombre de plus en plus important de cas d'indigence observés dans les hôpitaux.

Tous ces phénomènes ainsi soulevés limitent l'accessibilité aux soins hospitaliers des populations.

L'hôpital Ibrahima Niassé constitue un exemple patent pour symboliser cette situation ; les mouvements d'humeur y sont récurrents qui sapent considérablement la réponse à la demande de santé des populations, et cela est d'autant plus préoccupant que cette structure polarise plusieurs régions.

## 6.2 Les ressources matérielles

Tableau N° 3: Réalisations du PNDS 1998-2007 en matière de construction d'hôpitaux, de centres et de postes de santé.

Types d'infrastructures	Situation en 1998	Prévisions de réalisation du PNDS 1998-2007	Réalisations du PNDS 1998-2007	Observations
Hôpitaux	17	2	3	2 en construction
Centres de santé	52	4	24	La plupart concerne des reconstructions
Postes de santé	733	245	238	Néant

Pour ce qui concerne globalement les infrastructures, des efforts notoires ont été consentis en termes de réalisations, particulièrement pour ce qui est des centres de santé ; les hôpitaux se retrouvent seulement au nombre de 20 dont 2 en construction. Il n'est pas superflu de rappeler qu'un peu plus du tiers des hôpitaux se trouve concentré à Dakar parmi lesquels ceux de niveau 3 qui sont les plus aptes à prendre en charge certaines pathologies. Cette distribution entraîne un accès inégal aux soins selon la zone de résidence. Autre constat, la construction de l'hôpital de Fatick est bloquée depuis 2005 et l'hôpital de Dalal Diam dans la région de Dakar est en construction.

Par rapport aux équipements, il a été noté une amélioration du plateau technique et des conditions d'évacuation des malades ; de gros effort ont également été faits en direction des hôpitaux avec l'installation de scanners. Toutefois, ces avantages ne semblent pas cibler les structures hospitalières de l'intérieur car Dakar et Thies sont les seules régions à disposer de scanner. Par ailleurs, il semble que les matériels sont souvent insuffisants et qu'il n'y a pas une planification dans le renouvellement des équipements, qui de ce fait deviennent obsolètes.



Ces déficits se retrouvent assez régulièrement dans la plainte des personnels de santé que nous avons rencontrés. C'est ainsi qu'à Kaolack ; il nous a été signalé l'insuffisance de matériel de diagnostic et de traitement qui gêne considérablement l'activité, notamment dans le service de Cardiologie. Nos entretiens ont également révélé que le service d'urologie fonctionne assez souvent

avec des instruments obsolètes parce que non renouvelés depuis longtemps. ; il est aussi des équipements inadaptés aux soins du service. Le même cas de figure a été retrouvé à l'hôpital Abasse N'Dao avec une insuffisance en matériel ;pour exemple , on y rencontre souvent des problèmes avec les bistouris électriques et les tensiomètres.

L'Hôpital Général de Grand Yoff n'est pas en reste car il se heurte lui aussi à des problèmes liés à l »insuffisance du matériel de diagnostic, avec un scanner régulièrement en panne et un appareil de mammographie peu fiable ; cette structure, pourtant de niveau 3 en est arrivée pour certaines analyses à s'approcher de structures périphériques comme l'ASBEF ou le centre de santé Nabil Choucair.

S'y ajoutent maintenant les ruptures de médicaments, de produits et de consommables, en général consécutives au non règlement des dettes contractées auprès des fournisseurs ;qui dès lors bloquent les livraisons.

Un autre phénomène en rapport avec le problème du matériel réside dans la non qualification du personnel de maintenance pour la réparation des pannes survenues avec le matériel. Ces différents facteurs ainsi soulevés sont autant d'éléments qui entament l'accès des populations à des soins hospitaliers de qualité.





## VII. DISPOSITIF INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL

### 7.1 Dispositions légales

Comme il a été noté plus haut, la prise en charge de la santé des populations est reconnue comme étant un devoir d'Etat et des Collectivités dans la Constitution du Sénégal de janvier 2001. La loi 96-07 du 22 mars 1996 sur la décentralisation transfert neuf domaines de compétences aux collectivités locales parmi lesquelles celui de la santé.

En 1998, dans le cadre de la réforme hospitalière, la loi 98-12 consacre la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé. En son article premier, la loi précise que « Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public spécialisées, dotées d'un patrimoine propre dont l'objet consiste, dans le secteur sanitaire et social, à prendre en charge des patients, à produire des biens et des services, à former des personnels et à effectuer de la recherche. A ce titre, les établissements publics de santé ont pour mission :

L'amélioration de la santé des populations par des prestations de qualité et des actions d'Information, d'Education et de Communication ... »

L'article premier précise également que « les établissements publics de santé hospitaliers sont classés en établissements de premier, second et troisième niveau selon des critères techniques définis par voie réglementaire ». En son article 2, la loi stipule que les EPS<sup>1</sup> « disposent de l'autonomie administrative et financière et sont soumis aux contrôles prévus par la pressente loi. Sous réserve des dispositions de la pressente loi, les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements publics de santé sont fixées par décrets.

### 7.2 Organisation des EPS

L'organisation des établissements Publics de Santé est fixée par le décret N°98-701. Les EPS disposent chacun d'un Conseil d'Administration, d'un Directeur et de deux organes consultatifs que sont la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et le Comité Technique d'Etablissement (CTE).

Les conseils d'administration des EPS sont composés de diverses catégories de personnes dont des élus des collectivités locales, des personnalités qualifiées habitants le plus souvent dans l'environnement immédiat de l'EPS, des représentants du personnel, des représentants des commissions consultatives et des représentants des usagers. Pour les EPS de niveau 3, il y a en plus de ces catégories, des représentants du Ministère de la Santé et ceux du Ministère de l'Economie et des Finances. Le fonctionnement des CA est décrit à travers les articles 5 à 13 du décret 098-702.

Le Directeur est responsable de gestion de l'EPS de manière générale. Il prépare les réunions et exécute les délibérations du CA ainsi que les décisions prises par les autorités de tutelle. Il est chargé du recrutement du personnel régi par le code du travail et il est responsable du fonctionnement des services. Le Directeur présente tous les ans un rapport au CA sur sa gestion.

Le rôle de la CME et du CTE est d'aider le Directeur de l'EPS à préparer le projet d'établissement, d'organiser les activités médicales et médico-techniques, de promouvoir la politique d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité, d'élaborer et de mettre en œuvre les plans de formation continue des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques. La CME et le CTE émettent des avis sur tous les aspects techniques et financiers, le règlement intérieur, la nomination des chefs de services et le personnel de l'EPS en général.

---

<sup>1</sup> Les établissements publics de santé comportent les établissements publics de santé hospitaliers et les établissements publics de santé non hospitaliers.



La CME regroupe l'ensemble des chefs de services et trois représentants des corps des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes. Le président de la CME est élu parmi les chefs de service de l'EPS.

Le CTE est composé par un représentant de chaque catégorie du personnel. Le directeur de l'hôpital est président du CTE. Le rôle du CTE consiste à faire participer le personnel technique à l'amélioration de la qualité de l'hygiène, à la sécurité, à l'élaboration des plans de formations, etc.

Avec la réforme sont apparus de nouveaux services comme celui des Soins Infirmiers et de la Division des ressources humaines. On note aussi l'apparition de l'Agent comptable particulier qui dépend directement du Ministère des finances.

Dans les faits, il apparaît plusieurs constats sur la non effectivité de plusieurs aspects annoncés dans les textes de la réforme avec les conséquences que cela entraîne. En premier lieu, l'on constate qu'il n'existe toujours pas structures hospitalières de niveau 1. Dans les faits, on passe du centre de santé à l'EPS de niveau II, ce qui explique en partie l'engorgement des structures hospitalières. Pour combler ce vide, la Direction des Etablissements de santé a élaboré un document intitulé «Protocole de mise en place du projet des hôpitaux de Département et de Région» qui prend en compte cette préoccupation en l'élargissant à tous les départements du pays.

Un autre constat est celui de la réalité non perceptible de la représentation dans usagers dans le dispositif organisationnel.

Il ressort des interviews réalisées au cours de la mission que l'autonomie des ACP par rapport à la structure hospitalière du fait de son rattachement direct au Ministère des Finances qui est sa tutelle permet une meilleure transparence et une utilisation rationnelle des fonds de l'hôpital.



## VIII. ANALYSE DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS

Généralement l'accessibilité aux soins hospitaliers est appréciée sous les angles financier et géographique. De notre point de vue, cette démarche paraît réductrice en ce qu'elle occulte d'autres éléments tels que la disponibilité de ressources humaines de qualité, des infrastructures et équipements adéquats. Il s'y ajoute les aspects socioculturels tels que l'accueil, l'accompagnement, l'alimentation et autres facteurs susceptibles de mettre en confiance les malades.

### 8.1 Définition des concepts

#### L'hôpital :

Un hôpital est un lieu destiné à prendre en charge des personnes atteintes de pathologies et de traumatismes trop complexes pour pouvoir être traitées à domicile ou dans le cabinet d'un médecin. Au Sénégal, il existe deux catégories d'hôpitaux : ceux du niveau 2 et ceux du niveau 3. Les hôpitaux du niveau 2 sont ceux localisés dans les chefs lieux de région tandis que ceux du niveau 3 sont constitués par les CHU tous concentrés à Dakar.

En principe un hôpital présente l'avantage d'avoir :

- une hygiène assurée par un personnel de nettoyage formé ;
- une surveillance 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par du personnel médical et paramédical (infirmier ou infirmières, aides-soignant(e)s, etc.)
- des compétences (médecins spécialistes) et du matériel (plateau technique) pour effectuer les examens et les soins, dont en général des blocs opératoires.

En revanche, la présence à proximité de nombreuses pathologies expose à un risque d'infection nosocomiale.

#### Les soins hospitaliers

Les soins hospitaliers sont constitués par toutes les prestations (soins et hébergement) offertes sur une courte, moyenne ou longue durée par les hôpitaux du secteur public et par les hôpitaux du secteur privé.

#### L'accessibilité

L'accessibilité hospitalière peut être définie comme la possibilité offerte aux populations de bénéficier des soins de qualité à chaque fois que de besoin du fait de la proximité des structures, des coûts abordables des prestations, des facilités de communications et de l'existence de manière globale de repères socioculturelles pour les patients dans l'espace hospitalier.

### 8.2 L'accessibilité géographique

En analysant au premier degré, on pourrait avoir tendance à déduire que les structures hospitalières que nous avons visitées ne présentent pas de problèmes d'accessibilité physique ; en effet, aussi bien Fann, Abasse N'Dao, HOGGY que Ibrahima Niassé de Kaolack, sont des hôpitaux se situant en bordure de route et sont aisément accessibles par le malade quelque soit le mode de locomotion.



**Tableau N° 4: Répartition des hôpitaux**

PNDS II, 2009

REGIONS	POPULATION	HOPITAUX
Dakar	2 632 408	8
Diourbel	1 329 301	2
Fatick	627 804	0
Kafrine	492 685	0
Kaolack	757 743	1
Kedougou	118 921	0
Kolda	553 708	1
Louga	777 085	1
Matam	533 385	1
Saint-Louis	837 583	2
Sedhiou	418 278	0
Tamba	620 550	1
Thies	471 784	2
Ziguinchor	474 370	1
Total	11 615 386	20

Toutefois, l'analyse des fréquentations de ces structures a montré que la plupart des patients provenaient d'endroits fort éloignés ; pour exemple l'hôpital Ibrahima Niassé polarise Diourbel, Fatick ; Touba, Tamba ; Kolda et même la Gambie et la Guinée Bissau. Une telle situation entraîne une demande que l'offre hospitalière ne saurait satisfaire créant ainsi un réel engorgement de l'hôpital. Pour toutes ces zones précitées, il n'existe de spécialité comme la cardiologie ou l'urologie et leur seul recours est Kaolack. Pareil phénomène entame à n'en point douter la qualité de l'offre sanitaire et les patients en pâtissent sévèrement. Un cas intéressant nous a édifiés à l'hôpital Ibrahima Niassé de Kaolack où au mois de Septembre 2009, le médecin Cardiologue proposait des rendez-vous pour Janvier et Février 2010.

Cette situation n'est pas du reste exclusive à cette structure ; presque tous les hôpitaux de la capitale en souffrent, si l'on considère que les hôpitaux de niveau 3 sont tous à Dakar et vers lesquels les malades des différentes régions sont obligés objectivement de se ruer, faute d'autre alternative. La concentration de ces hôpitaux à Dakar couplée avec celle des Professeurs de médecine est de

notre point de vue l'axe autour duquel la réflexion doit être menée car il demeure un problème sans la résolution duquel on ne saurait jamais aspirer à une offre de qualité et incidemment à une accessibilité des populations aux soins hospitaliers.

Cette situation est la résultante d'une mauvaise répartition des structures hospitalières et des personnels de santé ainsi que des équipements de haute technologie, ce qui dès lors crée un déséquilibre de la carte sanitaire avec une trop forte concentration à Dakar.

Il ressort de la seconde Enquête Sénégalaise Auprès des ménages (DSP 2004) que l'accès aux services de santé est encore difficile au Sénégal, surtout pour les soins d'urgence. Selon les résultats de l'enquête, seuls 57% des populations sont à moins de 30 mn d'un service de santé. Le taux est à 86,5% à Dakar mais tombe à 41,2% en milieu rural du fait des difficultés de transport.

### 8.3 L'accessibilité financière

On ne saurait apprécier cette notion sans l'approcher au contexte socio-économique actuel. Tous les observateurs s'accordent pour dire que le Sénégalais vit aujourd'hui dans un contexte de pauvreté chronique. Le Sénégal a rejoint depuis l'année 2005 le groupe des Pays les Moins Avancés (PMA). La tendance à la progression de la pauvreté a été remarquée dans les années 90. Ensuite l'on a constaté une amélioration au début des années 2000 avec un taux de croissance économique de l'ordre de 4,3 (EDS IV). Toutefois, l'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS) réalisée en 2005 révèle que 50,8 % des Sénégalais vivent encore au dessous du seuil de la pauvreté avec des disparités géographiques et spatiales mais également sexospécifiques importantes.



Dès lors, l'accessibilité financière pose problème, car les individus et les ménages se retrouvent dans un cercle infernal de pauvreté chronique. De toutes les personnes interviewées, aussi bien le personnel médical, les acteurs non étatiques que les malades et accompagnants, il ressort d'énormes difficultés pour régler la question financière. Il faut reconnaître que même si les tarifs des consultations ne sont pas très élevés-cas de Fann, Abasse N'Dao ou Ibrahima Niassé, l'enveloppe ne se limite pas exclusivement à la consultation ; viennent s'y greffer les analyses, les médicaments, le transport du malade et de l'accompagnant, rendant ainsi les

soins hors de portée des patients.

Il s'y ajoute que certaines pathologies exigent pour les diagnostics un scanner et des IRM, dont la facturation, élevée, est souvent inaccessible aux malades. Ces difficultés expliquent très souvent le retard mis par les sénégalais à consulter, à ne pas consulter ou à se satisfaire malgré eux de la médecine traditionnelle.

#### **8.4 L'accessibilité socioculturelle**

Pour une analyse plus complète de l'accessibilité aux soins hospitaliers, la prise en compte des déterminants socioculturels est une nécessité. La demande médicale est un espace large et complexe qui nécessite pour le comprendre, dans son fonctionnement, une production de connaissances croisées (A Ndao 1999). Il n'est bien évidemment pas ici le lieu de procéder à une analyse socio-anthropologique de l'espace hospitalier mais de simplement relever quelques notions qui ont émergé à travers nos divers entretiens. Toutefois nous retenons comme le définit Fassin (1988) que la médecine est un ensemble de pratiques sociales.



L'interaction entre les demandeurs de soins et l'espace hospitalier constitue en général une trajectoire complexe et éprouvant que les populations hésitent à entreprendre. L'accueil en urgence ou non représente pour de nombreux patients le premier obstacle à franchir du fait de l'inexistence d'un cadre qui lui est dédié, de la quasi-absence de personnel à certaines heures et des difficultés de communication pour une bonne compréhension des besoins et une orientation correcte des malades.



Une autre question soulevée est celle de l'intégration des accompagnants dans l'espace hospitalier. L'accompagnement des malades apparaît à la fois comme une pratique culturelle qui permet de ne pas isoler le malade mais également comme un moyen de palier à l'insuffisance de personnel de salle surtout pendant la nuit. Les accompagnants séjournent souvent à l'hôpital dans des conditions déplorables passant la nuit dans les couloirs ou dehors exposés ainsi à divers vecteurs de maladies. Il arrive souvent que des accompagnants tombent malades à leur tour en cas de séjours prolongés.

L'alimentation constitue également un problème car dans certains cas on assiste à une rupture brutale des habitudes et un refus des malades à consommer une nourriture qu'ils ne connaissent pas. L'intendance des hôpitaux a été souvent qualifiée d'inorganisée, lors des interviews et ne prenant pas en compte la qualité des produits locaux. Or selon certaines personnes rencontrées, parmi les aliments locaux, on peut trouver des catégories susceptibles de répondre de manière parfaite au besoin alimentaire des malades.

## 8.5 La prise en compte des cas sociaux

### 8.5.1 Les indigents

La notion d'indigence recouvre plusieurs dimensions dont celles économiques et sociales. Si en termes économiques, l'indigence peut se manifester dans le secteur de la santé comme l'impossibilité de payer le minimum de frais, au plan social elle s'apparente à l'exclusion.

Au Sénégal, aux termes de la Loi n° 62-29 du 16 mars 1962 la prise charge de l'hospitalisation des malades indigents incombe à l'État. Toutefois, les personnes démunies se retrouvent le plus souvent devant « un mur d'exclusion » qu'elles ne peuvent franchir. De l'avis de certaines personnes rencontrées, l'inaccessibilité d'une frange importante de la population aux soins hospitaliers relève d'un manque de volonté politique de l'Etat. Au CHU de Fann par exemple, considéré comme l'Hôpital social par ses prix réduits pratiqués par rapport aux autres, l'opération d'une tumeur (acte chirurgicale) coûte 120 000 CFA pour un indigent et 350.000 CFA pour les autres catégories sociales.

Il ressort de nos entretiens dans les hôpitaux que la prise en charge des indigents occasionne des dettes que l'Etat met du temps à rembourser ; c'est le cas du CHU de Fann où l'Etat doit plus de 400 millions. Dans des hôpitaux comme HOGGY, on n'admet plus les certificats d'indigence. L'on peut dès lors imaginer la situation des malades indigents en situation d'urgence.

Avec les difficultés économiques que rencontrent la plupart des ménages, les services sociaux des hôpitaux font l'objet de sollicitation, des structures comme l'Hôpital Ibrahima Niasse reçoivent en moyenne 30 demandes de personnes indigentes par jour en plus des bénéficiaires du plan sésame. Il apparaît donc que la prise en charge des personnes indigentes constitue un problème qui mérite une réflexion et l'application de mesures idoines en considération du droit à la santé pour tous.

### 8.5.2 Le plan sésame

Ce plan fait suite à la décision prise le 3 Avril 2006 par le Président de la République de rendre gratuits les soins aux personnes âgées de 60 ans et plus. Ce plan d'un montant d'un milliard, avec 700 millions de l'Etat et 300 millions de l'IPRES s'adresse non seulement aux retraités de l'IPRES et du FNR, mais aussi à toutes les personnes, toutes catégories socio professionnelles confondues. Cette décision qui a été rendue effective à partir de Septembre 2006, a été vivement saluée par la population sénégalaise car elle soulage non seulement les personnes ciblées, mais aussi leurs descendants qui se sentaient obligés d'intervenir dans la prise en charge.

Cette décision qui fait obligation aux structures sanitaires d'administrer des soins gratuits aux personnes âgées, est aussi en quelque sorte la reconnaissance par l'Autorité de la difficulté de cette frange vulnérable à accéder à des soins de qualité compte tenu de leurs faibles ressources.



Toutefois, bien qu'elle soit noble et généreuse, la décision de la gratuité des soins aux personnes âgées n'en a pas moins connu des dérives préjudiciables aux structures sanitaires. Pour exemple, du fait de l'absence de mécanismes de contrôle du plan sésame ; des retraités font volontairement fi de leur statut qui les couvre à près de 70/100 pour faire supporter l'intégralité de la prise en charge au plan sésame gonflant ainsi considérablement son enveloppe. Il s'en suit que l'Etat est très lent dans ses procédures de remboursement, ce qui essouffle sensiblement les structures hospitalières déjà affectées par des problèmes financiers.

Cette situation ainsi créée entraîne des dysfonctionnements dans les structures hospitalières, déséquilibre les finances, entame l'offre de soins de qualité et incidemment limite l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers. A titre d'exemple, au mois de Juin 2009, l'Etat reste devoir à l'hôpital Ibrahima Niasse la somme de 163 659 170FCFA au titre du plan sésame et 46 000 000F pour ce qui concerne les cas sociaux. Toujours par rapport au plan sésame, l'hôpital Général de Grand Yoff détient des créances de 232 474 632F sur l'Etat.



## **IX. PROPOSITIONS POUR L'AMELIORATION DE L'ACCESSIBILITE DES POPULATIONS AUX SOINS HOSPITALIERS AU SENEGAL**

Il résulte des entretiens réalisés avec les professionnels du secteur de la santé et des acteurs non étatiques engagés dans la promotion de la santé au Sénégal, un certain nombre de propositions allant dans le sens de l'amélioration de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers.

### **9.1 La mutation de certains centres de référence en hôpitaux de niveau 1**

Pour régler en partie l'engorgement des structures hospitalières, tous les professionnels de la santé rencontrés sont unanimes pour dire qu'une des réponses à cette situation serait l'érection d'hôpitaux de niveau 1. Autrement dit, il s'agira de faire évoluer certains centres de santé de référence vers le statut d'hôpital. Les structures régulièrement proposées sont le Centre d'Hygiène Sociale, Nabil Choucair et Youssouph M'Bargane. Pour l'intérieur du Sénégal les centres de Kafrine, Nioro et Sokone sont nominés. Ce déclassement permettrait d'élargir la gamme des hôpitaux et concomitamment de désengorger les structures hospitalières de Dakar déjà surutilisées. Ce processus pourrait être mis en œuvre de manière progressive avec comme phase pilote l'érection des structures citées dans les régions de Dakar et Kaolack. Les autres étapes pourraient être conduites également en tenant compte des propositions émises par la Direction des Etablissements de santé, à savoir l'implantation d'un hôpital de niveau I dans chaque département du pays. Bien évidemment cette mutation de centres de santé en hôpitaux de niveau I devra s'accompagner d'une amélioration effective du plateau technique.

### **9.2 La création de CHU régionaux**

Face à la très forte concentration des structures à Dakar et au déséquilibre de la carte sanitaire, la réponse ne saurait se limiter à l'érection d'hôpitaux de niveau I dans les départements. Une distribution plus rationnelle des services hospitaliers pour un accès plus aisément des populations requiert l'installation de CHU dans les capitales régionales. L'implantation des CHU devrait également faire l'objet d'une planification qui tient en compte l'existence d'université pouvant abriter une faculté de médecine. Les régions de Saint-Louis et de Ziguinchor pourraient constituer une phase test.

### **9.3 La création d'hôpitaux pour enfants**

Il n'existe au Sénégal qu'un hôpital pour enfants et il est localisé à Dakar. L'immense majorité des enfants du pays ne peut de ce fait bénéficier de certaines spécialités. Pour aller dans le sens d'un accès équitable des enfants soins hospitaliers, il serait souhaitable de créer au moins dans les meilleurs délais un hôpital dans le centre du pays et progressivement, pour les enfants habitant le sud et un pour ceux du nord.

### **9.4 La rationalisation du recrutement du personnel**

De toutes les structures hospitalières que nous avons visitées, le diagnostic opéré par les acteurs eux-mêmes est constant qui dénonce l'aspect politique du recrutement qui ne se fait pas sur la base de besoins exprimés et objectifs, mais qui obéit le plus souvent à des exigences d'ordre purement politique. Cette situation entraîne une surcharge salariale et explique en partie les problèmes financiers auxquels les hôpitaux sont confrontés.

Le déséquilibre ainsi observé entre les besoins en personnel technique et le personnel en place dans les hôpitaux limite les possibilités d'offre de soins de qualité. Une des priorités réside dans l'élaboration et le respect de procédures de recrutement basés sur le rapport pertinent poste/profil.

### **9.5 Le développement d'un programme d'équipement des hôpitaux**

L'accès aux soins de qualité passe nécessairement par une disponibilité d'infrastructures et surtout d'équipements adéquats. Les hôpitaux, en général, souffrent d'une insuffisance d'équipements. De



surcroît, ce déficit constaté s'accompagne souvent d'un décalage par rapport aux progrès réalisés dans le monde en termes d'équipement médical. Il est urgent de s'inscrire dans une dynamique d'évaluation systématique de l'équipement existant pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'équipement qui s'ajuste constamment aux progrès réalisés dans le secteur. Ce programme devra également prendre en compte la dimension maintenance dans tous ses aspects y compris la formation continue des techniciens.

### **9.6 L'introduction de la télémédecine**

Il importe avec le développement actuel de la science de s'ouvrir de manière systématique à des techniques comme celle de la télémédecine pour rapprocher les populations des soins de santé. Ainsi certaines pathologies qui ne se régulent que dans des hôpitaux de niveau III peuvent faire l'objet d'un traitement à distance.

Par ailleurs, l'ouverture aux nouvelles technologies de communication permettrait de promouvoir un système d'information et de formation sur la santé. L'expérience du RAES dans ce domaine pourrait être mise à profit.

### **9.7 La réhabilitation de l'hôpital « le Dantec »**

La tendance à la fermeture des services de l'Hôpital Le Dantec, dont la maternité constitue une grave limitation de l'accessibilité aux soins quand on sait que cette structure absorbait à elle seule un grand nombre de patients, particulièrement les femmes enceintes.

L'hôpital Le Dantec doit être réhabilité pour être remis correctement dans le parc hospitalier et lui permettre de jouer son rôle dans la mise à disposition des populations de soins de qualité.

### **9.8 Le respect de la pyramide sanitaire**

Il a été constaté entre autres causes d'engorgement des hôpitaux, le non respect de la pyramide sanitaire. Ce non respect découle en grande partie, d'une méconnaissance des populations. Un important travail d'information et d'éducation s'impose avec des stratégies diverses pour toucher le maximum de population possible.

### **9.9 Le règlement des questions financières avec l'Etat et des collectivités locales**

Dans les structures visitées, il a été question de la dette de l'Etat et des retards de versement des subventions de l'Etat et des collectivités locales. Les dettes concernent les imputations budgétaires, le plan séisme et la prise en charge des indigents. L'enveloppe des créances des hôpitaux sur l'Etat est parfois tellement importante qu'elle en arrive à les asphyxier financièrement. C'est souvent les retards de paiement de l'Etat qui se répercutent sur les relations de l'hôpital avec ses fournisseurs, les exposant ainsi à des situations de ruptures du fait de non paiement. L'Etat devrait étudier les voies et de moyens de procéder au paiement de ses dettes envers les hôpitaux dans les meilleurs délais.

### **9.10 Meilleure prise en compte des groupes vulnérables**

Au Sénégal l'accès des démunis et des groupes vulnérables en général (handicapés, malades du SIDA, du diabète, de la drépanocytose, malades de divers cancer etc.) aux soins hospitaliers n'a pas encore fait l'objet d'une intégration réelle dans la définition et la mise en œuvre de la politique hospitalière. Il serait souhaitable de mener des réflexions avec les concernés pour une adaptation plus correcte de la fourniture de soins à leurs besoins.

### **9.11 Le développement du partenariat Public Privé**

Dans le but de mieux doter les hôpitaux de ressources matérielles et financières, le partenariat des EPS avec le secteur privé constitue une voie porteuse de solutions durables. Les exemples de collaboration du CHU de Fann avec la Fondation Sonatel, de HOGGY et Ecobank devraient être démultipliés pour un renforcement des capacités techniques, matérielles et financières des EPS.

### **9.12 Le développement du partenariat avec les tradi-praticiens**

La majorité de la population a tendance à s'adresser prioritairement à la médecine traditionnelle du fait de l'écueil financier lié aux soins hospitaliers et des croyances socio-culturelles. Il serait souhaitable de renforcer la collaboration entre les tradi-praticiens et le secteur hospitalier.

### **9.13 Le règlement de la question de la direction des hôpitaux**

Il nous semble important et urgent, vu le climat actuel constaté dans tous les établissements visités, de mener des réflexions approfondies sur la gestion des hôpitaux. Faut-il confier la direction des hôpitaux à des médecins ou à des administratifs ? La question est d'autant plus pertinente en ce que les conséquences des conflits de pouvoirs observés limitent objectivement la production de soins de qualité.





## X. CONCLUSIONS

Au Sénégal l'Etat a inscrit le développement du secteur hospitalier dans ses priorités dès l'accession du pays à l'indépendance. De 07 hôpitaux en 1960 on est passé aujourd'hui à 20 établissements hospitaliers. Toutefois, l'on constate que la politique sanitaire du Sénégal est encore dominée par l'approche SSP avec le développement des centres et postes de santé pour l'accès du plus grand nombre aux soins de santé de manière générale.

L'analyse de l'histoire hospitalière récente au Sénégal révèle qu'elle est marquée par une réforme qui tire ses origines de l'échec de l'expérience des APH et de l'exigence d'une offre de qualité exprimée par les populations. Pendant longtemps, les hôpitaux au Sénégal ont été caractérisés par : i) une dégradation des infrastructures et équipements ; ii) un appauvrissement du plateau technique ; iii) un manque de transparence dans la gestion des ressources ; et iv) une démotivation du personnel

Tout en s'intégrant dans le processus de décentralisation amorcé au Sénégal depuis 1972 et consolidé en 1996 par la loi sur la régionalisation, la réforme hospitalière initiée en 1998 cherche à régler la question de la performance dans les hôpitaux tant au niveau de la gestion que de la qualité des soins. Dans cette perspective, le législateur a introduit plusieurs aspects dont :

- le principe d'équité se traduisant concrètement par l'accès à des soins de qualité pour chaque citoyen quelle que soit son appartenance sociale ;
- l'implication dans la gestion du personnel et des usagers représentés par des personnalités cooptées dans l'environnement immédiat des établissements de santé ;
- la participation de l'Etat et des Collectivités Locales à travers des dotations pour faciliter l'accessibilité financière des populations.

Avec la mise en œuvre de la réforme, il s'est dessiné également une nouvelle orientation qui repose sur des notions dont certaines sont empruntées au secteur privé. En effet, il s'agit de mettre en avant les notions de performance, de qualité des prestations et d'équilibre des comptes.

La réforme confère aux hôpitaux une autonomie de gestion avec un statut d'établissement public à la tête duquel se trouve un Directeur qui rend compte à un Conseil d'Administration. La Direction est étayée par de nouveaux services comme le Service des Soins Infirmiers, le Service Administratif et Financier. Il s'y ajoute que chaque hôpital dispose d'un Agent Comptable Particulier et d'un Contrôleur de Gestion. Outre le CA, la réforme introduit aussi de nouveaux organes tels que la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et le Comité Technique d'Etablissement (CTE).

A l'épreuve des faits, il s'avère que la réforme n'a pas encore complètement atteint les objectifs escomptés si l'on en juge par le climat actuel qui sévit dans presque dans toutes les structures hospitalières et qui pourrait autoriser de parler de « crise hospitalière au Sénégal ». Cette crise se manifeste au niveau des ressources humaines, matérielles et financières et ne milite pas en faveur d'une disponibilité de soins de qualité. Les propositions formulées à l'issue de la présente étude, si elles sont prises en compte pourraient contribuer sensiblement à une amélioration de l'accès des populations aux soins hospitaliers.



## Bibliographie

Abdou Ndao, Equité dans l'accès aux services de santé urbains à Dakar, socio-anthropologie et interactions sanitaires, Mémoire de diplôme d'études approfondies (DEA) d'anthropologie, UCAD, Dakar 1998

Abdoul Salam Fall, Tidiane Ndoye, La perception communautaire sur les prestations offertes dans les formations sanitaires de districts de Gossas, Kaffrine, Koungheul et Sokone, Novembre 2007

Abdou Salam FALL & al, Gouvernance et corruption dans le système de santé au Sénégal, Forum Civil, CRDI, Dakar Mai 2005

Centre Hospitalier National Universitaire de Fann Plan de redressement du CHNU de Fann, Dakar Juin 2009

Centre Européen de Gestion des Politiques de Développement, (ECDPM), Manuel sur l'Accord de Cotonou à l'usage des acteurs non étatiques des pays ACP, Bruxelles 2003

Dr Balla M'Backe M'Boup, Projet d'érection de Centres de Santé de référence en hôpitaux Départementaux, Note technique, Direction des Etablissements de Santé, Dakar Novembre 2008

Dr Balla M'Backe M'Boup, Pour un système de santé performant : repositionner l'hôpital dans le système national de santé, Direction des Etablissements de Santé, Dakar Juillet 2009

HOGGY, Evaluation du projet d'établissement, Dakar 2006

Le quotidien.sn - Quotidien national sénégalais, Evaluation du plan national de développement sanitaire, Dakar janvier 2009

Ministère de la santé et de la prévention médicale, Direction de la Santé, Division des Soins de santé primaires, Manuel National des Stratégies sur la référence et la contre référence, Dakar Janvier 2006

Ministère de la Décentralisation et des Collectivités Locales, Rapport Général des premières assises de la décentralisation au Sénégal, Dakar, novembre 2007

Ministère de la Santé, de la Prévention et de la Prévention et de l'Hygiène Publique, Communication de Madame Thérèse Coumba Diop devant le Conseil Economique et Social sur « La gestion des hôpitaux et des médicaments et de la couverture médicale », Dakar Septembre 2009

Ministère de la Santé et de la Prévention, Plan National de Développement Sanitaire, PNDS 2009-2018, Dakar 2009

Ministère de la Santé et de la Prévention, Service National de l'Information Sanitaire, Carte Sanitaire du Sénégal, Dakar 2008

Ministère de la Santé et de la Prévention, Direction des Etablissements de Santé, Protocole de mise en place du projet des hôpitaux de département et de région : activités et coûts, Dakar Novembre 2008

Ministère de la Santé, Direction des Etablissements de Santé, Réforme Hospitalière, Lois et Décrets, 1998.

Ministère de la Santé et de la Prévention, Direction des Etablissements de Santé, Projet de création d'un hôpital dans la région de Dakar, Fiche Technique, Dakar Octobre, 2008

OMS, Stratégie OMS de coopération avec les pays, République du Sénégal 2002-2006



OMS, Déclaration d'Alma Ata, 1978

Plateforme des Acteurs Non Etatiques pour le suivi de l'Accord de Cotonou, Plan stratégique 2010-2014

Plateforme des ANE, Plan d'actions de la Plate-forme pour la mise en œuvre de la sous composante ANE du PAPNBD, Dakar Février 2008

République du Sénégal, Loi portant Code d'Éthique pour la Recherche en Santé, Mars 2009

République du Sénégal, Ministère de la santé publique, Déclaration de la politique nationale de santé, Dakar Juin 1989

Tidiane NDOYE, Acteurs, système et politiques de santé au Sénégal Des directives de lutte contre le paludisme à leur mise en actes : les rationalités d'acteurs à l'œuvre, Thèse de Doctorat en Anthropologie Sociale de l'EHESS 2007

Union Africaine, Une Afrique Unie pour l'Accès universel aux services de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme d'ici à 2010. Abuja, Mai 2006



## Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

NOM	STRUCTURE	FONCTION	CONTACT
Dr Moussa Diakhate	Ministère de la Santé	Chef du Service de l'Information Sanitaire	77 656 56 72
Amadou Djibril Ba	Ministère de la Santé	Chargé du Programme Suivi-Evaluation	77 644 96 08
Aminata M'Bodj	Ministère de la Santé	Conseillère Chargée de la Planification	77 555 04 66
Dr Balla M'Backe M'Boup	Ministère de la Santé	Directeur des Etablissements de Santé	77 634 01 76
Dr Papa Gallo Sow	Institut d'Hygiène Sociale	Pharmacien	77 644 41 44
Dr Binta N'Diaye	ASBEF	Gynécologue	77 450 29 32
Tom Gueye	HOGGY	Chargé de la Communiation	77 563 35 22
Saliou Faye Daf	HOGGY	Syndicaliste-SAS-	77 654 97 64
Pr Serigne Magueye Gueye	HOGGY	Chef du Service Urologie	77 639 93 58
Dr Fangaly Diouf	HOGGY	Chef du Service Réanimation	77 641 46 36
Moussa Kébé	HOGGY		77 535 18 19
Colonel Babacar N'Gom	HOGGY	Directeur	77 644 85 47
Amadou Sow	HOGGY	Contrôleur de Gestion	77 651 34 23
Lamine Fall	CHNU Fann	Chargé de la Communication	77 563 99 61
Maguette Sy Gaye	CHNU Fann	Syndicaliste-UNSAS-	77 643 90 29
Pr Seydou Badiane	CHNU Fann	Chef du Service Neuro-Chirurgie	77 639 05 43
Arémata Danfakha Camara	CHNU Fann	Chef du Service Ressources Humaines	77 636 07 46
Saliou Diallo	CHNU Fann	Directeur	77 644 52 00
Pape Bouna Fall	Abasse N'Dao	Chef du Service Administratif et Financier	77 644 44 47
Amadou Sarr	Abasse N'Dao	Contrôleur de Gestion	77 648 99 93
Mourtada Faye	Abasses N'Dao	Chef du Service des soins Infirmiers	
Sougou N'Diaye	Abasse N'Dao	Chef du Service Ressources Humaines	77 651 66 29
Dr Vahi Assi	Abasse N'Dao	Chef du Service Chirurgie	77 633 44 62
Dr Souleymane Thiam	Hôpital Ibrahima Niasse/Kaolack	Cardiologue	
Pathé Gueye	I Niasse	Directeur par intérim	77 551 99 24
Moustapha Gueye		Urologue	77 642 97 18
Jean N'Diaye	I. Niasse	Assistant Social	77 630 20 07
Ibrahima Diagne	I.Niasse	Chef du Service des Soins Infirmiers	77 653 44 72
Cheikh N'Diaye	I.Niasse	Chef du Service Ressources Humaines	
Ignace Biagui	I.Niasse	Contrôleur de Gestion	77 643 96 74
Adama Diawara	I Niasse	Secrétaire Général Régional SUTSAS	77 532 84 02
Aliou Thiam	I Niasse	Chef Service Maintenance	
M'Baye Kébé	I.Niasse	Syndicaliste	77 553 94 80
Maimouna Dieng	Plateforme des ANE	Secrétaire Permanente	77 647 31 40
Daouda Diouf	ENDA Santé	Coordonnateur	77 638 48 66
Boubacar Mané	HOPE 87	Coordonnateur National	77 637 49 03
Ousmane Thiendella Fall	ANHMS		77 657 61 36
Mariane Paulot	RAES	Coordonnatrice	77 560 75 01
Ismaila Goudiaby	Réseau des PV VIH	Coordonnateur National	77 571 59 59
Fassory Diawara	COLUPAS	Secrétaire exécutif	77 647 31 03
Youssou Camara	CAJEF	Coordonnateur	
Moussa Mane,	ASBEF	chargé suivi évaluation	



## Annexe 1 : TDR

### ETUDE DE L'ACCESSIBILITE DES POPULATIONS AUX STRUCTURES HOSPITALIERES

#### TERMES DE REFERENCE

##### I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA MISSION

Le gouvernement du Sénégal s'est engagé avec les partenaires au développement dont l'Union Européenne (UE) dans une dynamique de développement inclusif. L'Accord de Cotonou s'inscrit dans cette perspective. Les Acteurs Non Etatiques (ANE) constituent un maillon important de ce dispositif. La Plateforme des Acteurs Non Etatiques pour le suivi de l'Accord de Cotonou regroupe une frange significative de la société qui s'organise en vue d'influencer les politiques publiques notamment celles s'inscrivant dans le cadre de l'Accord de Cotonou en partenariat avec l'UE.

La Plateforme des ANE a mis en place des groupes thématiques pour atteindre ses objectifs de plaidoyer. Dans cette dynamique, le groupe thématique santé (GTS) intervient pour examiner les problèmes de la santé et apporter une contribution de qualité pour la résolution des questions de santé publique.

La question de l'accès aux structures hospitalières est d'une actualité brûlante. Le gouvernement consacre près de 10% de son budget au secteur de la santé mais force est de constater que les difficultés de ce secteur sont persistantes et récurrentes. La question particulière de l'accessibilité aux structures de santé et singulièrement aux hôpitaux constitue un problème majeur auquel sont confrontées les populations. Ce problème ne cesse d'interpeller les pouvoirs publics, les bailleurs de fonds et les ANE.

L'étude envisagée se propose donc d'analyser cette question et de proposer des pistes de réflexion pour l'identification de solutions durables au grand bonheur des populations.

C'est pourquoi, il est recherché des consultants capables de conduire une telle étude.

##### II. OBJECTIF DE L'ETUDE

###### 2.1 Objectif général

Il s'agit à travers cette étude de procéder à l'analyse de l'accessibilité des populations aux formations hospitalières.

###### 2.2 Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, l'étude vise les points suivants :

- Présenter la stratégie des pouvoirs publics en matière hospitalier
- Analyser la problématique des ressources humaines en terme quantitatif et qualitatif (expertise, nombre) ;



- Passer en revue la question lancinante des ressources matérielles et financières,
- Procéder à l'analyse de l'organisation et du dispositif institutionnel
- Analyser l'accessibilité aux soins en termes de coût des prestations et au plan géographique
- Analyser la prise en compte des aspects sociaux
- Proposer des recommandations
- Faciliter un atelier national de validation du document de l'étude

### **III. RESULTATS ATTENDUS**

Sur la base d'études de cas, les principaux résultats ci-dessous sont attendus de la mission :

- Une analyse succincte de la problématique de l'accessibilité des populations aux structures hospitalières est produite.
- Les points forts et les points faibles du dispositif institutionnel et organisationnel des hôpitaux et en termes de ressources humaines matérielles et financières sont analysés.
- Des propositions pertinentes visant à améliorer le fonctionnement des structures hospitalières pour mieux répondre aux attentes des populations bénéficiaires sont formulées.

### **IV. METHODOLOGIE**

La méthodologie de l'étude sera de type qualitatif avec l'utilisation des outils et techniques des méthodes de recherche participative et sera basée sur la documentation, des entretiens avec les ANE et des visites de terrain.

### **V. MANDAT DU CONSULTANT**

Le mandat du consultant est articulé autour des points suivants :

- Définir la méthodologie d'intervention
- Etablir le programme de travail de la mission
- Procéder au briefing du lancement de l'étude et un débriefing en fin d'étude avec les principaux partenaires (groupe thématique santé, MS, UE)
- Effectuer une mission de terrain dans 2 régions (Dakar et Kaolack) : rencontres avec les structures hospitalières, les syndicats, les professionnels de la santé, les collectivités locales, les populations, les OSC, les services techniques déconcentrés de l'Etat (régions médicales), les députés, les autorités religieuses.
- Rédiger le rapport de l'étude.
- Préparer et animer l'atelier de validation des conclusions de l'étude aux partenaires et principaux acteurs rencontrés y compris ceux du niveau régional.
- Présenter un rapport de 30 pages au moins en 3 exemplaires et version électronique en français au groupe thématique.

### **VI. PROFIL DU CONSULTANT**

- Maîtrise en études du développement et ou sciences sociales et d'une formation en approche participative
- Avoir une expérience d'au moins 7 ans dans la conduite des études similaires



- Devra prouver une expérience avérée dans des actions d'appuis aux acteurs non étatiques et dans le domaine de la santé.
- Avoir une bonne connaissance des mécanismes de mise en œuvre des projets et programmes.
- Expérience en développement et formulation de projets et programmes
- Connaissance en développement à la base et des modes opératoires des organisations de la société civile
- Maitrise de l'outil informatique
- Capacité d'analyse et d'animation d'ateliers et de groupes de travail
- Excellente connaissance du français écrit et oral et bonnes compétences rédactionnelles

## VII. DUREE DE LA MISSION

La durée de la mission sera de 30 jours ouvrables. Le planning prend en compte les délais de dépôts des rapports provisoire et final (cf. planning annexé).

## VIII. CHOIX DU CONSULTANT ET CONDITIONS DE PRESTATION

### 8.1 Choix du consultant

Le choix du consultant indépendant sera opéré sur la base d'une liste restreinte de trois CV

### 8.2 Conditions de prestation

Le GTS en coopération avec le Secrétariat de la plateforme des ANE est responsable de l'organisation du travail. A cet effet, il prendra les dispositions pour faciliter le travail du Consultant.

Pour les sorties sur le terrain le consultant s'organisera en conséquence.

Un contrat de prestation précisera les différentes étapes ainsi que les modalités de paiement.

### 8.3 Planning

Activités	Nombre de jours
Briefing et connaissances des TDR et préparation du contrat	1
Recherche documentaire	3
Préparation des activités de terrain	1
Rencontres avec les acteurs au niveau central	4
Mission dans 3 régions (Dakar, Saint Louis, Kaolack)	9
Analyse et rédaction du rapport, dépôt du rapport provisoire	7
Correction du rapport provisoire	2
Atelier de validation	2
Débriefing et dépôt du rapport final	1
<b>Total</b>	<b>30</b>



## Annexe 2 : OUTILS

### Plateforme des acteurs non étatiques

pour le suivi de l'accord de Cotonou au Sénégal

#### « Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers »

---

##### Guide d'entretien avec les Responsables administratifs

- **Gestion matérielle et financière**

- Système et procédures de gestion des ressources matérielles et financières, et mise en œuvre
- Taux de couverture des charges de fonctionnement
- Politique de mobilisation des ressources (internes et externes)
- Planification budgétaire annuelle

- **Gestion du personnel**

- Description des tâches du personnel (existence de cahiers de charges)
- Système et procédures de recrutement
- Procédures d'évaluation des performances
- Mécanismes de contrôle
- Méthodes de travail/Coordination du personnel et des activités
- Cohésion et travail en équipe.

- **Prise de décisions**

- Périodicité des réunions de Direction et documentation de ces réunions
- Système de collecte et d'analyse des informations pour une prise de décision
- Mécanismes de prise de décision (procédures et acteurs impliqués)

- **Communication**

- Systèmes et périodicité de communication entre la Direction et les services
- Moyens de communication entre les différents services
- Communication externe (hôpital et population)
- Communication avec les malades



# Plateforme des acteurs non étatiques

pour le suivi de l'accord de Cotonou au Sénégal

## « Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers »

### FICHE D'IDENTIFICATION- HOPITAL

1. Région.....
2. Nom de l'hôpital.....
3. Nom du Directeur..... tel
4. Date de création.....
5. Niveau.....
6. Capacités d'accueil.....
7. Nombre de visites .....jour..... an.....
8. Nombre Personnel : Médecins.....Infirmiers.....Sages femmes.....Aides.....  
Administratif.....Autres.....
9. Principaux partenaires.....



## Plateforme des acteurs non étatiques

pour le suivi de l'accord de Cotonou au Sénégal

### « Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers »

#### FICHE DE COLLECTE – ETAT DES SERVICES

Type de services	Infrastructures fonctionnelle et bien entretenue, vétuste, exigüe	Equipements Etat : Bon, assez bon, mauvais Insuffisant	Personnel Adéquat, insuffisant, suffisant	Ressources financières Adéquates, insuffisantes, suffisantes	Principaux bénéficiaires Estimation % H, F, E

# **Plateforme des acteurs non étatiques**

**pour le suivi de l'accord de Cotonou au Sénégal**

## **« Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers »**

---

### **Guide d'entretien avec les chefs de services**

- **Présentation du service**
  - Date de création
  - Spécialité, type de patients
  - Organisation et fonctionnement
  - Ressources matérielles (type et état) et financières
  - Personnel (nombre, qualité, etc.)
  - Partenaires
- **Points de vue sur l'accessibilité**
  - Aspects financiers
  - Aspects géographiques (zone de provenance des patients)
  - Dispositif d'accueil, prise de rendez-vous
- **Prise en charge des cas sociaux**
  - Catégories de personnes
  - Modalités
  - Difficultés éventuelles
- **Forces et faiblesses**
- **Recommandations**

# **Plateforme des acteurs non étatiques**

pour le suivi de l'accord de Cotonou au Sénégal

## **« Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers »**

---

### **Guide d'entretien avec les syndicats et associations**

- **Présentation du syndicat/association**
  - Nom et date de création
  - Mission et vison
  - Représentativité
  - Partenaires
- **Appréciation de l'accessibilité**
  - géographique,
  - financière, autres
- **Appréciation de la prise en compte des cas sociaux**
  - Plan Sésame
  - Autres
- **Appréciation de la politique nationale**
  - Options stratégiques
  - Dispositif organisationnel et institutionnel
  -
- **Appréciation de la gouvernance des hôpitaux**
  - Perception des mécanismes de gestion
  - Implication des divers acteurs dans les prises de décisions
- **Appréciation des forces et faiblesses**
- **Recommandations**

# **Plateforme des acteurs non étatiques**

pour le suivi de l'accord de Cotonou au Sénégal

## **« Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers »**

---

### **Guide d'entretien avec les patients et accompagnants**

- **Identification**
  - Age, sexe
  - Zone de provenance
  - Type de soins recherchés
- **Appréciation de l'accessibilité**
  - Appréciation de l'accueil
  - Appréciation des rendez-vous
  - Appréciation de la distance
  - Appréciation du coût des prestations
  - Appréciation de l'hygiène et la qualité des soins
  - Appréciation de la qualité de l'alimentation
  - Appréciation des rapports avec le personnel
  - Appréciation global du séjour
- **Perception des problèmes majeurs d'accessibilité**
- **Recommandations**



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MINISTERE DE LA SANTE  
ET DE LA PREVENTION

# EVALUATION DU SYSTEME DE SANTE DU SENEGAL



Septembre 2009

Cette publication a été produite par l'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID). Elle a été élaborée par Cheikh S.A. Mbengue et Yann Derriennic (Health Systems 20/20), Fodé Diouf (Groupe Issa), Demba A. Dione (ISED), Lamine Diawara (OMS) et Abdoulaye Diagne (consultant de Health Systems 20/20).



## Mission

**Health Systems 20/20**, qui est un projet financé par l'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID) pour la période 2006-2011, aide les pays appuyés par l'USAID à surmonter les barrières du système de santé pour l'utilisation des services prioritaires de santé. Health Systems 20/20 travaille au renforcement des systèmes de santé à travers des approches intégrées d'amélioration du financement, de la gouvernance, des opérations et de la pérennisation des capacités des institutions locales.

## Septembre 2009

Pour recevoir des copies supplémentaires de ce rapport, prière d'envoyer un email à [info@healthsystems2020.org](mailto:info@healthsystems2020.org) ou de visiter le site web [www.healthsystems2020.org](http://www.healthsystems2020.org)

**Cooperative Agreement No.:** GHS-A-00-06-00010-00

### Rapport soumis à:

Dr Matar Camara  
Policy and Health Finance Specialist  
Health Office  
Senegal Mission  
United States Agency for International Development

Robert Emrey, CTO  
Health Systems Division  
Office of Health, Infectious Disease and Nutrition  
Bureau for Global Health  
United States Agency for International Development

**Citation recommandée :** Mbengue Cheikh S.A., Yann Derriennic (Health Systems 20/20), Fodé Diouf (Groupe Issa), Demba A. Dione (ISED), Lamine Diawara (OMS) et Abdoulaye Diagne. Septembre 2009. *Evaluation du système de santé du Sénégal*. Abt Associates Inc



Abt Associates Inc. | 4800 Montgomery Lane, Suite 600 | Bethesda, Maryland 20814 |  
T: 301/913-0500 | F: 301/652-3916 | [www.healthsystems2020.org](http://www.healthsystems2020.org) |  
[www.abtassociates.com](http://www.abtassociates.com)

*In collaboration with:*

| Aga Khan Foundation | Bitrán y Asociados | BRAC University | Broad Branch Associates  
| Deloitte Consulting, LLP | Forum One Communications | RTI International  
| Training Resources Group | Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine



# EVALUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ DU SÉNÉGAL

## **AVERTISSEMENT**

Les points de vue exprimés dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement ceux du Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal ou de l'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID) ou du Gouvernement du Sénégal ou du Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique



# TABLE DES MATIÈRES

<b>Sigles &amp; acronymes .....</b>	<b>v</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>ix</b>
<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>2. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>3</b>
2.1 Cadre conceptuel de l'approche d'évaluation du système de santé.....	3
2.2 Description de l'outil et de son utilisation .....	3
2.2.1 Présentation des modules techniques.....	3
2.2.2 Structure des modules.....	4
2.2.3 Indicateurs .....	5
2.3 Organisation de l'équipe d'évaluation.....	5
<b>3. CONTEXTE NATIONAL ET CONTEXTE DU SYSTÈME DE SANTÉ .....</b>	<b>7</b>
3.1 Contexte politique et administratif.....	7
3.2 Contexte macroéconomique.....	8
3.3 Environnement des affaires et climat des investissements .....	9
3.4 Politique de santé.....	11
3.5 Structure du système de prestation des soins.....	12
3.6 État de santé .....	13
3.6.1 Population.....	14
3.6.2 Mortalité.....	14
3.6.3 Santé reproductive .....	17
<b>4. SYNTHESE DE L'EVALUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ .....</b>	<b>19</b>
4.1 Gouvernance.....	19
4.1.1 Processus de planification et d'élaboration des politiques et mécanismes de coordination des interventions des partenaires.....	19
4.1.2 Réformes organisationnelles portant sur les changements de statuts et de rôles, et sur l'organisation du système de santé.....	21
4.1.3 Transparence et obligation de rendre compte.....	24
4.1.4 Forces et faiblesses.....	25
4.2 Financement.....	27
4.2.1 Profil et structure du financement.....	27
4.2.2 Financement, gestion, analyse et planification financière.....	28
4.2.3 Couverture du risque-maladie et initiatives de gratuité et de subvention .....	30

4.2.4 Forces et faiblesses.....	31
4.3 Prestation de services de santé.....	32
4.3.1 Disponibilité des services.....	34
4.3.2 Accès aux services, couverture et utilisation.....	35
4.3.3 Organisation des services .....	36
4.3.4 Assurance qualité des soins.....	37
4.3.5 Forces et faiblesses.....	38
4.4 Ressources Humaines.....	40
4.4.1 Planification.....	44
4.4.2 Politiques.....	44
4.4.3 Gestion de la performance.....	46
4.4.4 Forces et faiblesses.....	46
4.5 Gestion Pharmaceutique.....	47
4.5.1 Sous secteur pharmaceutique.....	47
4.5.2 Politique, loi et réglementation pharmaceutiques.....	48
4.5.3 Sélection des produits pharmaceutiques.....	50
4.5.4 Approvisionnement.....	50
4.5.5 Entreposage et distribution .....	51
4.5.6 Bon usage.....	52
4.5.7 Disponibilité .....	52
4.6 Système d'information sanitaire .....	57
4.6.1 Définition du SIS et généralités.....	57
4.6.2 Description de l'architecture et de l'organisation du SIS .....	58
4.6.3 Analyse de la structure et de l'organisation du SIS.....	60
4.6.4 Ressources, politiques et réglementation .....	61
4.6.5 Collecte de données et qualité.....	61
4.6.6 Analyse de données.....	62
4.6.7 Utilisation de l'information pour la gestion, le développement de politiques, la gouvernance et l'obligation de rendre des comptes .....	63
4.6.8 Forces et faiblesses.....	64
4.7 Recommandations .....	66
4.7.1 Gouvernance.....	66
4.7.2 Financement .....	67
4.7.3 Prestation de services.....	67
4.7.4 Gestion des ressources humaines .....	68
4.7.5 Gestion pharmaceutique .....	68
4.7.6 Système d'information sanitaire .....	69
<b>Annexe A : Liste de documents consultés .....</b>	<b>71</b>
<b>Annexe B : Données de base .....</b>	<b>75</b>

# SIGLES & ACRONYMES

ANCS	Alliance Nationale Contre le SIDA
AOF	Afrique Occidentale Française
ARV	Anti rétroviraux
BM	Banque Mondiale
CADL	Centre d'Appui au Développement Local
CAFSP	Cellule d'Appui au Financement et au Partenariat
CAS/PNDS	Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS
CTA	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Arthémisinine
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CDS	Centre de santé
CDSMT	Cadre de dépenses sectoriel à moyen terme
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CESSI	Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers
CHN	Centre Hospitalier National
CNDCL	Conseil National de Développement de Collectivités Locales
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
COPE	Client-Oriented Provider-Efficient services
CPN	Consultation prénatale
CRFS	Centres Régionaux de Formation en Santé
CS	Case de santé
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
DCI	Dénomination commune internationale
DERF	Direction des Études, de la Recherche et de la Formation
DNS	Dépenses nationales de santé
DPL	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
DQA	Audit de la Qualité des Données
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSIST	Division de la Lutte contre le SIDA et les IST
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social

ENTSO	Ecole Nationale des Techniciens Supérieurs en Odontologie
EPS	Etablissement public de santé
ESAM	Enquête sénégalaise auprès des ménages
FAR	Femme en âge de reproduction
FDD	Fonds de dotation à la décentralisation
FMI	Fonds Monétaire International
HALD	Hôpital Aristide Le Dantec
HMN	Health Metrics Network
ICP	Infirmier-chef de poste de santé
IPM	Institution de prévoyance maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
ISED	Institut Santé et Développement
IST	Infections sexuellement transmissibles
LNCM	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MAPI	Manifestations post vaccinales indésirables
MSP	Ministère de la Santé et de la Prévention
OMC	Organisation Mondiale du Commerce
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONCDS	Ordre National des Chirurgiens Dentistes du Sénégal
ONG	Organisation non gouvernementale
ONMS	Ordre National des Médecins du Sénégal
ONPS	Ordre national des pharmaciens du Sénégal
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PAC	Programme d'Appui aux Communes
PADDEL	Programme d'Appui à la Décentralisation et au Développement Local
PADELU	Programme d'Appui au Développement Local Urbain
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PDRH	Projet de Développement des Ressources Humaines
PEC	Prise en charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNB	Produit national brut

PNDL	Programme National de Développement Local
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNIR	Programme National d'Infrastructures Rurales
PNT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PO	Plan d'opérations
POCL	Plans opérationnels des collectivités locales
PPN	Politique pharmaceutique nationale
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	Poste de santé
PSIDEL	Programme de Soutien aux Initiatives de Développement Local
PTA	Plans de travail annuels
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RCR	Référence contre référence
RH	Ressources humaines
RUM	Résumé d'unité médicale
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIS	Système d'information sanitaire
SNIS	Service National de l'Information Sanitaire
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SOU	Soins obstétricaux d'urgence
SR	Santé de la reproduction
SRO	Sels de réhydratation orale
TDR	Termes de référence
TS	Travailleuses du sexe
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UCAD	Université Cheikh Anta Diop de Dakar
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHO	World Health Organization



# REMERCIEMENTS

Ce rapport a été produit sur financement de l'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID) et réalisé par le Projet Health Systems 20/20 avec la collaboration du Ministère de la Santé de la Prévention du Sénégal.

Les auteurs expriment leur gratitude à toute l'équipe du bureau de santé de la Mission de l'USAID au Sénégal pour le soutien qui leur a été apporté, particulièrement à Akua Kwateng-Addo, Directrice du Bureau, et au Dr Matar Camara, Spécialiste en politiques et financement de la santé.

Ils expriment leurs vifs remerciements à tous les responsables du Ministère de la Santé et de la Prévention pour leur collaboration à la réalisation de l'évaluation, et pour leur contribution à la revue technique, notamment M. Moussa Mbaye, Secrétaire Général du Ministère, Pr Omar Faye, Directeur de la Santé, Dr Mandiaye Loum, Coordonnateur de la CAS/PDNS, M. Malick Cissé Inspecteur des Affaires Administratives et Financières et Dr Moussa Diakhaté, Chef du Service National de l'Information Sanitaire.

Ils remercient également les responsables du Projet Politiques et financement de la santé (Abt-Sénégal), pour leur appui à la réalisation de l'évaluation et pour leur contribution technique, particulièrement Dr Malick Niang, Coordonnateur du Projet, François Diop et Dr Mame Cor Ndour.

Ils expriment leur profonde gratitude à Stéphanie Boulenger pour sa précieuse contribution à la conception et au démarrage de l'activité.

Ils associent dans ces remerciements Maria Claudia De Valdenebro, Asha Sharma et Liz Nugent, de l'équipe du Projet Health Systems 20/20 pour leur appui multiforme, notamment dans le formatage et l'impression du rapport.

Que tous ceux qui ont accepté de bien vouloir recevoir l'équipe d'évaluation et de répondre à ses questions trouvent ici l'expression de la profonde reconnaissance de tous les auteurs.



# I. INTRODUCTION

Le Sénégal dispose depuis 1998 d'un plan stratégique décennal dans le domaine de la santé, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) mis en œuvre par le Ministère chargé de la Santé. Dans la perspective de son échéance en 2008, le Ministère de la Santé et de la Prévention s'est engagé à élaborer un autre plan stratégique couvrant la période 2009-2018.

Cet exercice intervient dans un contexte de grandes réformes en matière de finances et de budget, avec l'adoption du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT), comme outil de mise en œuvre du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et le ciblage de certains secteurs comme la santé pour opérationnaliser le CDSMT.

Avec ces nouvelles politiques, on assiste à un effort de recentrage des objectifs de développement autour des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), où la santé occupe une place centrale, avec les objectifs qui lui sont assignés en termes de réduction notable de la mortalité des mères et des enfants, par un accès accru aux services de santé de la reproduction (SR) et une maîtrise des endémies majeures comme le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.

En ce qui concerne les stratégies à mettre en œuvre pour permettre de relever le défi, l'État insiste pour que l'accent soit mis sur une large participation de différents acteurs au processus de mise en œuvre des politiques, en approfondissant la décentralisation, le ciblage des groupes les plus vulnérables et la rationalisation de l'utilisation des ressources, tout cela dans un contexte de culture du "rendre compte".

L'évaluation du système de santé, qui a été réalisée pour le compte du Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP), grâce à un appui de l'USAID, à travers Health Systems 2020, a été une contribution à la préparation du second PNDS et du processus de révision du CDSMT, et ses principales conclusions ont été prises en compte dans le nouveau plan.

L'ambition de cet exercice était d'apporter un éclairage à partir des conclusions et recommandations issues de la revue du système de santé du Sénégal, selon une méthode de diagnostic rapide qui sera présentée plus loin.

L'étude a analysé les facteurs et les contraintes au niveau du système et des services de santé, relativement aux dimensions suivantes : Gouvernance, Financement, Prestation de services de santé, Ressources humaines, Gestion pharmaceutique et Système d'information sanitaire.

Après la présentation des résultats provisoires et des recommandations de l'évaluation au comité de rédaction du PNDS 2, un processus de revue interne et externe, qui a duré plusieurs mois, a permis la publication du présent rapport.

Bien que les responsables du Ministère de la Santé et de la Prévention et certains de leurs partenaires ont participé aux discussions sur le rapport préliminaire, il convient de préciser que les points de vue exprimés dans ce document n'engagent que l'équipe d'évaluation dont les membres eux-mêmes, ont pu avoir des appréciations légèrement différentes sur tel ou tel point particulier, sans que cela ne remette en question le consensus fort qu'ils ont établi sur le contenu général du rapport.

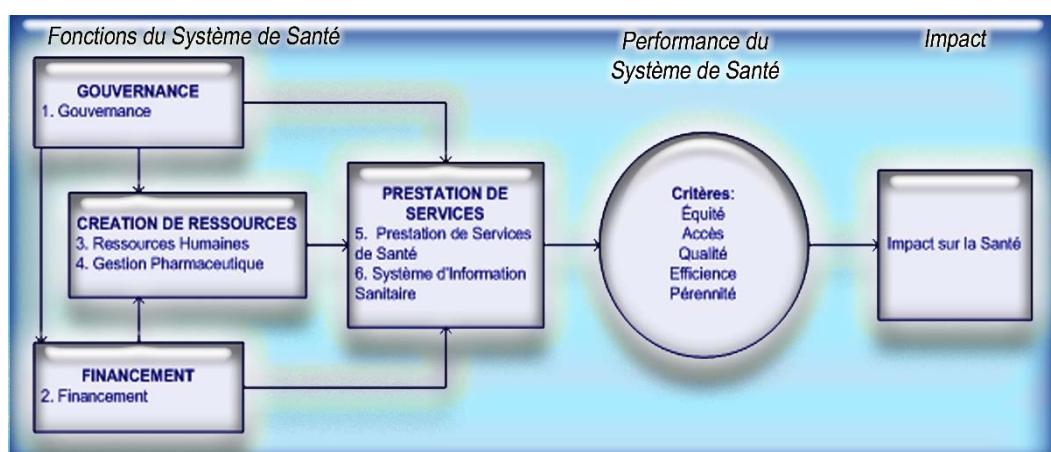


## 2. MÉTHODOLOGIE

### 2.1 CADRE CONCEPTUEL DE L'APPROCHE D'EVALUATION DU SYSTÈME DE SANTE

Le cadre conceptuel de l'approche a été développé à la suite de discussions avec l'USAID et d'autres organisations. Il est construit à partir de la définition d'un système de santé, développée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui divise les systèmes de santé en 4 principales fonctions: gouvernance, financement, création de ressources et prestation de services. Les six modules techniques tombent dans ces quatre fonctions.

**FIGURE 1. CADRE CONCEPTUEL POUR LA PERFORMANCE DES SYSTEMES DE SANTE**



### 2.2 DESCRIPTION DE L'OUTIL ET DE SON UTILISATION

#### 2.2.1 PRÉSENTATION DES MODULES TECHNIQUES

L'approche a été développée sous forme de modules représentant chacun une des fonctions du système, à l'exception du Module central dont le but est de fournir des informations contextuelles pouvant s'appliquer à tous les modules. Une brève description de chaque module est donnée ci-dessous. L'annexe 2 fournit la liste complète des indicateurs et questions qualitatives par sujet pour chaque module.

- Le **Module Central** couvre, pour le pays évalué, les informations sociodémographiques et économiques de base et un survol du système de santé et du statut général de la santé. Il couvre l'environnement politique et macroéconomique, l'environnement d'affaires et le climat d'investissement, les principales causes de mortalité et morbidité, la structure des principales organisations publiques et privées impliquées dans le système de santé, la décentralisation, l'organisation des services, les bailleurs de fonds dans la santé et la coordination entre bailleurs.
- Le **Module Gouvernance** traite des capacités du système à traiter l'information, de l'élaboration et

de la planification des politiques, de la participation sociale et de la capacité de réponse, de l'obligation de rendre des comptes et de la réglementation du système de santé.

- Le **Module Financement** couvre les sources financières, le « pooling » et l'allocation des fonds incluant le budget du gouvernement et l'assurance maladie et le processus d'achat et de fourniture de services.
- Le **Module Prestation de services** examine les extrants et les résultats des services, la disponibilité, l'accès, l'utilisation et l'organisation des services, l'assurance qualité des soins de santé, et la participation de la communauté dans la prestation de services de santé.
- Le **Module Ressources humaines** couvre la planification systématique des ressources humaines, les politiques et la réglementation, la gestion basée sur la performance, la formation et l'éducation et les incitations.
- Le **Module Gestion pharmaceutique** évalue les politiques, lois et réglementations pharmaceutiques du système de santé, la sélection des produits, l'achat, l'entreposage et la distribution, la bonne utilisation et la disponibilité des produits pharmaceutiques, l'accès à des produits et services pharmaceutiques de qualité, et les mécanismes de financement des produits pharmaceutiques.
- Le **Module Système d'information sanitaire** passe en revue les composantes opérationnelles actuelles du SIS, les ressources, politiques et réglementations encadrant le SIS, la disponibilité, collecte et qualité des données, l'analyse et l'utilisation d'informations sanitaires pour la gestion et le développement de politiques sanitaires.

## 2.2.2 STRUCTURE DES MODULES

Chaque module est constitué de deux composantes, chacune basée sur des indicateurs<sup>1</sup>.

La **Composante 1** est basée sur des données internationales comparables. Cette composante de l'évaluation inclut des indicateurs pour lesquels des données sont disponibles dans les bases de données internationales. Cela fournit rapidement des informations contextuelles pour chaque module. Ces données sont disponibles sur le site Internet suivant :

<http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/>. Pour consulter cette base de données, il suffit de sélectionner le pays de son choix, et un tableau de données apparaîtra.

La **Composante 2** est basée sur une revue de documents spécifiques au pays analysé et sur des entretiens avec les principales parties prenantes. Cette composante de l'évaluation repose sur de multiples indicateurs, à la fois quantitatifs et qualitatifs.

L'évaluation combine une revue de littérature et des entretiens, afin d'identifier les forces et faiblesses dans chaque module technique et d'établir la relation avec la performance du système de santé. Les entretiens doivent compléter la revue de littérature, fournir des informations sur les indicateurs de performance du système de santé, qui ne peuvent être obtenus à partir des documents, et explorer les recommandations possibles. Une liste des matériaux à examiner et des parties prenantes à interroger est fournie pour chaque indicateur, ainsi que des suggestions de questions à poser<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>Certains modules (comme le module gouvernance) proposent plutôt de développer un profil qualitatif de la fonction du système et ne se base pas uniquement sur des indicateurs.

<sup>2</sup> Pour l'instant, ces informations ne sont disponibles qu'en anglais.

### **2.2.3 INDICATEURS**

Dans la mesure du possible, les indicateurs de chaque module, à l'exception du module sur la gouvernance sont présentés dans un format standard (voir Tableau I). La liste des indicateurs pour chaque module est présentée en annexe.

**TABLEAU I : FORMAT STANDARD DES INDICATEURS**

<b>Élément</b>	<b>Description de l'information fournie par chaque élément</b>
<b>Titre de l'indicateur</b>	
Définition, Justification et interprétation	<ul style="list-style-type: none"><li>Fournit une définition ou une description de l'indicateur et la raison pour laquelle l'indicateur est important pour l'évaluation</li><li>Fournit aussi de brèves instructions sur la manière de mesurer l'indicateur et d'interpréter les résultats.</li></ul>
Source de données suggérée	<ul style="list-style-type: none"><li>Donne des suggestions sur le type de document pouvant être susceptible de fournir cette information.</li><li>Fournit aussi des références à des indicateurs dans d'autres modules. Dans ces cas, le terme « Lien vers un autre module » est utilisé.</li></ul>
Parties prenantes à interroger	<ul style="list-style-type: none"><li>Donne des suggestions sur les types de parties prenantes à rencontrer pour plus d'informations liées à cet indicateur.</li><li>Cette rubrique n'est incluse que pour les indicateurs dans la Composante 2</li></ul>
Sujets à explorer	<ul style="list-style-type: none"><li>Donne des suggestions sur des sujets à explorer plus en profondeur, incluant une justification.</li><li>Cette rubrique n'est incluse que pour les indicateurs dans la Composante 2</li></ul>
Notes	<ul style="list-style-type: none"><li>Inclut tout élément que l'utilisateur devrait connaître (tel que les difficultés possibles qui vont être rencontrées pour la collecte de données) et peut inclure des suggestions sur la manière de changer ou adapter l'indicateur selon les données disponibles dans le pays.</li></ul>

### **2.3 ORGANISATION DE L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION**

L'équipe est composée de six experts, chacun s'occupant d'un module donné. Elle a été accompagnée et appuyée par un haut responsable désigné par le Ministère, en l'occurrence, le Chef du Service National de l'Information Sanitaire.

Chaque expert a eu à rencontrer un certain nombre de responsables au niveau central pendant la première semaine de l'évaluation. Pendant la deuxième semaine, l'équipe s'est divisée en trois groupes pour visiter les régions de Dakar, Kaolack et Kolda. Différentes rencontres ont été programmées avec les gouverneurs, préfets, maires, responsables du secteur de la santé aux niveaux régional et périphérique , médecins et pharmaciens privés, responsables d'hôpitaux.



### **3. CONTEXTE NATIONAL ET CONTEXTE DU SYSTÈME DE SANTÉ**

Cette section a deux objectifs principaux. D'abord, elle place le système de santé sénégalais dans un contexte plus large, en présentant la situation macroéconomique du pays, ainsi que le contexte politique, sociologique et des affaires. Ensuite, elle offre un survol du système de santé, de l'organisation des soins et des principales causes de mortalité et de morbidité. Ceci est dans le but de mettre en perspective le contexte dans lequel évolue le système de santé, mais aussi de comprendre les différentes influences auquel il est soumis.

#### **3.1 CONTEXTE POLITIQUE ET ADMINISTRATIF**

Le Sénégal est un Etat laïc, indépendant depuis 1960. Le pays est sous un régime présidentiel pluraliste où le Président de la République est élu au suffrage universel direct. Le Président actuel a été élu pour la première fois en 2000 et réélu en 2007 pour un deuxième mandat. Le Président de la République s'appuie sur un gouvernement dirigé par un Premier Ministre.

Le Parlement est constitué de l'Assemblée Nationale et du Sénat. L'Assemblée Nationale partage le pouvoir législatif avec le Sénat, rétabli en mai 2007 après une suppression de plusieurs années. Cent-cinquante (150) députés élus au suffrage universel direct y siègent, pour une durée de cinq ans. Le mode de scrutin utilisé est un scrutin majoritaire à un tour au niveau des départements à concurrence de 90 députés et un scrutin proportionnel sur une liste nationale à concurrence de 60 députés. Le Sénat est composé de 100 membres, dont 35 élus au suffrage indirect dans les départements et 65 autres choisis par le Président de la République. Les mandats des présidents de l'Assemblée Nationale et du Sénat, qui étaient de cinq ans, ont été ramenés à un an.

Le Sénégal est divisé en 14 régions dont les noms correspondent à ceux des capitales chefs-lieux de région : Dakar, Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kédougou, Kaolack, Kolda, Louga, Matam, Saint-Louis, Sédhiou, Tambacounda, Thiès, Ziguinchor. Les 14 régions comprennent 45 départements, eux-mêmes divisés en 121 arrondissements.

Un processus de décentralisation a été entrepris depuis 1972 et a été approfondi en 1996, avec une réforme des textes de la décentralisation qui donnent des pouvoirs accrus aux collectivités locales dans des domaines de développement qui incluent la santé.

Le Sénégal comprend 3 types de collectivités locales : la région, la commune et la communauté rurale. Le pays compte 14 régions, 113 communes et 370 communautés rurales. La plus récente réforme a consisté en la création, en 2005, de la Communauté d'agglomération de Dakar regroupant les villes de la région de Dakar.

## 3.2 CONTEXTE MACROÉCONOMIQUE

En janvier 1994, le Sénégal a entrepris un programme de réformes économiques, avec l'aide de la communauté des bailleurs de fonds, qui a débuté avec une dévaluation de 50 % de la monnaie, le franc CFA. Les contrôles de prix et les subventions du gouvernement ont été peu à peu démantelés.

Après avoir vu son économie se rétracter de 2,1% en 1993, le Sénégal a effectué un important revirement, grâce au programme de réformes, avec une croissance réelle du PIB de 5% en moyenne annuellement entre 1995 et 2007. L'inflation annuelle a diminué et est sous contrôle. Cependant, le taux de chômage élevé continue de pousser des immigrants illégaux à quitter le Sénégal en quête de meilleures opportunités de travail à l'étranger. Le Sénégal a été également touché par une crise de l'énergie qui a causé des coupures de courants massives en 2006 et 2007. L'industrie du phosphate a eu du mal, durant deux ans, à garantir son capital et la réduction de la production a eu un impact direct sur le PIB. En 2007, le Sénégal a signé des ententes pour des nouvelles concessions minières pour le fer, le zircon et l'or avec des compagnies étrangères. Des entreprises de Dubaï ont donné leur accord pour gérer et moderniser le port maritime de Dakar et créer une nouvelle zone économique. Le Sénégal doit encore beaucoup compter sur l'aide extérieure. Le pays a vu les deux tiers de sa dette bilatérale, multilatérale et envers le secteur privé, annulés. (CIA 2008; traduit de l'anglais)

Le PIB en prix courants, selon les données du FMI, se chiffre à 5.323,83 milliards de francs CFA en 2007 ou 11,1 milliards de dollars US (852 milliards de \$US pour l'Afrique subsaharienne). Toujours selon les données du FMI, le PIB par habitant en 2007 est de 909,8 \$US. Le PIB est composé à 16% de l'agriculture (arachide, millet, maïs, sorgho, riz, coton, tomates, légumes verts; bétail, volaille, poisson), 19,4% de l'industrie (transformation des produits agricoles et du poisson, minerais de phosphate, production de fertilisants, raffinage, minerais de fer, de zircon et d'or, matériaux de construction, construction et réparation de bateaux) et 64,6% des services (CIA 2008). Le taux de chômage est estimé en 2007 à 48%.

Le taux d'inflation moyen était de 5,9% en 2007, 2,1% en 2006 et 1,7% en 2005. Ce taux est élevé, mais il reste en dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne : 7,3 en 2006 et 7,2 en 2007 (FMI, 2008). En 2006, la valeur des exportations, avec 1.556 millions \$US était inférieure à la valeur des importations qui était de 3.434 million \$US (OMC, 2008). Les principaux produits d'exportation sont le poisson, l'arachide, les produits pétroliers, les phosphates et le coton. Les principaux produits importés sont la nourriture et les boissons, les biens d'équipement et les produits pétroliers.

Bien que le niveau de vie des Sénégalais s'est amélioré, entre 1994 (année de la dévaluation) et 2002, la pauvreté reste assez répandue. Les indicateurs de pauvreté harmonisés, calculés à partir des données des enquêtes sénégalaises auprès des ménages (ESAM I 1994/1995 et ESAM II, 2001/2002), confirment la tendance à la baisse de la pauvreté dans cette période. Selon ces deux sources, près de 49 % des ménages vivaient encore en dessous du seuil de pauvreté en 2001/2002, contre plus de 61 % en 1994/1995. Toutefois, la contribution des ménages ruraux à la pauvreté (c'est-à-dire le poids des ménages ruraux pauvres par rapport à l'ensemble des ménages pauvres) a augmenté, passant de moins de 62 % à 65 % (EDS, 2006).

Une mission du FMI a constaté de sérieux problèmes de dépassements budgétaires identifiés en août 2008. Ils comprennent un stock important de factures non payées au secteur privé ainsi que des dépenses extra budgétaires qui, additionnées, ne correspondent pas aux fonds disponibles et au contexte macroéconomique sénégalais. Une évaluation détaillée des factures non payées est en cours, et leur ampleur et leur manque de cohérence avec le cadre budgétaire suscitent des inquiétudes des partenaires du Sénégal

### 3.3 ENVIRONNEMENT DES AFFAIRES ET CLIMAT DES INVESTISSEMENTS

Le tableau 2 présente les résultats d'une enquête menée par la Banque Mondiale auprès des entreprises sénégalaises. L'enquête mesure les perceptions des entreprises, quant aux plus importants obstacles à leur croissance, l'importance relative de diverses contraintes à l'augmentation de l'emploi et de la productivité et les effets de l'environnement des affaires sur leur compétitivité.

L'enquête montre qu'au Sénégal, c'est le taux de taxation qui représente un obstacle majeur, suivi par les contraintes liées à l'administration publique et la corruption. Bien que les contraintes rencontrées par les chefs d'entreprise au Sénégal soient similaires à celles rencontrées dans d'autres pays, leur intensité est souvent supérieure. Des problèmes relatifs au marché du travail formel sont notés, dont le déficit relatif de formation de la force de travail, le faible développement de la formation professionnelle et une forte prévalence du paludisme qui génère un absentéisme certain. En ce qui concerne les marchés financiers, les données de l'enquête indiquent que les coûts des financements et l'accès aux financements figurent au nombre des préoccupations les plus importantes des chefs d'entreprise. Dans le domaine des infrastructures, plusieurs déficiences peuvent être notées : problèmes de maintenance et d'engorgement du réseau routier, problèmes liés au transport ferroviaire (absence de voies de communication en bon état avec la sous-région, et notamment vers le Mali, en raison de la vétusté des infrastructures ferroviaires), problème d'enlèvement des déchets et problèmes de fourniture d'électricité. (Azam, 2005)

**TABLEAU 2 : RÉSULTAT DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES ENTREPRISES AU SÉNÉGAL  
(WORLD BANK GROUP, 2008)**

Réglementation et taxes	Sénégal	Région	Tous les pays
Temps passé par les cadres supérieurs pour s'occuper des exigences requises par la réglementation gouvernementale (%)	2,9	7,31	7,61
Nombre moyen de visites ou de réunions requises avec les fonctionnaires du système de taxation	1,76	4,03	3,53
% d'entreprises ayant identifié les taux de taxation comme contrainte majeure	40,54	44,31	35,74
% d'entreprises ayant identifié l'Administration en charge de la taxation comme contrainte majeure	27,81	31,34	26,61
Permis et licences	Sénégal	Région	Tous les pays
Nombre de jours pour obtenir des licences d'opération	21,37	17,54	30,28
Nombre de jours pour obtenir des permis de construire	38,52	56,73	66,01
Nombre de jours pour obtenir des licences d'importation	21,15	15,25	19,09
% d'entreprises ayant identifié l'obtention de permis et de licences d'affaires comme contrainte majeure	17,93	17,35	14,73
Corruption	Sénégal	Région	Tous les pays
% d'entreprises effectuant des paiements informels aux fonctionnaires publics (pour faire avancer les choses)	18,12	43,32	35,53
% d'entreprises offrant des cadeaux pour obtenir des licences d'opération	21,09	18,2	15,93
% d'entreprises offrant des cadeaux lors de réunions avec les fonctionnaires du système de taxation	18,66	19,72	25,27
% d'entreprises offrant des cadeaux pour assurer des contrats avec l'Etat	36,32	42,54	26,91
% d'entreprises ayant identifié la corruption comme contrainte majeure	23,84	31,54	32,12

<b>Réglementation et taxes</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
<b>Sécurité</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
% d'entreprises payant pour la sécurité	60,09	62,91	60,97
Pertes dues au vol, vandalisme et les incendies volontaires contre l'entreprise (% des ventes)	4,13	3,53	1,98
Coûts pour la sécurité (% des ventes)	1,24	1,99	1,69
Produits acheminés pour fournir les marchés locaux, qui sont perdus en raison du vol (%)	0,24	0,74	0,67
% d'entreprises ayant identifié le crime, le vol et le désordre comme contrainte majeure	11,61	24,5	20,53
<b>Absence de déclaration</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
% d'entreprises disant qu'une entreprise type déclare moins de 100% de ses ventes pour des raisons de taxation	21,63	51	45,66
% d'entreprises de service en compétition contre des entreprises non enregistrées ou informelles	74,11	64,75	63,46
% d'entreprises enregistrées au moment de débuter les opérations dans le pays	78,86	81,39	90,78
Nombre d'années où l'entreprise a opéré sans être enregistrée	0,95	1	0,53
<b>Genre</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
% d'entreprises où des femmes participent à la gestion	26,33	28,56	28,41
% de travailleurs à temps-plein qui sont des femmes	10,61	20,19	26,49
% de femmes à des postes seniors	4	7,44	8,51
<b>Finances</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
% d'entreprises avec une ligne de crédit ou un prêt d'une institution financière	15,25	23,27	33,34
% d'entreprises faisant appel à des banques pour financer leurs investissements	19,77	13,18	16,13
% d'entreprises faisant appel à des banques pour financer leurs dépenses	9,59	21,29	27,56
Valeur de la garantie requise pour un prêt (en % du montant du prêt)	128,75	139,83	137,67
% d'entreprises identifiant l'accès au financement comme contrainte majeure	49,21	47,76	29,24
<b>Infrastructures</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
Nombre de coupures d'électricité en un mois	11,75	13,86	11,36
Valeur perdue en raison des coupures d'électricité (% des ventes)	4,98	5,96	4,31
Délais pour obtenir une connexion électrique (jours)	9,43	36,82	30,32
Nombre moyen d'incidents d'insuffisance d'eau en un mois	7,15	8,26	7,43
Délai pour obtenir une connexion d'eau (jours)	14,09	42,32	36,98
Délai pour obtenir une ligne téléphonique (jours)	8,9	50,64	31,66
<b>Innovation et technologie</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
% d'entreprises ayant une certification qualité internationalement reconnue	6,09	12,17	14
% d'entreprises dont les rapports financiers annuels ont fait l'objet d'un audit externe	25,81	48,45	50,73
% d'entreprises utilisant des technologies ayant reçu une licence d'entreprises étrangères	9,21	10,68	12,49

<b>Réglementation et taxes</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
% d'entreprises utilisant leur propre site Internet	14,56	19,98	38,94
<b>Commerce</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
Temps moyen de passage en douane des exportations directes (jours)	8,91	5,13	5,27
Temps moyen de passage en douane des importations directes (jours)	8,85	8,83	8,25
% d'entreprises exportatrices	13,45	20,57	25,27
% d'entreprises qui utilisent des intrants et/ou des produits d'origine étrangère	45,75	64,47	58,17
% d'entreprises qui ont identifié la réglementation douanière et du commerce comme contrainte majeure	15,12	20,9	17,18
<b>Main d'œuvre</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
% d'entreprises offrant des formations	16,3	34,55	37,98
Nombre moyen d'employés saisonniers/temporaires, à temps partiel	7,81	30,59	23,6
Nombre moyen d'employés permanents, à temps plein	14,09	62,68	85,86
% d'entreprises identifiant la main-d'œuvre comme contrainte majeure	4,83	10,27	12,51

### 3.4 POLITIQUE DE SANTÉ

La santé est considérée comme une composante essentielle du développement économique du pays, comme l'affirme l'article 14 de la Constitution (" l'État et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille") et par la ratification des textes internationaux, tels que la Déclaration universelle des droits de l'Homme, la charte de l'OUA et la Convention des droits de l'enfant.

Les nouvelles orientations de cette politique de santé et d'action sociale, qui découlent de la Déclaration de la politique de santé et d'action sociale de juin 1989, s'appuient sur l'approche programme, traduite à travers le PNDS, pour la période 1998-2007. Un second PNDS est élaboré pour la période 2009-2018.

Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS), qui a couvert la période de 1998 à 2002, était la traduction concrète des priorités en matière de santé définies dans le PNDS. Le PDIS était exécuté annuellement par le biais des plans d'opération (PO) produits par tous les acteurs du développement sanitaire, de la périphérie au niveau central. Le pilotage d'ensemble du PDIS était assuré par la Cellule d'appui et de suivi du PNDS (CAS/PNDS) et l'information sanitaire était gérée par la Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation (DERF) qui était ainsi chargée du suivi et de l'évaluation du programme au niveau du Ministère. Les réformes inscrites sur l'agenda du PDIS concernaient l'organisation du Ministère de la Santé, le sous-secteur hospitalier, le sous-secteur de la pharmacie et du médicament et le financement de la santé.

### **3.5 STRUCTURE DU SYSTÈME DE PRESTATION DES SOINS**

Le Ministère de la Santé et de la Prévention a essentiellement pour mission de mettre en œuvre, sous l'autorité du Premier Ministre, la politique arrêtée par le Président de la République dans les domaines de la santé, de l'éducation à la santé et de la prévention.

Le district sanitaire est le niveau opérationnel comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser les limites d'un département entier ou d'une partie d'un département. Chacun des 69 districts sanitaires est géré par une équipe-cadre dirigée par un médecin-chef.

Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs-lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Ils s'appuient au niveau rural sur les infrastructures communautaires de villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou des matrones.

La région médicale est la structure de coordination du niveau régional. Chaque région médicale correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe-cadre composée de l'ensemble des chefs de services rattachés à la région médicale.

Le niveau central comprend, outre le cabinet du Ministre, les directions et les services rattachés.

**FIGURE 2: ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION**

	Ministre	Établissements Publics de santé
	Cabinet du Ministre	
<b>Directions Nationales</b>	<b>Services rattachés</b>	<b>Établissements Publics de santé</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement</li><li>• Direction de la Santé</li><li>• Direction des établissements de Santé</li><li>• Direction de la Prévention médicale</li><li>• Direction des Ressources Humaines</li><li>• Direction de l'Hygiène Publique</li><li>• Direction des Pharmacies et des Laboratoires</li><li>• Régions Médicales</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS</li><li>• Inspection de la Santé</li><li>• Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat</li><li>• Service National de l'Information Sanitaire</li><li>• Service National de l'Éducation et de l'Information pour la Santé</li><li>• Laboratoire National de Contrôle des Médicaments</li><li>• Cellule Informatique</li><li>• Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pharmacie Nationale d'Approvisionnement</li></ul>

### 3.6 ÉTAT DE SANTÉ

Le tableau 3 résume les principales statistiques de santé sur le Sénégal, par rapport à la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne et des pays à bas revenus.

**TABLEAU 3 : DONNÉES COMPOSANTE I, SENEGAL.**

	Senegal	Date	Valeur moyenne du comparateur régional	Date	Valeur moyenne par catégorie de revenu	Date
			Afrique sub-saharienne		Pays à bas revenus	
<b>Dynamiques de Population</b>						
Population totale	11,385,910	2004	15,439,321	2004	43,077,991	2004
Croissance de la population (par an en %)	2.37	2004	2.16	2004	2.28	2004
Population vivant en zone rurale (% du total)	49.68	2004	62.58	2004	68.6	2004
Population vivant en zone urbaine (% du total)	50.32	2004	37.42	2004	31.4	2004
<b>Santé Reproductive</b>						
Prévalence contraceptive (% de femmes entre 15 et 49 ans)	10.5	2000	21.39	2000	21.25	2000
Taux de fécondité total (naissances par femme)	4.9	2004	5.19	2004	5	2004
Femmes enceintes recevant au moins une consultation prénatale (%)	82	1999	83.6	1999	80.5	1999
Femmes enceintes recevant au moins 4 consultations prénatales (%)	64	1999	56	1999	51.67	1999
Prévalence du VIH, total (% pour population entre 15 et 49 ans)	0.8	2003	8.88	2003	4.45	2003
<b>Mortalité</b>						
Espérance de vie à la naissance (années)	56.14	2004	48.45	2004	53.15	2004
Taux de mortalité infantile (par 1000 naissances vivantes)	77.6	2004	92.24	2004	86.41	2004
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (par 1000)	136.6	2004	149.43	2004	135.54	2004
Mortalité maternelle, ratio (par 100000 naissances vivantes)	690	2000	841.42	2000	768.32	2000
<b>Revenu et inégalités</b>						
PIB par habitant (constant \$US)	460.84	2004	931.54	2004	342.26	2004
Croissance en % du PIB (annuelle)	6.16	2004	5.03	2004	5.6	2004
Dépenses de santé par habitant (en \$US international)	58	2003	115.87	2003	68.7	2003
Dépenses de santé du secteur privé en pourcentage des dépenses totales de santé	58.2	2003	50.23	2003	54.66	2003
Versements directs des ménages en pourcentage des dépenses privées en santé	95.3	2003	79.71	2003	84.95	2003
Index Gini	--	--	39.27	2003	47.17	2004

(Source: The World Bank-WDI-2006, WHO-The World Health Report-2006)

### **3.6.1 POPULATION**

La population est estimée à près de 12 millions d'habitants, dont 50% vit en milieu rural. Selon le dernier rapport de l'EDS, la région de Dakar, qui est la moins étendue puisqu'elle occupe 0,3 % du territoire national, abrite près de 23% de la population totale et 75 % de la population urbaine. La région la plus étendue, Tambacounda, abrite environ 6 % de la population.

La croissance démographique est assez élevée (2,4 %), en raison principalement d'un taux de fécondité total (nombre de naissances par femme en âge de procréation) de 4,9. L'espérance de vie à la naissance, qui est de 56,1 ans (2004) est supérieur à la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne (48,4 ans) ou des pays à faibles revenus (53,1 ans).

Le taux d'alphabétisation est fortement corrélé au degré d'urbanisation. Pour une moyenne nationale de 65 % d'analphabètes, le taux d'analphabétisme le plus faible est observé à Dakar (35 %) ; Ziguinchor suit avec 43 %. Dans les autres régions, en dehors de Saint-Louis et Thiès, l'analphabétisme se situe à plus de 75 %. Bien que le Sénégal compte plus de 20 ethnies, plus de 90 % de la population appartiennent à cinq groupes ethniques dominants : Wolof (43 %), Pulaar (24 %), Sereer (15 %), Joola (5 %) et Manding (4 %). La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94 %). Les chrétiens représentent 4 % de la population, alors que les animistes et les adeptes des autres religions représentent 2 %. (EDS, 2005)

### **3.6.2 MORTALITÉ**

La mortalité maternelle était estimée en 2000 par l'OMS à 690 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, se situant donc en dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne (841,4) et de celle des pays à faibles revenus (768,3). L'EDS IV (2005) l'a estimée à 401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Quant à la mortalité infantile, en 2004, elle était de 77,6 pour 1.000 naissances vivantes, contre 99,2 pour les pays d'Afrique subsaharienne et 86,4 pour les pays à faibles revenus. Il faut noter que l'EDS 2005 rapporte un taux de mortalité infantile bien supérieur pour les zones rurales (82 en zone rurale contre 52 en zone urbaine), en particulier Kolda (100) et Tambacounda (100). Les quintiles les plus pauvres sont très affectés, avec 89 pour le plus pauvre, 85 pour le second, 73 pour le moyen, 53 pour le quatrième et 41 pour le plus riche.

Les dix principales causes de mortalité étaient constituées, en 2002, par les infections respiratoires (16%), le paludisme (13%), les conditions périnatales (9%), les diarrhées (7%), la tuberculose (5%) – voir encadré 1-, les maladies cardiovasculaires (4%), la cardiopathie ischémique (4%), le VIH/SIDA (3%) - voir encadré 2- , les accidents de la route (3%) et la coqueluche (2%). (OMS 2006)

### **Encadre I : Résumé de la proposition Tuberculose de la série 8**

Le Programme d'action communautaire contre la tuberculose (*PACT*), proposé dans la proposition du Fonds Mondial Série 8, est initié, en collaboration avec le PNT, par Family Heath International et Africare, deux ONG unies dans un consortium dénommé Groupe d'action contre la tuberculose au Sénégal (*GAT*). Sa durée de mise en œuvre est prévue sur 5 ans (2009-2013) pour un budget estimatif de 17 791 333 euros. Il est soutenu par le Ministère de la Santé et de la Prévention pour compléter les interventions du PNT dans le cadre de la série 7 par une plus grande implication du niveau communautaire dans la lutte contre la TB.

Le but du *PACT* est de contribuer à l'atteinte des objectifs du plan stratégique national par l'augmentation du taux de détection des nouveaux cas TPM+ de 60% en 2007 à 70% en 2013 et à l'augmentation du taux de succès du traitement de 76% (cohorte 2006) à 85% en 2013, conformément aux orientations du Partenariat Stop TB et aux engagements pris par le pays pour l'atteinte des OMD. Pour atteindre ce but, les objectifs et domaines de prestation de services suivants sont retenus:

- **Objectif 1** : poursuivre l'extension d'un DOTS de qualité et de la décentralisation jusqu'au niveau communautaire dans les 65 districts sanitaires du pays.
- **Objectif 2** : lutter contre la co-infection TB/VIH, la TB MDR et s'attaquer à d'autres défis.
- **Objectif 3** : donner la capacité d'agir aux personnes atteintes de TB et à la communauté.
- **Objectif 4** : favoriser et promouvoir la recherche.

Ce programme est conçu dans une perspective de pérennisation des interventions communautaires et de renforcement de la collaboration entre les communautés et les structures de santé. L'approche centrale est de capitaliser les acquis du mouvement associatif œuvrant dans la santé communautaire depuis plusieurs décennies. Les actions, qui vont cibler la totalité des 11 régions du Sénégal, seront mises en œuvre en collaboration le PNT et les ONG sous récipiendaires. Les ONG sous- récipiendaires vont sous contractualiser et encadrer 650 OCB qui mettront en œuvre un paquet d'interventions communautaires TB composé des volets Sensibilisation, Soutien et Soins. Le PNT va sous contractualiser avec les 65 Districts sanitaires pour mener les activités liées à la planification, formation, supervision et reporting, ainsi qu'au soutien aux patients TB nécessiteux (Transport, nutrition, aides d'urgence, etc.).

## **Encadré 2: Le VIH/SIDA au Sénégal (Commission nationale de coordination du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, 2008)**

Le Sénégal est un pays caractérisé par une épidémie VIH/SIDA de type concentré avec une faible prévalence au niveau de la population générale (0,7%) et des prévalences assez élevées chez les populations clés les plus exposées au risque: les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH – 21,5%) et les Travailleuses du sexe (TS – 19,8%). Un partenariat international et national impliquant le gouvernement, la Banque mondiale, l'USAID, le Fonds Mondial et le système des Nations Unies, la société civile, des secteurs publics clés, une expertise scientifique, les groupes confessionnels et les Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) s'occupe des questions de VIH/SIDA.

Il persiste des contraintes majeures pour un accès universel aux services de prévention de soins et de traitements. Il s'agit essentiellement des pesanteurs socioculturelles qui entravent les efforts de prise en charge et de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des TS et des HSH., une lenteur de la mise en œuvre du passage à l'échelle des interventions, une faiblesse des capacités de mise en œuvre au niveau périphérique, une faible connaissance des modes de transmission si on y inclue les fausses croyances, des insuffisances dans le continuum de soins et dans la prise en charge communautaire socioéconomique des PvVIH et des OEV et un gap de financement lié à la fin des projets Fonds Mondial Round 1 (Mars 2008) et Banque mondiale (2009).

Pour relever les défis actuels et futurs de la réponse, le gouvernement du Sénégal a élaboré un cadre d'intervention unique, le Plan stratégique de lutte contre le Sida (PSLS) 2007-2011 et un cadre de dépense à moyen terme sur le VIH/SIDA 2008-2013 en vue de renforcer les acquis de prévention et de prise en charge , d'atteindre l'OMD 6 sur la réduction de l'impact du Sida, du paludisme et de la tuberculose et de contribuer à l'atteinte de l'OMD 3 sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, de l'OMD 4 sur la réduction de la mortalité infantile et de l'OMD 5 sur la réduction de la mortalité maternelle. L'exécution du plan stratégique et du CDMT VIH/SIDA se fait à partir de plans opérationnels consolidés et multisectoriels régional et national de lutte contre le Sida.

Le Sénégal a déjà bénéficié de deux projets du Fonds Mondial Round 1 (2003-2008) et Round 6(2007-2011).

L'objectif de la plus récente proposition est d'accélérer la mise à l'échelle pour atteindre un accès universel aux services de prévention des soins, de traitement et de soutien pour tous ceux qui en ont besoin sur le territoire sénégalais. La proposition comporte 3 buts qui visent à contribuer i) à la réduction de nouvelles infections VIH, ii) à l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées et iii) au renforcement de la gestion de la coordination et de l'information stratégique. La proposition comporte un important volet de renforcement du système de santé et du système communautaire pour combler la faiblesse des capacités de mise en œuvre du secteur santé, de la société civile du secteur privé et des autres secteurs publics en charge des groupes vulnérables à l'infection.

Dans un souci de cohérence, et de complémentarité avec le Round 6, la coordination des composantes programmatiques mises en œuvre par le secteur public, le secteur privé et les collectivités locales (IEC/CCC, CDV, PTME, prise en charge médicale et le suivi-évaluation) sera assurée par le Secrétariat exécutif du Conseil national de lutte contre le Sida (SE/CNLS) ; la coordination des composantes programmatiques mises en œuvre par les ONG et les associations de PVVIH (incluant la prise en charge communautaire des PVVIH et des OEV etc.) sera assurée par l'Alliance nationale contre le Sida (ANCS).

### 3.6.3 SANTÉ REPRODUCTIVE

Les dernières données de l'OMS, qui datent de 2000, indiquent une prévalence contraceptive de 10,5%, se situant donc en dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne (21,4%). Ce chiffre semble même avoir baissé selon l'EDS 2005, puisqu'elle est passée à 8,7% pour toutes les méthodes de contraception et 7,6% pour les méthodes modernes<sup>3</sup>. Toujours selon l'EDS 2005, les raisons évoquées quant à l'intention de ne pas utiliser la contraception sont, par ordre d'importance, l'opposition à l'utilisation (21,9%), le désir d'avoir des enfants (14,3%), la peur des effets secondaires (11,1%), les interdits religieux (10,6%) et l'opposition du mari (9,1%).

---

<sup>3</sup> Les méthodes modernes comprennent : la pilule, le DIU, les injectables, le diaphragme, la mousse, la gelée, le condom féminin, le condom masculin, la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, les implants, la pilule du lendemain, la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)



# **4. SYNTHESE DE L'EVALUATION DU SYSTEME DE SANTE**

## **4.1 GOUVERNANCE**

### **4.1.1 PROCESSUS DE PLANIFICATION ET D'ELABORATION DES POLITIQUES ET MECANISMES DE COORDINATION DES INTERVENTIONS DES PARTENAIRES**

La fonction de gouvernance des systèmes de santé implique que les activités mises en œuvre soient basées sur des politiques et plans clairement définis et connus de tous les acteurs, et dont l'élaboration et l'évaluation sont faites sur une base participative. Elle suppose également que les mécanismes de coordination des interventions des différents acteurs, y compris les partenaires au développement, soient formellement déterminés et appliqués.

Au cours des dix dernières années, la politique de santé du Sénégal a été mise en œuvre à travers le Programme national de développement sanitaire (PNDS) qui a connu deux phases : un premier Programme de développement intégré de la Santé (PDIS 1) de 1998 à 2003, et un deuxième Programme de développement intégré de la Santé (PDIS 2) de 2004 à 2008. Au moment de l'élaboration du PNDS, la Déclaration de la Politique nationale de Santé de juin 1989 et le IX<sup>e</sup> Plan national de développement économique et social (1996 – 2001) étaient les seuls cadres de référence, au plan sectoriel et national.

De 1998 à 2005, des Plans d'opérations (PO) annuels ont été élaborés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, pour la réalisation des activités des services centraux du Ministère de la Santé, des régions médicales et des districts sanitaires. La Cellule d'appui et de suivi du PNDS (CAS/PNDS) a été créée pour accompagner la mise en œuvre du PNDS.

Le premier Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP 1), qui a couvert la période 2003-2005, servira de référence à l'élaboration du PDIS 2 qui était plutôt un « essai de réajustement du PNDS ». Le second Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP 2) qui couvre la période 2006-2010, marquera l'utilisation dans le secteur de la santé, du Cadre de dépense sectoriel à moyen terme (CDSMT), cadre de programmation et d'exécution budgétaire de la politique sectorielle. Le CDSMT se veut un outil de mise en cohérence des allocations budgétaires et des politiques, d'amélioration de l'efficience des dépenses publiques et de renforcement de la responsabilisation et de l'obligation de rendre compte.

A partir de 2005, du fait de l'arrêt du financement de la Banque mondiale, relatif au fonctionnement de la CAS/PNDS, plusieurs structures du Ministère de la Santé n'ont pu élaborer leur PO, ce qui a occasionné des distorsions dans la mise en œuvre des activités. Outre ces problèmes de financement, la CAS/PNDS est confrontée à une insuffisance de ressources humaines pouvant lui permettre de mener à bien sa mission. Il s'y ajoute que la CAS/PNDS s'est longtemps limitée à assurer la coordination des interventions des partenaires, là où certains acteurs du Ministère de la Santé la percevaient comme le cadre d'élaboration des politiques et stratégies sectorielles, même si ses attributions ont été étendues en 1984.

La création d'une direction technique chargée de la planification, des études, de la recherche et du suivi-évaluation permettrait de donner un poids institutionnel réel à la structure chargée de la planification. En outre, elle permettrait l'articulation de fonctions connexes et complémentaires que sont les études, la recherche, la planification et le suivi-évaluation.

L'application du CDSMT, à partir de 2006, a marqué l'institutionnalisation des Plans de travail annuels (PTA) des districts et régions qui ont la particularité d'intégrer les Plans d'opération des collectivités locales (POCL). Ceci venait corriger une anomalie de taille, parce que les interventions des collectivités locales n'étaient pas inscrites de manière systématique dans les PO des districts et régions, bien qu'au terme de la loi 96-06 du 22 mars 1996, des compétences leur ont été transférées en matière sanitaire.

La gouvernance du système de santé du Sénégal est marquée par l'institutionnalisation de l'élaboration de plans décennaux de développement sanitaires depuis 1998, et de la pratique de la planification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces plans sont en cohérence avec les cadres nationaux de définition des politiques et de planification. Cependant, les activités mises en œuvre dans le secteur de la santé sont souvent en décalage avec les plans opérationnels du fait de difficultés à intégrer les activités des plans des programmes verticaux et ceux des unités opérationnelles; d'où le taux important d'activités planifiées et non réalisées, ou d'activités réalisées non planifiées. Si on y ajoute la faible capacité de planification des acteurs, on perçoit le risque que les activités de planification soient considérées comme des exercices routiniers sans grande incidence sur la mise en œuvre des activités.

L'élaboration des plans, notamment le PNDS 1, s'est faite sur une base participative, avec l'implication des différentes catégories d'acteurs, notamment les partenaires du Ministère et les responsables des différents niveaux de la pyramide sanitaire. Malheureusement, si le PDIS 1 a fait l'objet d'une évaluation avant l'élaboration du PDIS 2, il faut regretter que le PNDS 1 n'ait pas fait l'objet d'une évaluation qui aurait servi, grâce à l'utilisation d'un processus participatif similaire à celui qui a présidé à sa conception, de fondement à l'élaboration du PNDS 2.

La coordination des interventions se fait par l'utilisation d'instruments de suivi comme :

- la revue annuelle conjointe qui regroupe, outre les responsables du Ministère de la Santé, ceux d'autres ministères, les partenaires au développement, les ONG, les collectivités locales et la société civile, et qui formule des recommandations pour l'année;
- la cellule chargée de la planification et du suivi, co-présidée par le Ministre de la Santé et le Ministre de l'Économie, des Finances et du Plan, dont les réunions sont trimestrielles, et qui sont élargies semestriellement aux partenaires au développement;
- la mission conjointe de supervision formée de représentants du Ministère de la santé, des partenaires au développement et des autres catégories d'acteurs (société civile, ONG, collectivités locales, comités de santé), qui organise semestriellement une visite de terrain pour le suivi de l'exécution des activités programmées;
- les comités régionaux et départementaux qui assurent la coordination technique des interventions à leurs niveaux de responsabilités respectifs et qui impliquent les différentes catégories d'acteurs.

Les mécanismes de coordination des interventions des partenaires semblent satisfaire les différents acteurs, en assurant notamment une implication réelle des partenaires au développement qui fournissent au Ministère de la Santé une contribution technique et financière très importante.

#### **4.1.2 RÉFORMES ORGANISATIONNELLES PORTANT SUR LES CHANGEMENTS DE STATUTS ET DE RÔLES, ET SUR L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ**

La gouvernance du système de santé appelle la mise en place d'un dispositif organisationnel qui garantit les conditions d'une mise en œuvre optimale de la politique sectorielle. Le système de santé est organisé selon une structure pyramidale qui comprend, au niveau central, le cabinet du Ministre et les directions et services nationaux, au niveau intermédiaire, les régions médicales, et au niveau périphérique, les districts qui sont les unités opérationnelles de mise en œuvre de la politique sanitaire.

La réforme de décentralisation politique de 1996 et les changements intervenus dans la structuration du niveau central vont affecter considérablement l'organisation du système.

En transférant aux collectivités locales des compétences dans 9 domaines de développement comprenant celui de la santé, la loi 96-06 du 22 mars 2006 introduit dans le système de santé de nouveaux acteurs institutionnels dont les responsabilités vont revêtir une importance considérable. En effet, au terme de la loi de 1996:

- la région est responsable de la gestion et de l'entretien des hôpitaux régionaux et départementaux (jusqu'à l'avènement de la réforme hospitalière qui a transformé les hôpitaux en établissements publics autonomes), de la gestion, de l'entretien et de l'équipement des centres de santé ruraux, et de la mise en œuvre des mesures de prévention et d'hygiène ;
- la commune est responsable de la gestion, de l'entretien et de l'équipement des centres de santé urbains, ainsi que de la construction, de la gestion, de l'entretien et de l'équipement des postes de santé urbains ;
- la communauté rurale est responsable de la construction, de la gestion, de l'entretien et de l'équipement des postes de santé, des maternités et des cases de santé.

Le Président du Conseil régional assure la présidence du Conseil d'administration de l'hôpital régional; le maire préside les comités de gestion des centres de santé et postes de santé urbains; le Président du Conseil rural préside le comité de gestion des postes de santé ruraux. En outre, l'avis du Président du Conseil régional est requis pour la nomination des médecins chefs des centres de santé ruraux, alors que celui du maire est un préalable à la nomination des médecins-chefs des centres de santé urbains et des chefs des postes de santé urbains.

Les fonds de dotation de la décentralisation constituent des ressources allouées aux collectivités locales pour leur permettre de prendre en charge les compétences qui leur sont transférées. L'utilisation de ces fonds au bénéfice des structures de santé a été, pendant plusieurs années, la source de conflits, latents ou manifestes, entre les autorités locales et les responsables des formations sanitaires. En effet, les ressources destinées au fonctionnement des structures de santé, qui étaient, jusqu'ici, gérées directement par les responsables desdites structures, ont été intégrées dans les fonds de dotation alloués aux collectivités locales. Pendant plusieurs années, pour des raisons liées à la méconnaissance des textes ou à une gestion peu transparente de ces ressources par les autorités locales, les structures de santé ont connu quelques difficultés dans leur fonctionnement. Ces problèmes qui ont fait l'objet de plusieurs consultations entre le Ministère de la Santé et les associations d'élus, ont connu un début de solution. Mais, il demeure que jusqu'en 2008, les responsables de structures de santé se plaignent encore du fait que les fonds de dotation sont pas utilisés conformément aux besoins exprimés par les structures de santé. En outre, les ressources traditionnellement destinées au district sanitaire ont été intégrées dans le fonds de dotation en tant que fonds destinés au fonctionnement du centre de santé de

district. L'allocation de ressources spécifiques aux communautés rurales, pour assurer la gestion de l'entretien des postes de santé, se veut une solution à ces distorsions.

La non fonctionnalité des comités de gestion contribue pour une large part à cette situation, parce qu'elles devaient être les instances de concertation, de programmation et de suivi de la gestion des formations sanitaires comprenant l'utilisation des ressources transférées. L'existence de comités de santé, instances de cogestion des formations sanitaires composées de représentants des populations, à côté des comités de gestion, a entretenu un flou relatif aux compétences des différents acteurs dans la gestion des structures de santé. La réforme des organes de gestion des formations sanitaires, initiée par le Ministère de la santé, en collaboration avec les associations d'élus locaux, vise la résolution de cette question par la création d'une instance unique de cogestion comprenant les élus locaux, les responsables des formations sanitaires et les représentants des populations.

Cependant, en se limitant au seul niveau des formations sanitaires, la réflexion sur les organes de gestion semble comporter des limites inhérentes à la non-prise en compte du district sanitaire par les lois de décentralisation. En effet, les lois de 1996 ignorent le district sanitaire en posant les relations entre les collectivités locales et le système de santé sous l'angle exclusif de rapports entre lesdites collectivités et les structures de santé. Pour assurer une cohérence entre l'intervention des collectivités locales et l'orientation de la politique sanitaire qui fait du district l'unité opérationnelle, la réforme devrait prendre en compte la création d'une instance de coordination regroupant les collectivités locales présentes sur le territoire du district, les autorités sanitaires et les autres catégories d'acteurs comme les ONG et les associations communautaires. Cette instance serait le lieu idéal de synthèse des POCL, d'élaboration des PTA, de suivi de l'exécution des activités et de coordination de l'intervention des différents acteurs, y compris la concertation entre les collectivités locales et les districts sanitaires sur l'utilisation des fonds de dotation.

Les autorités sanitaires locales, dans leur relation avec les présidents de conseil régional, maires et présidents de conseil rural, se trouvent dans une position de faiblesse institutionnelle liée au fait que ces autorités locales sont souvent des responsables politiques d'envergure nationale, dont le pouvoir réel et l'influence sur les décideurs est sans commune mesure avec ceux du médecin-chef de région, du médecin-chef de district ou de l'infirmier-chef de poste de santé. Pour protéger le niveau périphérique du système dans ses relations avec les autorités politiques locales, souvent très puissantes, le MSP devrait proposer l'institutionnalisation de mécanismes formels d'évaluation annuelle des relations entre les collectivités locales et les structures du Ministère avec lesquelles elles interagissent (régions médicales, districts sanitaires et EPS). Le Ministère de l'Économie des Finances, le Ministère en charge des collectivités locales et les associations d'élus locaux devraient être partie prenantes à cette évaluation annuelle. En plus de fournir des recommandations spécifiques pour l'amélioration de la collaboration entre les collectivités locales et le secteur de la Santé, elle permettrait au Gouvernement de prendre les mesures correctives nécessaires, dans le cas où des autorités locales utiliseraient des ressources allouées au secteur de la santé à des fins autres que celles auxquelles elles sont destinées.

L'organisation du Ministère de la Santé a été affectée par plusieurs changements liés à répartition des services techniques de l'État. Les directions et services chargés de la Prévention, de l'Hygiène et des Infrastructures ont été les plus concernés par ces changements, avec des créations de structures internes au Ministère de la Santé, suivies de leur scission entre plusieurs ministères ou de leur transfert vers d'autres départements ministériels. La fréquence de ces changements a affecté l'organisation interne du Ministère, du fait qu'une nouvelle modification intervenait au moment où le Ministère proposait des textes réglementaires fixant les attributions des services en fonction du changement précédent.

Le Ministère de la Santé a été confronté, ces dernières années, à des problèmes de coordination, qui ont été unanimement signalés par les responsables du niveau central au cours de cette évaluation. En effet, si

le décret relatif à l'organisation et au fonctionnement du Ministère, fait du cabinet du Ministre le lieu de coordination des actions des directions et services nationaux, la tâche ou la fonction de coordination technique n'est conférée à aucun responsable de manière spécifique. Il en résulte que la fonction de coordination technique est assurée par le Ministre, son Directeur de cabinet ou un de ses principaux conseillers, suivant leur profil ou la nature de la question devant être résolue. Le Secrétaire Général du Ministère est perçu par certains responsables comme devant assurer la coordination des interventions des directions et services nationaux, alors que les attributions qui lui sont conférées par les textes ne prennent pas en compte la coordination technique. Il s'y ajoute que le profil du poste qui est celui d'un administrateur civil, n'est pas compatible avec la fonction de coordination technique.

La création d'une direction générale de la santé coordonnant les interventions de toutes les directions techniques et des régions médicales, à côté des directions d'appui chargés des ressources humaines, de l'administration, des finances, des équipements et du matériel, devrait être envisagée. Le règlement de cette question, qui a souvent été évoquée dans les discussions sur l'organisation du Ministère et la coordination de ses activités (IAGU, 2001), devrait être considéré comme une priorité.

La région médicale qui est chargée d'organiser la collaboration technique entre les structures régionales de la santé, de fournir un appui aux activités des districts sanitaires, et d'assurer l'inspection et le contrôle des structures sanitaires et publiques de la région, souffre d'un manque de capacités techniques et managériales lié notamment à l'insuffisance de ressources humaines. Pour lui permettre d'assumer au mieux ses missions, la région médicale devrait être renforcée tant en moyens humains que matériels. Cependant, la création de nouvelles régions médicales, qui appelle l'affectation de ressources additionnelles au niveau intermédiaire, pourrait constituer une contrainte au renforcement de la région médicale.

Depuis leur création par le décret 61 -360 du 11 septembre 1961, les régions médicales ont conservé la même dénomination, alors que les circonscriptions médicales ont laissé la place aux districts sanitaires, pour marquer l'esprit de la stratégie des soins de santé primaires, qui élargit la sphère des activités du secteur au-delà des aspects strictement médicaux, pour épouser une approche holistique. Dans cette mesure, il serait plus cohérent que les régions médicales soient remplacées par des directions régionales de la santé, de telle sorte que l'ancien diptyque « région médicale/circonscription médicale » soit remplacé par le diptyque « direction régionale de la santé/district sanitaire ».

Le district, qui est l'unité opérationnelle de mise en œuvre de la politique sanitaire, est administré par une équipe-cadre de district, dirigée par le médecin-chef de district qui cumule cette fonction avec celle de médecin-chef du centre de santé de district. Pour permettre au médecins-chefs de district de consacrer plus de temps à leurs tâches de coordination et de supervision des activités du district, le Ministère a pris la décision de leur adjoindre un médecin pour les aider dans leurs tâches de direction du centre de santé de district. Cette formule, qui est expérimentée dans plusieurs centres de santé, permet un renforcement de ces structures en personnel médical. Cependant, elle ne règle pas la question du cumul des fonctions de médecin-chef de district et de médecin-chef du centre de santé de district, avec des risques de déséquilibre dans la prise en charge d'une fonction au détriment de l'autre. Le Ministère de la Santé devrait envisager de dissocier ces deux fonctions, en nommant un médecin-chef du centre de santé de district, placé sous l'autorité du médecin-chef de district, au même titre que tous les agents travaillant dans le district. Cette dissociation qui serait du même type que celle existante entre la fonction de médecin-chef de région et celle de Directeur de l'hôpital régional, aurait l'avantage de clarifier les rôles, et de donner à chaque responsable la latitude de se consacrer principalement aux tâches de direction qui lui sont confiées. Le nouveau médecin-chef du centre de santé serait, évidemment, membre de l'équipe-cadre de district et le médecin-chef de district pourrait assurer des vacations au centre de santé, comme le médecin-chef de région le fait à l'hôpital régional. La construction d'un bureau du district, en dehors du centre de santé, pourrait contribuer à mieux clarifier

la dissociation de ces fonctions. Cependant, la création récente de nouveaux districts, qui appelle l'allocation de ressources supplémentaires, va constituer une contrainte à la mise en œuvre de cette recommandation. Une application progressive, en fonction des moyens disponibles et du niveau d'organisation interne de chaque district serait la démarche la plus appropriée.

#### 4.1.3 TRANSPARENCE ET OBLIGATION DE RENDRE COMpte

L'examen de la fonction de gouvernance prend en compte les questions de transparence et d'obligation de rendre compte qui renvoient respectivement à une gestion respectueuse de règles claires et connues de tous, et à l'exigence faite à chaque acteur de rendre compte des actions dont il a la charge.

Le sentiment général qui ressort des entretiens avec les différents acteurs rencontrés est que le secteur de la santé est affecté par des pratiques de corruption et par une relative impunité, et ce point de vue est étayé par des exemples contenus dans le rapport de l'étude sur la Gouvernance et la corruption dans le système de santé au Sénégal (Forum civil 2004). Il y est fourni une illustration assez détaillée de la situation vécue dans les formations sanitaires où certains responsables et agents de santé se livrent en toute impunité à des pratiques illicites telles que le rançonnement, la vente parallèle de médicaments, l'utilisation à des fins privées du matériel et des locaux publics et la « gratuité informelle ».

Ce rapport a été le prétexte de la tenue d'un forum sur la « Gouvernance dans le secteur de la santé au Sénégal » (31 mars–1<sup>er</sup> avril 2006) qui s'inscrivait dans un processus de collaboration entre le Ministère de la Santé et d'autres acteurs intéressés par cette question. Il ressort de cette étude que, dans certaines formations sanitaires, des agents de la pharmacie s'approvisionnent en médicaments auprès de certains fournisseurs pur les revendre aux patients, parallèlement au circuit légal. Il en découle, évidemment, un manque à gagner considérable pour la trésorerie des structures de santé concernées. Un cas de vente illégale de médicaments impliquant le médecin-chef du centre de santé a même été évoqué dans le rapport.

La « gratuité informelle » renvoie à la pratique de certains agents de santé qui permettent à des patients de bénéficier des services offerts par la structure sanitaire sans aucune contrepartie financière, pour des raisons liées à des relations amicales ou familiales. Certes, le contexte social sénégalais, fortement caractérisé par la solidarité et l'entraide, place les agents de santé dans des situations où ils se sentent obligés de d'offrir des soins gratuits à des parents, voisins ou amis mais, si les mécanismes de contrôle ne permettent pas de freiner ces pratiques, on peut en déduire qu'ils laissent la porte ouverte à toutes sortes de malversations.

Certains professionnels de santé utilisent les formations sanitaires publiques et leur matériel dans le cadre de consultations fournies à titre privé, en violation flagrante des textes en vigueur. Cette pratique est très prononcée dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) où certains chefs de service consacrent à leurs activités privées un nombre d'heures largement supérieur à celui autorisé par les textes. Ils en arrivent même à y consacrer la majeure partie de leur temps de travail, tout en utilisant de manière abusive le matériel de l'hôpital. D'autres médecins, à qui les textes ne donnent aucune possibilité d'exercice à titre privé dans leur lieu de travail, s'adonnent pourtant à cette pratique. En outre, des malades qui se rendent dans des structures publiques sont souvent contraints par les prestataires de les retrouver dans des structures privées où ils officient. L'exercice illégal d'activités privées dans les formations sanitaires publiques et le détournement de malades affaiblissent la viabilité des structures de santé et constitue une violation du droit à un service public de santé.

Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle montre le degré d'impunité qui règne dans les structures publiques de soins, parce qu'aucune mesure de rétorsion n'est prise pour y faire face, alors que ces errements ne sont pas inconnus des directeurs d'hôpital et des responsables du Ministère. La

principale explication qui nous a été fournie sur l'absence de réaction des autorités est que, dans les CHU, les postes de chef de service sont occupés par des professeurs titulaires de chaire qui dépendent du l'Université et qui, pour cette raison, échappent à l'autorité des directeurs de CHU et du Ministère. La signature d'une convention entre l'Université et les établissements publics de santé que sont les CHU devrait être l'occasion de prévoir des dispositions qui mettraient fin à cette situation. Une première option serait de dissocier la qualité de titulaire de chaire et la fonction de chef de service, sur le modèle de l'Hôpital Général de Grand-Yoff (HOGGY) où officient des universitaires qui sont, en général, placés sous l'autorité de chefs de service désignés par la direction de l'hôpital. Cette option pourrait être envisagée dans la perspective de la réalisation du nouvel hôpital national, Dallal Jamm, qui devra disposer du plateau technique le plus élevé du pays, et pour lequel des modalités d'organisation différentes de celles des CHU actuels pourraient être envisagées. Une seconde option serait de maintenir le statu quo, en continuant à faire nommer les titulaires de chaire au poste de chefs de service, tout en prévoyant, dans les conventions entre les établissements de santé et les universités, des mécanismes de contrôle et d'évaluation et des sanctions qui permettraient de mettre fin à l'impunité, et qui rendraient aux pouvoirs publics, et à la direction de chaque d'établissement de santé concerné, l'autorité qui leur a échappé du fait de ce flou institutionnel qui favorise toute sorte de dérapages.

La faiblesse des moyens du Service d'Inspection du Ministère explique, en partie, que des pratiques délictuelles ont cours dans les formations sanitaires, sans qu'aucune mesure de rétorsion ne soit prise. En effet, les responsables rencontrés reconnaissent que ce service est faiblement doté en ressources humaines et matérielles, et que le secteur de la santé, qui est le seul secteur national à abriter des milliers de structures qui vendent des services tous les jours et à toute heure, de la communauté rurale à la capitale, en passant par le département et la région, ne dispose pas d'un service d'inspection et de vérification adaptés à cette spécificité. Ce service étant organisé de la même manière que ceux des autres ministères, alors que l'ampleur des tâches à couvrir est plus importante que partout ailleurs, il lui est impossible de s'assurer de la transparence dans la gestion des formations sanitaires. Il convient de doter le Service d'Inspection en ressources humaines et matérielles à la hauteur de ses missions et de la spécificité du secteur de la santé. Les mécanismes de contrôle existants au niveau des centres de santé et postes de santé ont certes permis, à plusieurs reprises l'arrestation de responsables de comités de santé indélicats, mais ils ne suffisent pas à garantir une réelle transparence dans la gestion.

L'implication des associations de consommateurs et des associations de défense des droits de la personne dans les activités du secteur de la santé aurait pu contribuer à une garantie plus effective des droits des patients, mais ces organisations, qui sont pourtant très dynamiques, semblent ignorer que leur engagement pourrait participer largement à améliorer la gouvernance dans le secteur de la santé. Pour encourager cette implication, et pour améliorer la gouvernance et la qualité des services dans les formations sanitaires, il pourrait être mis en place, en collaboration avec la société civile, des mécanismes d'évaluation de la satisfaction des usagers qui feraient l'objet de rapports périodiques soumis à l'autorité compétente et discutés par tous les acteurs concernés par la gestion des structures. La liberté de presse étant effective au Sénégal, la presse traite l'information sur les questions de santé de manière libre ; ce qui constitue un atout dans le cadre de la promotion de la gouvernance dans le secteur de la santé, parce que les récriminations des usagers ne peuvent pas être étouffées.

#### 4.1.4 FORCES ET FAIBLESSES

##### Forces

- La pratique de la planification est institutionnalisée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- L'élaboration de plans décennaux de développement sanitaire a été institutionnalisée depuis 1998.

- Des mécanismes de concertation et de coordination entre le Ministère et les partenaires au développement existent depuis plusieurs années et ils fonctionnent de manière correcte.
- Les partenaires sociaux sont impliqués dans les processus d'élaboration de politiques et dans les rencontres importantes du Ministère de la Santé.
- La décentralisation du financement et des pouvoirs de décision au niveau des districts et des collectivités locales facilite la mise en œuvre des activités au niveau opérationnel.
- La participation des populations à la santé est une tradition vieille de plusieurs décennies.
- La presse traite l'information sur les questions de santé de manière libre.
- L'accès à Internet est assuré au niveau central, dans les régions médicales et dans la quasi-totalité des districts sanitaires.

### **Faiblesses**

- Le secteur privé n'est pas impliqué dans les processus d'élaboration des politiques et dans les processus décisionnels majeurs intéressant le secteur de la santé.
- Aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, les activités planifiées sont souvent en inadéquation avec les activités exécutées.
- La pratique de l'évaluation systématique des plans n'est pas toujours respectée, comme dans le cas du PNDS I qui n'a pas fait l'objet d'un processus formel d'évaluation.
- Au niveau central, le Ministère souffre de la mauvaise coordination des activités des directions techniques et des régions médicales.
- L'application des réformes de décentralisation adoptées en 1996 n'a pas totalement répondu aux attentes parce que les agents de santé méconnaissent les textes, les comités de gestion des formations sanitaires ne sont pas fonctionnels et certaines collectivités locales n'utilisent pas correctement les fonds de dotation de la décentralisation destinés à la santé.
- Les dispositions régissant l'exercice à titre privé dans les centres hospitaliers universitaires sont violées par les praticiens, dans l'impunité la plus totale, en l'absence de conventions entre les hôpitaux et les universités, qui détermineraient les responsabilités de chaque partie et garantiraient l'autorité réelle des directeurs d'hôpital sur les chefs de service.
- Le Service d'inspection du Ministère est insuffisamment doté en ressources humaines et en moyens matériels et financiers, et son organisation n'est pas adaptée à la spécificité du secteur de la santé, qui est le seul secteur national à abriter des milliers de structures qui vendent des services tous les jours et à toute heure.
- La gouvernance dans le secteur de la santé souffre de l'absence de mécanismes d'évaluation de la satisfaction des usagers.
- Les associations de consommateurs et des associations de défense des droits de la personne sont faiblement impliquées dans les activités du secteur de la Santé.

## 4.2 FINANCEMENT

Le financement est la fonction d'un système de santé concerné par la mobilisation, l'accumulation et l'affectation de fonds pour parer aux besoins de santé individuels et collectifs dans le système de santé.<sup>4</sup>

Le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds et de donner aux prestataires les incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient accès à des services de santé publique et de soins de santé individuels efficaces<sup>5</sup>

### 4.2.1 PROFIL ET STRUCTURE DU FINANCEMENT

Les dépenses nationales en santé (DNS) étaient de 254 196.425.119 F CFA en 2005 (DNS : 23 450 FCFA per capita, Population : 10 839 807 habitants).

Les sources de financement sont, par ordre croissant, les fonds privés (43,05%), représentés à 87% par les ménages, les fonds publics (35,94%) et les bailleurs de fonds et autres (21,02%).

78% des fonds publics sont gérés par le MSP, 77% des fonds privés sont gérés par les ménages et 64% des fonds du reste du monde sont gérés par le MSP.

Les agents de financement sont, par ordre croissant, le secteur public (53%), le secteur privé (43,3%) et le reste du monde (4%).

76,7% des fonds du secteur privé sont gérés par les ménages, soit 84,365 milliards de francs CFA et les 25,668 milliards de francs CFA restants sont gérés par les assurances, les entreprises et les autres fonds privés.

La part de l'administration centrale représente 35% des DNS; celle des ménages représente 38%, celle de la coopération représente 15%, celle des ONG internationales représente 6% et celle des collectivités locales représente 1% des DNS.

Les soins de prévention et de santé publique sont évalués à 56,449 milliards FCFA soit 22% des DNS. 78% des dépenses de cette catégorie de soins sont exécutées par les programmes, 9 % par les hôpitaux publics (hôpitaux et centres de santé), 8% par les prestataires ambulatoires (publics et privés).

Les soins hospitaliers représentent 48,511 milliards de francs CFA, soit 60% des soins curatifs avec 88 % pour les structures hospitalières publiques et 12% pour les cliniques privées. La part des soins ambulatoires est de 25,269 milliards F CFA, soit 31%.

50% des dépenses directes des ménages vont au médicament (dont 14% pour le marché illicite) et 65% du versement direct des ménages vont aux prestataires privés.

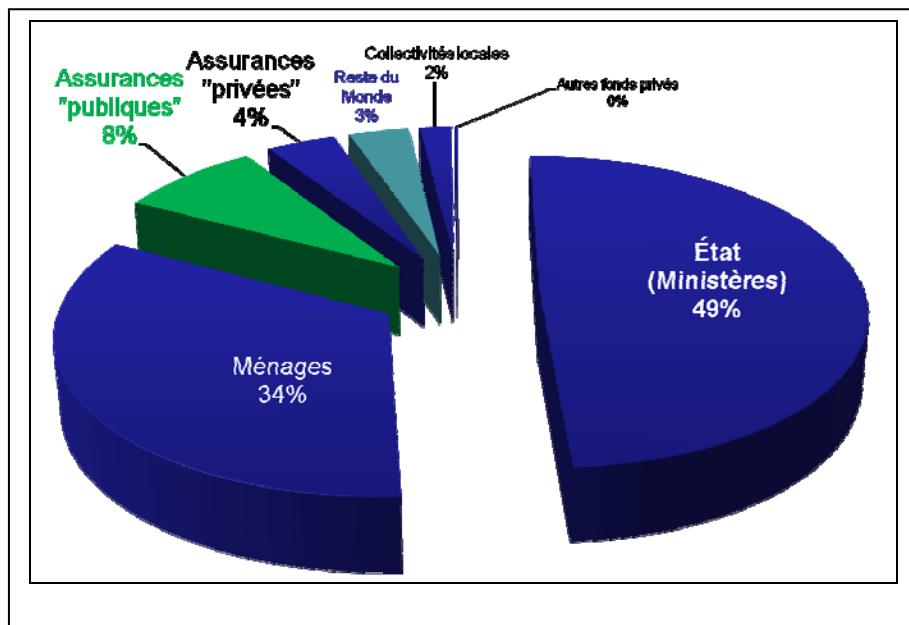
Pour ce qui concerne le financement des hôpitaux publics, la contribution des ménages est de 34%, contre 49% pour l'Etat (voir figure 3).

---

<sup>4</sup> OMS, Rapport sur la Santé dans le Monde 2000, pour un système de Santé plus performant, Chapitre 5, Qui Finance les Systèmes de Santé, page 109

<sup>5</sup> Idem, page 109

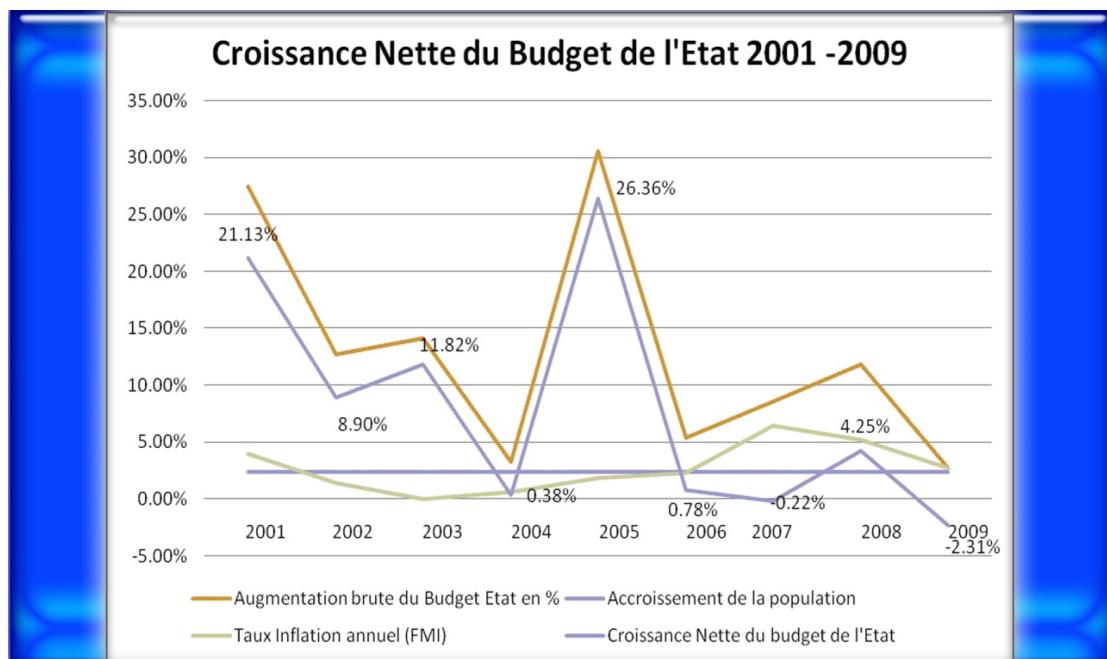
**FIGURE 3: MODALITES DE FINANCEMENT DES HOPITAUX PUBLICS**



#### **4.2.2 FINANCEMENT, GESTION, ANALYSE ET PLANIFICATION FINANCIERE**

L'Etat a fait un effort considérable, ces dernières années pour le financement de la santé, passant de 53 milliards de FCFA en 2000 à 79,7 milliards de FCFA en 2006. L'impact de cet effort mesuré en dépenses par habitant est réduit par l'accroissement de la population et le taux d'inflation (voir figure 4)

**FIGURE 4 : CROISSANCE NETTE DU BUDGET DE L'ETAT DANS LE SECTEUR DE LA SANTE**



Source : DAGE, Ministère de la Santé et de la Prévention et OMS, [www.who.int/nha/country/sen/en/](http://www.who.int/nha/country/sen/en/)

L'exercice des Comptes nationaux de la santé de 2005 a fait ressortir que les hôpitaux publics ont utilisé 50% des ressources du Ministère<sup>6</sup>. Ceci ne prend en compte que les hôpitaux nationaux et régionaux, parce qu'au Sénégal les centres de santé de district ne sont pas considérés comme des hôpitaux de districts et ne font donc pas partie du secteur hospitalier. Cette consommation de 50% des ressources du Ministère n'est pas en harmonie avec une politique axée sur les soins de santé primaires.

De plus, les informations reçues pendant cette revue ont fait ressortir que beaucoup d'hôpitaux ont des problèmes de trésorerie, dus en grande partie au non versement de la subvention de l'Etat. Ce qui mène à la conclusion que les hôpitaux, qui ont une autonomie financière, devraient être mieux gérés et qu'ils ont besoin du respect par l'Etat de ses engagements pour être plus efficaces et plus efficaces.

Dans le cadre de la décentralisation lancé en 1996, certaines responsabilités dans le secteur sanitaire ont été dévolues aux autorités locales à tous les niveaux. Cette dévolution a été suivie d'un transfert de ressources étatiques pour la santé à travers les collectivités locales. Ces ressources, appelées fonds de dotation, sont versées d'une manière ponctuelle chaque année – souvent pendant le deuxième semestre de l'année. Certaines des collectivités de la région de Dakar, qui est la plus riche du pays, utilisent leurs propres ressources pour financer les structures sanitaires. Les autres collectivités du pays contribuent faiblement, sur fonds propres, à l'effort de financement. Néanmoins, cette décentralisation du financement a renforcé la collaboration entre les prestataires du secteur public et les élus locaux dans la planification des fonds et dans la planification locale, notamment avec l'élaboration conjointe des plans d'opérations des collectivités locales.

Il y a, au sein et en dehors du Ministère, une capacité analytique de la problématique du financement de la santé. Cette capacité est démontrée dans les nombreuses études et analyses produites, dont

<sup>6</sup> CNS 2005 Présentations de la CAFSP au comité de pilotage, 10 septembre 2008. Tableaux Excel fourni au consultant, Rapport sur les CNS au Sénégal (en finalisation)

beaucoup sont citées dans la bibliographie. Certains partenaires au développement disposent de compétences dans ce domaine et apportent leur soutien au Ministère. Cette capacité nationale est un atout majeur dans la recherche de l'efficience et efficacité dans le secteur. Le principal défi est celui de son utilisation optimale.

Le CDMT et ses démembrements sectoriels, les Cadres de dépenses sectoriels à moyen terme (CDSMT), ont été mis en place sur la base d'une planification par objectifs qui répond aux OMD et aux objectifs du DSRP. La planification par objectifs est également la base des plans de travail annuels (PTA) des structures sanitaires et des POCL des collectivités locales. Cette planification exige une planification financière sur la base des activités et des résultats.

Malheureusement, le CDSMT n'est pas exploité pleinement. Il n'est pas utilisé comme base de l'arbitrage annuel du budget avec le Ministère de l'Economie et des Finances. Au niveau du Ministère, sa faible utilisation est signalée par le manque de clés de répartition/allocation des ressources. L'allocation des ressources devrait se faire sur la base du CDSMT et des clés d'allocation connues en découleraient. Sans une répartition transparente des ressources de l'Etat, il est difficile de suivre et d'apprécier les dépenses réelles effectuées – surtout par rapport aux intentions et aux politiques du gouvernement. Si le suivi et l'évaluation de l'exécution du budget est difficile, il ne peut pas avoir de « rendre compte ». Ce déphasage entre l'outil de planification financière et les ressources allouées est présent à tous les niveaux. Le processus d'élaboration des PTA et POCL n'est pas informé par un cadrage budgétaire. Un manque de cohérence entre l'effort budgétaire basé sur les résultats/programmes et les moyens fournis risque de décourager les planificateurs et de mener à court terme à un abandon de l'outil et de l'approche.

#### **4.2.3 COUVERTURE DU RISQUE-MALADIE ET INITIATIVES DE GRATUITÉ ET DE SUBVENTION**

La couverture du risque-maladie ne concerne que 20% de la population<sup>7</sup>. Bien qu'il s'agit d'un des taux les plus élevés d'Afrique de l'Ouest, il reste faible eu égard au fait que les ménages contribuent pour 38% à la DNS, malgré le niveau élevé de la pauvreté. Cette protection est fournie par plusieurs instruments ; les instituts de prévoyance maladie (IPM) pour les employés du secteur privé, le régime des agents de l'Etat dit « régime des imputations budgétaires » pour les fonctionnaires), les mutuelles de santé et l'assurance privée individuelle.

Chacun de ces instruments a des possibilités de croissance et d'extension, notamment les mutuelles et les IPM, dont le potentiel est faiblement exploité, et qui devraient bénéficier d'un soutien technique et financier, dans le cadre d'une politique nationale d'extension de la couverture du risque-maladie. Les mutuelles de santé communautaires, qui sont les mécanismes les plus adaptés au développement de l'assurance maladie dans le secteur non-formel, ne bénéficient pas d'un appui direct de l'Etat, comme cela s'observe dans des pays comme le Rwanda ou le Ghana, qui ont dépassé respectivement 80% et 50% de couverture de leur population en matière d'assurance-maladie. Certes, la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque-maladie prend en compte cette question, mais il convient de mettre en exergue, de manière très nette, la nécessité d'un appui direct de l'Etat aux mutuelles de santé, qui est indispensable dans le contexte d'un pays où près de la moitié de la population vit encore en-dessous du seuil de la pauvreté.

---

<sup>7</sup> Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Cellule d'appui au financement et au partenariat, Elaboration d'une Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais, mars 2008, page 12.

Le Gouvernement du Sénégal a pris conscience du fardeau des dépenses de la santé sur les ménages, surtout les plus pauvres. Cet engagement c'est traduit par des initiatives de gratuité (Plan Sésame, césarienne et accouchement gratuits, ARV gratuits, etc.) ou de subvention (CTA, etc.). Le total des subventions directes (hors subvention usuelles et coûts partagés avec les formations sanitaires et comité de gestions) est estimé à 3,6 milliards de francs CFA en 2006<sup>8</sup> (environ 5% des dépenses publiques vers la santé).

Les initiatives de gratuité et de subvention traduisent la volonté de l'Etat de prendre en charge une partie du fardeau des dépenses de santé pour certains groupes, maladies, ou conditions. Ces initiatives ne sont pas coordonnées et ne sont pas gérées d'une manière efficace et transparente. Par exemple, le plan Sésame, qui concerne la gratuité des soins pour les plus de 60 ans, et la gratuité des accouchements et césariennes sont gérés par différentes directions au sein du Ministère. La subvention à la vente des CTA dans le secteur public et privé est gérée par le Programme National de Lutte contre le Paludisme. Il n'y a pas d'adéquation entre les montants des subventions et le coût réel des services fournis ; ce qui explique en partie que la situation particulièrement critique du secteur hospitalier.

Cette situation pose deux problèmes majeurs : le premier est que les ressources ne sont pas distribuées d'une manière efficace, car chaque programme/subvention est considéré isolément des autres<sup>9</sup>. Le second est que les prévisions de ressources nécessaires pour poursuivre ces interventions ne sont pas faites de manière systématique. Ce qui pourrait mener à des problèmes de fonctionnement et à des remboursements. Ceci est particulièrement préoccupant pour le plan Sésame, car le Gouvernement, en n'honorant pas les factures des hôpitaux participe à la fragilisation de leur équilibre financier. En outre, les initiatives de subvention et de gratuité, si elles ne sont pas correctement encadrées, peuvent déstabiliser, à terme, le système de santé.

#### 4.2.4 FORCES ET FAIBLESSES

##### Forces

- La hausse régulière du financement de l'Etat participe à la pérennisation des activités dans le secteur de la santé.
- La décentralisation du financement est une opportunité de renforcement de la collaboration entre les prestataires du secteur public et les élus locaux.
- L'Etat, à travers les initiatives de gratuité, manifeste une volonté politique réelle de réduire le fardeau des ménages.
- Le Ministère et ses partenaires disposent de ressources humaines de qualité dans le domaine de l'analyse de la problématique de financement.
- L'existence d'outils de planification financière adaptés, comme le CDMT est une opportunité, notamment pour une adéquation entre les objectifs de la politique sanitaire et l'affectation des ressources.
- La multiplicité des instruments de couverture du risque-maladie offre la possibilité de toucher toutes

---

<sup>8</sup> Concertation nationale sur le système hospitalier, octobre 2006, cité dans l'élaboration d'une stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais, mars 2008, page 15.

<sup>9</sup> Le manque transparence du processus ne rend pas possible une analyse des critères d'allocation pendant l'arbitrage interne au Ministère

les catégories de la population, dans le cadre d'une politique de développement de l'assurance-maladie.

### Faiblesses

- Le CDSMT n'est pas exploité pleinement, notamment dans l'arbitrage annuel du budget.
- Le secteur hospitalier, qui concerne les niveaux régional et national, se débat dans de graves difficultés financières, malgré le fait qu'il absorbe 50% des ressources du Ministère.
- Les initiatives de gratuité et de subvention ne sont pas gérées de manière coordonnée et le niveau des subventions reçues par les structures sanitaires n'est pas en adéquation avec le coût réel des services.
- Le taux de couverture du risque-maladie est faible et les initiatives d'assurance-maladie à base communautaire, à travers les mutuelles de santé ne bénéficient pas d'un soutien financier conséquent de l'Etat.

## 4.3 PRESTATION DE SERVICES DE SANTE

L'organisation et la gestion des services ont pour finalité de produire des services curatifs, préventifs, éducatifs et promotionnels, relativement aux attentes et objectifs de la politique de santé. A ce titre, les prestations de service demeurent une fonction principale, animée par des prestataires aux qualifications variées exerçant dans les secteurs public et privé. Un système performant devra s'attacher à mettre en cohérence les différents secteurs, pour éviter des pratiques parallèles, sources de problèmes sans solutions (comme les accusations portées contre certains prestataires du secteur privé qui appliqueraient de traitements fantaisistes qui produirait des germes multi résistants).

Ainsi, l'organisation de l'offre de services se fait autour des structures de santé, normalement prédéterminées par une carte sanitaire, qui épousent une distribution pyramidale pour le cas du Sénégal, avec 20 hôpitaux de niveau national et régional au sommet, 76 centres de santé, 1173 postes de santé et environ 2200 cases de santé qui sont des démembrements desdits postes de santé.

Les cases sont au niveau le plus périphérique et sont le socle des activités communautaires, qui pourraient constituer une alternative vers l'accès à des soins de base pour les pays pauvres et en voie de développement. Les structures sanitaires sont réparties au sein de 14 régions médicales et des 65 districts sanitaires. On notera que le Sénégal a opté depuis 1992 pour le « districting » au niveau opérationnel, notion qui a remplacé celle des circonscriptions médicales, entités administratives se superposant aux préfectures d'alors.

Les postes de santé constituent le socle de la pyramide sanitaire et couvrent l'ensemble du territoire au sein des 65 districts sanitaires du pays. Il y a cependant dans leur distribution des écarts certains que les pouvoirs publics ont tenté de réduire avec la multi-sectorialité : depuis 2000 des postes de santé sont créés par des ministères autres que celui de la santé. Le secteur privé, les infirmeries et dispensaires paramédicaux ont largement contribué à cette large couverture du territoire. Les cases de santé, qui constituent un démembrément des postes de santé, sont au nombre de 2200 environ, et constituent le point de départ des activités communautaires, même si parfois leur pérennité est très aléatoire.

Les centres de santé constituent le premier niveau de référence et fonctionnent comme des hôpitaux de district (dénomination utilisée dans d'autres pays africains et par l'OMS). Leur personnel et leur équipement leur permettent de prendre en charge des pathologies plus complexes ou compliquées, parfois même des interventions chirurgicales, telles que la césarienne (Centre référence Type 2). Une

description plus détaillée du paquet de services qu'ils pourraient offrir faciliterait le plan de formation du personnel, ainsi que les relations avec les hôpitaux. Globalement ils peuvent faire face aux pathologies médicales courantes, aux soins dentaires, aux activités de santé maternelle et aux soins de l'enfant en usant de moyens de diagnostic assez limités. On dénombre 76 centres de santé au Sénégal dont moins du 1/3 sont aujourd'hui de type 2. L'expérience des médecins de centre de santé compétents en SOU/SONU a donné des résultats satisfaisants pour la prise en charge des accouchements par césarienne, comme cela se fait dans la plupart des pays d'Afrique centrale et de l'Est où les médecins reçoivent leur diplôme avec des compétences pour la césarienne et une chirurgie dite « légère » (hernie, appendicectomie, réduction de fracture et manœuvre instrumentale pour sauver la vie).

La répartition de ces centres de santé au sein du territoire est assez satisfaisante, nonobstant quelques écarts dans les régions de Tambacounda et Matam, zones très vastes et peu peuplées ; ainsi la faible couverture dans ces zones est à relativiser.

Les hôpitaux sont au nombre de 20 avec 8 à Dakar où l'on dénombre 2 hôpitaux nationaux ayant un statut de Centre de formation universitaire, 2 hôpitaux militaires, qui reçoivent néanmoins tous les demandeurs de soins, un hôpital municipal dans la ville et 3 autres dans la banlieue de Dakar. Les seuls hôpitaux privés du pays sont confessionnels et sont situés dans les villes de Thiès et de Touba ; du reste la gestion de l'hôpital de Touba a été transférée au Ministère de la Santé. A l'exception de Fatick et des nouvelles régions (Matam, Kaffrine, Sédiou) toutes les régions du pays ont en leur sein un hôpital constituant une référence de second niveau. Le plateau technique est plus élevé selon qu'on monte dans la pyramide, en supposant que seules les pathologies les plus lourdes, et suivant la référence, devraient parvenir dans les hôpitaux nationaux qui, malheureusement, sont parfois fréquentés pour des cas simples.

Du point de vue des infrastructures, les centres de santé et postes de santé sont repartis de manière assez équilibrée dans le pays, ce qui n'est pas encore le cas pour les hôpitaux si l'on s'en réfère à la norme « une région - un hôpital ». Par ailleurs, il est à se demander si les effectifs actuels peuvent permettre la mise en place d'autres hôpitaux, du fait que ceux déjà en activité connaissent des difficultés pour disposer de ressources humaines de qualité.

**TABLEAU 4 : REPARTITION DES FORMATIONS SANITAIRES PAR REGION**

Région	Nombre de centres de santé	Nombre de postes de santé	Nombre d'hôpitaux	Population
Dakar	19	222	8	2 622 408
Diourbel	4	79	2	1 319 308
Fatick	6	82	0	627 804
Kaffrine	3	44	0	492 685
Kaolack	4	81	1	757 743
Kédougou	2	20	0	118 921
Kolda	2	48	1	553 708
Louga	5	81	1	777 085
Matam	3	66	1	533 385
Saint-Louis	5	116	2	837 583
Sédiou	2	40	0	418 278
Tambacounda	7	73	1	610 550
Thiès	9	126	2	1 471 754
Ziguinchor	5	95	1	474 374
<b>Pays</b>	<b>76</b>	<b>1173</b>	<b>20</b>	<b>11 615 586</b>

### **La médecine privée**

Pour l'essentiel, les structures médicales privées sont concentrées à Dakar, et ce, malgré les tentatives des ONG de rééquilibrer cette donne par l'installation de structures communautaires médicalisées.

Le secteur privé, institutionnellement rattaché à une division du Ministère, évolue tout de même de façon presque parallèle, tant du point de vue de la coordination des actions et des approches sanitaires que de celui de l'intégration des résultats au système d'information sanitaire. Ainsi, les données d'enquête (EDS) révèlent toujours des taux de couverture au delà des résultats colligés par le Ministère (SNIS). De ce point de vue la prise en compte du secteur privé, dans une approche globale de résolution des problèmes de santé, s'avère être une urgence.

### **Le système de référence**

La référence est conçue pour fonctionner de bas en haut et vice-versa, donc des postes de santé aux centres de santé et de ces derniers aux hôpitaux de région et ensuite aux hôpitaux nationaux. Ce schéma reste encore dans une large mesure une vue théorique, relativement à l'absence de spécialistes dans les hôpitaux régionaux et dans les centres de santé, en plus de l'absence de rétro-information sur les cas référés. Ce système doit assurer le lien et la continuité des soins à partir de tout point de prestation de service du territoire. Cela suppose donc un fonctionnement optimal des différents niveaux.

## **4.3.1 DISPONIBILITÉ DES SERVICES**

La disponibilité des services se définit par rapport à un certain nombre d'exigences liées à la structure, aux équipements et fournitures, aux ressources humaines dont les compétences et à la continuité des services.

Sous cet angle, la disponibilité des services publics au Sénégal pose un certain nombre de problèmes :

- le personnel, parce que souvent le personnel qualifié est absent, laissant libre cours au personnel de soutien qui « remplit le vide » (voir la partie « Ressources humaines »).
- Le surpeuplement des hôpitaux nationaux (cas de l'hôpital Le Dantec) avec un taux d'occupation moyen qui dépasse les 100% (malades à deux sur 1 lit à l'Institut PMC, malades gisant dans les couloirs en orthopédie traumatologie). Certains malades font le tour des hôpitaux de Dakar sans trouver de lit disponible et se résignent à rentrer chez eux. Par contre, dans les hôpitaux régionaux, la situation est moins alarmante, mais les patients ne trouvent pas souvent pas le spécialiste qu'il leur faut. Le ratio lit d'hôpital par habitant est de 0,109 /1000 (la norme étant de 1 lit /1000 hts).
- Les équipements et les services de diagnostic restent en deçà des attentes de populations qui vont souvent dans le privé ou il y a moins de problème de disponibilité du personnel et des équipements.
- Dans certaines structures publiques, le service n'est souvent pas disponible au delà de la demi-journée ; le système de « permanence » mis en place utilisant plus du personnel communautaire non qualifié que du personnel qualifié.

## **4.3.2 ACCÈS AUX SERVICES, COUVERTURE ET UTILISATION**

### **Accessibilité aux services**

L'accès à tous les services confondus pourrait être jugé au travers des consultations curatives avec un taux de consultation globale de 63,9% pour l'ensemble du Sénégal (Annuaire SNIS 2007) ; ce qui en soit est une bonne moyenne, compte tenu des difficultés à accéder aux services de base dans certaines régions (Tambacounda et Kolda), même si l'enquête ESAM-II (2001) révélait que 57,4% de la population est à moins de 30 minutes d'un service de santé. Cependant, en milieu rural, 32,9% de la population est au delà des 5 km.

L'accès aux soins se heurte aux barrières financières, et c'est pour faire face à cette situation, dans l'optique de l'atteinte des OMD, que les pouvoirs publics ont rendu gratuits certains services comme la césarienne, surtout dans les régions les plus pauvres du pays (Kolda, Tambacounda, Fatick et Ziguinchor).

Les structures privées, au nombre de 357 selon le SNIS, et localisées essentiellement dans la région de Dakar, ont une clientèle fidélisée, malgré les prix assez élevés qui y sont pratiqués. En ce qui concerne la médecine traditionnelle, la tendance au premier recours à ces services reste élevée, même s'il faut la relativiser en raison de l'urbanisation du pays. Ce recours s'explique par la facilité d'accès à ces services de base pour les couches les plus démunies de la société.

### **Utilisation et couverture**

L'utilisation et la couverture pour les programmes prioritaires du Sénégal se sont nettement améliorées ces dernières années, comme en attestent les progrès notés dans les différents programmes préventifs (voir tableau 5). A titre d'exemple, la couverture contraceptive est passée de 2,4 % à 10,3% entre les EDS 1 et 4, même si on devrait s'attendre à de meilleurs résultats au vu des efforts investis dans ce secteur. De même les soins prénatals ont suscité une attention toute particulière avec les progrès suivants : un taux de CPNI+ (73% - 82% - 93%) entre 2005 à 2007 ; le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié est passé de 47 à 52% entre les EDS 2 et 4.

En ce qui concerne la couverture du couple mère – enfant, le taux de césarienne reste très bas pour éviter le décès de la mère et la souffrance des enfants. La couverture en Penta 3 (ou DTCP3) est, quant à elle, passée à des taux respectables de 44,7 % en 2001 à 94 % en 2007, par rapport à un objectif fixe de 80 %.

Le taux de prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0-36 mois a été évalué à 15 % (> à l'objectif de 14 %). En outre, 78% des enfants couverts par la PRN ont eu un gain de poids adéquat et 91 % des mères d'enfants cibles ont bénéficié d'activités promotionnelles et éducatives.

Le taux de morbidité palustre globale qui était de 35,72% en 2001 est passé à 22,25 %, mais cette réduction est à mettre en relation avec le recours systématique aux des tests de diagnostic, depuis bientôt 2 ans, qui écartent certains cas de fièvre qui, dans le passé, étaient considérés à tort comme des cas de paludisme. La réduction des cas de paludisme grave et celle de la mortalité proportionnelle par paludisme sont un indicateur des bonnes performances du PNLP.

Le taux de prévalence du SIDA, attesté par l'EDS 4 (0,7%) indique les efforts déployés par le pays pour contenir cette pandémie. Toutefois, ce taux cache quelques disparités, notamment dans les régions de Ziguinchor et de Kolda. Ces disparités sont liées aux phénomènes migratoires, car ces régions sont

frontalières à des pays où les épidémies sont moins contrôlées. Ainsi, il devient urgent d'y mener des actions d'envergure pour ne pas hypothéquer les acquis obtenus jusqu'ici.

**TABLEAU 5 : EVOLUTION DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTE REPRODUCTIVE**

INDICATEURS	SOURCES		
	EDS II (1992)	EDS III (1997)	EDS IV (2005)
Taux de mortalité maternelle	510/100000 NV		401/100000NV
CPN I	73%	82 %	93%
CPNI zone urbaine	94%	95%	98%
CPNI zone rurale	63%	76%	90%
VAT	70 %	83%	89,3%
Taux d'accouchement assisté	47%	48%	52%
Taux de césariennes	0,7*	0,6*	3%
Mortalité néonatale	34,9‰	37,4‰	35‰
Mortalité infantile 59/1000			Rural 46‰ Urbain 32‰
Indice synthétique de fécondité	6,03	5,7	5,3
- Femmes urbaines			
- Femmes rurales	5,06	4,29	4,1
	6,74	6,74	6,4
Taux de prévalence contraceptive FM	4,8 %	8,1 %	10,3%
- Femmes urbaines			
- Femmes rurales	11,8%	19,3 %	18%
	1,4 %	2,1 %	5%
Prévalence HIV			0,7%

FM : enquêtes ménages donc juste concernant les femmes mariées

### 4.3.3 ORGANISATION DES SERVICES

Une animation du dispositif de soins permet d'offrir des services de qualité continus aux demandeurs de services, grâce à une variété de points de contacts intégrés dans les structures ; ce qui permet également de faire face aux situations d'urgence.

Le Sénégal a opté pour la journée de travail continue. Cependant, au niveau des points de prestation, la continuité des services pose problème du fait de l'absentéisme récurrent de personnels clés ; ce qui a un impact négatif sur l'efficacité des services et la satisfaction des demandeurs de soins. Par conséquent, un contrôle minimal sur les volumes de travail est nécessaire pour renforcer la présence au poste de travail, et améliorer l'offre de soins.

---

\* Enquêtes dystocies 1992, 1996 et 2001

FM Femmes mariées uniquement

L'intégration des soins peine à se mettre en place dans des structures qui, au delà de la faiblesse des ressources humaines, manquent souvent du minimum, comme dans les cas de rupture en antibiotiques et fils dans les services chirurgicaux.

L'utilisation des ressources humaines et matérielles à la périphérie du système pourrait être améliorée, En témoigne la question du cumul des fonctions de médecin-chef du district et de médecin du centre de santé, qui est évoquée depuis une dizaine d'années, sans une véritable avancée. Cette question a déjà été traitée dans le chapitre du présent rapport relatif à la gouvernance.

Sur ce socle organisationnel relativement faible, interagissent sept programmes de santé verticaux qui cherchent chacun à utiliser au maximum le personnel en place au détriment d'un système qui ainsi, perd toute chance d'être cohérent intégré et harmonieux.

Paradoxalement, au niveau des hôpitaux il y a un manque notoire de matériel de soutien diagnostic, avec parfois des différences qui relèvent, à première vue de l'iniquité, comme l'existence de scanners dans l'axe Dakar-Thiès et Saint Louis, alors que d'autres zones en sont dépourvues. Si dans les hôpitaux régionaux l'organisation administrative et des soins pose moins de problème, dans les centres hospitaliers nationaux comme l'hôpital Le Dantec, le caractère d'hôpital universitaire joue comme un facteur confondant tant sur l'organisation de services que sur les lignes d'autorité. Une définition claire des rôles et responsabilités dans de telles structures serait la bienvenue, dans le cadre des conventions entre les EPS et les universités, comme évoqué dans le chapitre relatif à la gouvernance.

#### 4.3.4 ASSURANCE QUALITÉ DES SOINS

La qualité des services témoigne de la dynamique d'un système de santé qui, au delà des besoins quantitatifs à couvrir et des normes à respecter, cherche à répondre aux besoins de qualité, qui vont bien plus loin que l'atteinte de ces normes. La qualité dans le domaine des soins étant souvent décrite « par les meilleurs soins que l'on aimerait recevoir soit même », ce qui veut dire concrètement les meilleurs soins par les meilleurs prestataires de service.

Pour ce faire, il faudrait en exprimer la volonté, mais aussi détenir ou concevoir un outil permettant de mesurer régulièrement la qualité, dont l'amélioration est en principe sans fin, au sens où l'on peut toujours améliorer ce qui se fait déjà.

Dans le cas du Sénégal, la volonté d'assurer une meilleure qualité des services existe à travers la mise en place du Programme Qualité rattaché au cabinet du Ministre de la Santé ; c'est dans cette perspective que se situe l'élaboration de la charte de l'hôpital. Jusqu'ici ce programme a travaillé sur une approche normative qui exclut totalement les demandeurs de soins, alors qu'ils ont des droits qui constituent leurs références en matière de qualité.

En outre, il n'y a pas encore d'outil standard d'évaluation de la qualité des services qui sont offerts à travers le pays. Toutefois, grâce à certains partenaires, des outils comme l'approche Performance et l'approche COPE ont été testés et même utilisés à une large échelle, pour ensuite être abandonnés. L'approche COPE se base sur les droits des demandeurs de services et les besoins des prestataires de services qui constituent un bon faisceau d'indicateurs de qualité. Ces indicateurs sont mesurés sur une périodicité régulière et permettent de dresser un plan d'action d'amélioration de la qualité.

La supervision des services, surtout formative, pouvait permettre de pallier certains problèmes de qualité en aidant le prestataire à se corriger progressivement et s'améliorer. Ainsi, un guide de la supervision révisé a été élaboré par le MSP. Cependant, son utilisation n'est pas encore effective. Les activités de supervision prévues ne sont que rarement exécutées sur le terrain et les superviseurs autant

que les supervisés s'en plaignent. Les seules supervisions effectives sont le fait des programmes verticaux concernant ceux relatifs au paludisme, à la tuberculose et au SIDA, qui disposent de moyens financiers importants. Cette supervision est souvent effectuée pour des besoins de recueil d'informations nécessaires à ces programmes et, souvent, elle se fait directement du niveau central au district, sans implication du niveau intermédiaire.

Les normes, protocoles et politiques de services sont élaborées et mises à la disposition des prestataires de services qui supportent la charge des soins, notamment pour ce qui est de la santé de la reproduction, du paludisme, de la tuberculose et du SIDA.

En définitive, la volonté d'assurer la qualité des services existe, mais il reste à la concrétiser à travers un outil de mesure et cette évaluation de la qualité doit être couplée à une supervision assidue pour régler la question des insuffisances notoires dans le domaine de la qualité des services.

### 4.3.5 FORCES ET FAIBLESSES

#### Forces

Le Sénégal s'est inscrit très tôt dans une approche globale de promotion de la santé, en essayant de mettre en pratique les conclusions de la conférence de Alma Ata de 1978, relatifs à la redéfinition de la santé et des extrants attendus (préventif, curatif, éducatif, et promotionnel), puis à travers la décentralisation des services pour les rendre plus accessibles aux populations. C'est d'ailleurs dans ce cadre que le pays a été divisé en districts sanitaires dans les années 90 pour opérationnaliser cette volonté.

La carte sanitaire, qui vient d'être élaborée, peut être un puissant outil de répartition planifiée de l'implantation des structures de prestations de services. Il faut souligner que les collectivités locales et les communautés ont une propension à construire des infrastructures de santé qu'elles n'ont pas les moyens de gérer, parce que ne pouvant pas fournir le personnel et l'équipement et assurer le fonctionnement, d'où la nécessité de les associer à tout processus de planification de l'offre de services dans leur ressort territorial. Il est toutefois notable que l'accessibilité physique aux structures s'est nettement améliorée avec les nouvelles structures réalisées dans le cadre du PNDS I (1998- 2007).

La médecine d'entreprise s'est largement développée. Il en est de même pour la médecine privée qui a connu un essor important apportant une offre variée et déterminante. Toutefois, il faut déplorer que cette offre privée ne soit disponible que dans des aires géographiques urbaines (Dakar et les capitales régionales principalement) et pose un problème d'accessibilité financière.

Entre ces différentes structures de santé, le Ministère de la Santé, vient de définir un système de référence et de contre référence, malheureusement peu connu des parties prenantes (populations – prestataires - gestionnaires financiers).

Des normes, protocoles de services et guides thérapeutiques sont disponibles pour guider et instruire le prestataire pour tout ce qui a trait aux services s'occupant de la mère et de l'enfant, ainsi qu'aux maladies prioritaires (paludisme, Sida et tuberculose). Ces protocoles sont constamment et périodiquement révisés pour intégrer toutes les connaissances nouvelles.

Tout cela a permis une amélioration significative des indicateurs relatifs à la santé maternelle et infantile – OMD 4 et 5 - comme en témoignent les EDS de 1986 à 2005. C'est dans ce cadre que s'inscrivent les progrès en matière de couverture vaccinale (Penta3 -DTCP3- : 80% en 2005 et 94 % en 2007), même si on ne peut pas présager de l'immunité vaccinale proprement dite. Sur un tout autre registre, l'absence

de notification de cas de rougeole au Sénégal pour les 3 premiers trimestres de l'année 2008 (contre 3 cas en 2007) est un bon critère de performance des services préventifs. Il faut ajouter à ces points forts les progrès constants en prévalence contraceptive : 2,4 % en 1986 et 10,3 % en 2005 (EDS 1 et EDS 4), l'avancée dans la surveillance de la grossesse - taux de CPNI+ (73%-82%-93% entre 2005 et 2007), les progrès dans les accouchements assistés par un personnel qualifié.

Pour ce qui concerne les maladies prioritaires et les pathologies chroniques, il faut signaler la volonté affichée de rendre disponibles les services sur l'ensemble du territoire à travers la mise en place de programmes spécifiques, même si ceci n'est pas en soi une garantie d'efficience. Ainsi, le SIDA est contenu dans un profil bas (0,7%), la détection et la prise en charge décentralisée de la tuberculose, la réduction drastique des cas de paludisme grave et de la mortalité palustre sont également à inscrire dans les acquis du système de soins. Il faut noter cependant que ces programmes sont soutenus et renforcés par le Fonds mondial, posant fondamentalement la question de la pérennisation de ces bons résultats.

### **Faiblesses**

La quasi-inexistence de services spécialisés dans les régions, qui entraîne une inefficience dans le système de référence et de contre-référence, contribue à la surcharge des hôpitaux nationaux. Cette faiblesse est renforcée par le faible ratio lits d'hôpitaux / habitants (1,09 pour 10,000 hts) en plus de la disparité importante entre milieu rural/urbain (1 lit d'hôpital pour 1000 hts selon l'OMS).

Les normes de fonctionnalité des différentes structures sanitaires en termes de personnel, de services à offrir et d'équipements sont peu connues des gestionnaires de ces structures.

La prise en charge complète des parturientes n'est pas effective partout : seuls 20% des centres de santé de référence type 2 peuvent faire face à des accouchements nécessitant la césarienne.

Pour ce qui est de l'accessibilité financière aux services par les personnes démunies, il n'existe pas encore de critères précis pour l'indigence, d'autant plus que le personnel social capable d'aider à résoudre ce genre de problèmes (assistants et aides sociaux) est presque inexistant dans les structures de soins.

En termes de couverture, les données sanitaires du secteur privé ne sont pas disponibles ou sont incomplètes : le secteur privé fonctionne en parallèle avec le secteur public et aucune action d'envergure n'a jusqu'ici été réalisée pour résoudre cette question, à part une tentative de recensement des éléments qui composent ces deux secteurs.

Bien que la faible prévalence du SIDA constitue un motif de satisfaction, il demeure que certaines zones comme Ziguinchor, Kolda, Kaolack et Fatick méritent une surveillance particulière et des actions d'envergure (Information, offre de dépistage, PEC des cas ...) sur les cibles transmetteurs que sont les routiers, migrants et les commerçants ambulants des marchés transfrontaliers.

La disponibilité du personnel est inadéquate pour assurer la continuité des soins. Le personnel a souvent une présence irrégulière surtout au niveau opérationnel où le nombre élevé de séminaires et de rencontres diverses éloigne les prestataires des structures.

Le Programme « Qualité des services », qui est rattaché au cabinet du Ministre, n'a pas encore produit des effets à la périphérie du système. Par ailleurs, il existe plusieurs outils qui pouvaient permettre d'évaluer la qualité (COPE – AAQ...Monitoring), mais qui ne sont utilisés aujourd'hui que de façon sporadique ou isolée.

L'offre de services fournie par les associations et ONG au niveau communautaire reste faible et son utilisation attend d'être rationalisée dans le cadre de la contractualisation des services, qui était pourtant annoncée depuis le démarrage du PNDS I.

Il n'y avait pas jusqu'ici de mécanismes formels de consultation continue pour appréhender les besoins des populations, afin d'adapter l'offre de services aux besoins réels des populations. Cependant, avec les plans opérationnels des collectivités locales (POCL) ce problème peut être surmonté.

La supervision – inexistante ou irrégulière – demeure le maillon faible du système, malgré l'élaboration d'un guide prévu à cet effet par le MSP. Dans les sites visités, peu d'activités de supervisions ont été effectuées, à cause d'un manque de moyens et d'un calendrier trop chargé.

#### 4.4 RESSOURCES HUMAINES

Il est établi que les ressources humaines représentent, dans tous les pays du monde, la ressource la plus précieuse car, en plus de leur impact économique, elles donnent de la valeur aux autres ressources en leur permettant de devenir des produits socialement utiles. Le Sénégal a, dans ce domaine, déployé des efforts importants, notamment dans le secteur de la santé, depuis plus d'une quinzaine d'années, pour assurer une meilleure intégration du développement des ressources humaines aux objectifs de santé.

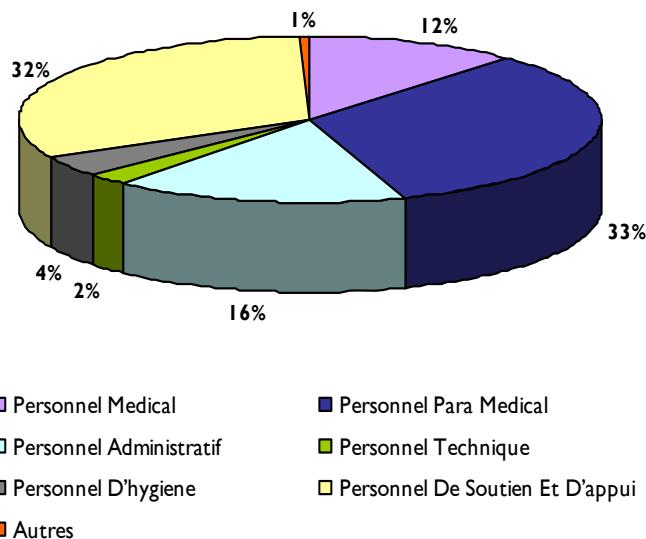
Déjà, en 1989, après la Déclaration de Politique de Santé, le Ministère de la santé a cherché à valoriser et à développer les ressources humaines à travers le Projet de Développement des Ressources Humaines (PDRH). Cette volonté a été poursuivie et confirmée avec le PNDS, dont le développement des ressources humaines a constitué une des orientations stratégiques majeures.

La fonction de gestion des ressources humaines dans un système de santé vise à disposer d'un personnel qualifié et motivé équitablement réparti sur l'ensemble du territoire. Toutes choses qui correspondent à des objectifs de couverture, de motivation et de compétences. Il est établi qu'une bonne répartition du personnel sur l'ensemble du territoire national permet un accès plus équitable des populations aux services de santé, que la motivation est essentielle pour l'efficacité et l'efficience des agents et que les compétences des personnels de la santé jouent sur la qualité de leurs prestations de services. A leur tour, l'équité, l'efficacité et la qualité, qui sont des facteurs déterminants d'un système de santé performant, permettent d'obtenir des résultats sanitaires positifs au bénéfice de la population.

Le système de santé du Sénégal compte, selon une étude récente relative au répertoire des emplois, mais non encore appliquée, cent quatre (104) emplois types classés en neuf (9) catégories. Le Ministère de la santé compte près de 16000 agents repartis entre les différentes catégories socioprofessionnelles. Ils représentent les effectifs les plus importants au niveau de la Fonction Publique, après ceux de l'Education.

**FIGURE 5 : REPARTITION DU PERSONNEL SELON LA CATEGORIE SOCIO PROFESSIONNELLE**

Source : Ministère de la Santé et de la Prévention



La répartition du personnel par catégorie socioprofessionnelle reste très inégale. Le personnel de soins comprenant le personnel médical (11,63%) et le personnel paramédical (33,04%) représente 44,67% des effectifs.

Le reste du personnel est composé du personnel de soutien (31,88%), du personnel de l'hygiène (4,22%), du personnel technique ou personnel de maintenance (2,09%) et du personnel administratif (16,48%).

Le Sénégal est loin des normes fixées par l'OMS avec :

- 1 médecin pour 18615 habitants (OMS : 1 médecin pour 5000 à 10000 habitants) ;
- 1 infirmier pour 4813 habitants (OMS : 1 IDE pour 300 habitants) ;
- 1 sage femme pour 3946 FAR (OMS : 1 SFE pour 300 FAR).

La répartition des personnels selon l'employeur montre que l'Etat reste le principal employeur des personnels de santé avec 44 % de salariés. Il est suivi des comités de santé (22%) et des Etablissements Publics de Santé (EPS) (18%). Les contractuels de l'Etat, des collectivités locales, des EPS et du PDIS se partagent les 16 % restants.

La Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontostomatologie de l'Université Cheikh Anta DIOP forme les médecins, les pharmaciens et les chirurgiens dentistes. De 1998 à 2007, la Faculté a formé près de 600 médecins, 459 pharmaciens et 180 chirurgiens dentistes. Entre 2003 et 2006, 235 médecins spécialistes ont été formés. Les médecins spécialistes en santé publique sont formés à l'Institut Santé et Développement (ISED). De 1987 à 2007, un total de 195 diplômés en santé publique a été formé à l'ISED, parmi eux 164 Sénégalais, qui sont en fonction aux niveaux central (33), régional (19), des districts (51), des hôpitaux (11), de l'Armée sénégalaise (8), des cabinets privés (5), de l'UCAD (10), des organisations internationales (28), et 31 étrangers. 171 de ces diplômés sont médecins, 13 sont pharmaciens et 11 sont chirurgiens dentistes.

Quant aux paramédicaux, ils sont formés à l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS) qui résulte du regroupement, en 1992, des anciennes écoles des infirmiers, des sages femmes, du Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers (CESSI), de l'Ecole Nationale des Techniciens Supérieurs en Odontologie (ENTSO), de l'Ecole Nationale des Agents sanitaires et de l'Ecole des Agents d'Hygiène, suite à la restructuration des écoles de formation professionnelle décidée par l'Etat. L'ENDSS est placée sous la tutelle du Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP). Le nombre de professionnels paramédicaux formés à ce jour est de 2392 diplômés dont 1230 infirmiers d'Etat et 910 sages femmes d'Etat, ceci depuis 1995. Plus récemment, en 2005, 87 assistants infirmiers ont été formés et mis sur le marché du travail. L'Ecole Nationale des Techniciens en Maintenance Hospitalière, qui est également rattachée au MSP, forme des professionnels de la maintenance. La formation des assistants infirmiers a commencé en 2003 au niveau des Centres Régionaux de Formation en Santé (CRFS) et celle des infirmiers et sages femmes y a débuté en 2007. A côté de l'ENDSS et des CRFS, qui sont des établissements publics de formation en santé, il y a des écoles privées de santé dont le nombre ne cesse de croître et qui forment surtout des infirmiers et des sages femmes.

La répartition du personnel sur le territoire national, révèle des disparités importantes entre régions. Cette inégalité s'explique par les conditions peu favorables rencontrées au niveau des régions autres celle de Dakar. Sur les 359 médecins en fonction au Ministère de la santé, 266 officient à Dakar soit pratiquement près des 3/4. La situation est encore plus préoccupante pour ce qui concerne les médecins privés, dont 389 sur 473, soit 82%, officient à Dakar avec, notamment, 43 gynécologues sur 47, 19 cardiologues sur 19, 20 chirurgiens sur 22, 8 dermatologues sur 8, 3 neurologues sur 3, 32 pédiatries sur 35, 16 ophtalmologues sur 16 et 12 radiologues sur 12).

**TABLEAU 6 : REPARTITION DE MEDECINS DU SECTEUR PRIVE, PAR REGION**

Régions	Médecins Privés	Médecins d'entreprise	Total	Pourcentage
SAINT LOUIS	5	4	9	1,9
KAOLACK	7	2	9	1,9
KAFFRINE	0	0	0	0,0
TAMBA	1	0	1	0,2
KEDOUGOU	0	0	0	0,0
THIES	32	5	37	7,8
KOLDA	3	0	3	0,6
SEDHIOU	1	0	1	0,2
MATAM	1	0	1	0,2
LOUGA	4	0	4	0,8
ZIGUINCHOR	8	0	8	1,7
DAKAR	368	21	389	82,4
FATICK	0	0	0	0,0
DIOURBEL	10	0	10	2,1
<b>TOTAL</b>	<b>440</b>	<b>32</b>	<b>472</b>	<b>100</b>

Source : Ordre National des Médecins du Sénégal

Certaines régions ne disposent d'aucun spécialiste, et elles sont donc obligées d'évacuer les malades à la moindre complication. Les spécialistes préfèrent rester dans la capitale, qui concentre près du quart de

la population totale, avec plus d'opportunités, notamment au plan économique. Ceci constitue un obstacle au développement de services de santé de qualité et à l'amélioration de la santé des populations du Sénégal.

**TABLEAU 7 : REPARTITION DES SPECIALISTES PAR REGION**

SPECIALITES	Dakar	Diourbel	Kaolack	Kolda	Louga	Mata m	St Louis	Tamba counda	Thies	Ziguinc hor
Anesthésistes – Réanimateurs	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Biologistes	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cardiologues	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cancérologue + Radiothérapeute	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chirurgiens	20	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Dermatologues	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Endocrinologues	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastro – Entérologues	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gynéco – Obstétriciens	43	0	0	0	0	0	1	0	3	0
Infectiologue	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médecins généralistes	176	10	7	3	4	1	4	2	24	8
Médecine d'urgence	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médecine du travail	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médecins d'entreprise	21	0	1			0	4	1	5	0
Neurologues	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ophtalmologues	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oto - Rhino – Laryngologues	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pédiatries	32	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Pneumo- phtisiologues	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psychiatres	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médecin urgentiste	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Radiologues	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rhumatologues	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>389</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>37</b>	<b>8</b>

Source : Ordre National des Médecins du Sénégal

Grâce au PNDS, de nouvelles infrastructures (hôpitaux, centres et postes de santé) ont été construites, entraînant un accroissement des besoins en personnel, pour une amélioration de la couverture sanitaire.

Dans leur quasi-totalité, les médecins chefs de district sont spécialistes en santé publique et ils exercent leurs fonctions dans des zones souvent difficiles. Pour ce qui concerne les pharmaciens, sur les 843 pharmaciens privés ayant ouvert des officines de pharmacie, 495 sont dans la région de Dakar qui est suivie de Thiès avec 103 pharmaciens. La situation n'est pas meilleure pour ce qui concerne les chirurgiens dentistes dont les 60% exercent à Dakar, le reste étant localisé dans les autres capitales régionales.

#### 4.4.1 PLANIFICATION

Un des problèmes majeurs de la gestion des ressources humaines est l'absence de plan stratégique de développement des ressources humaines malgré l'existence d'une division de la gestion prévisionnelle des personnels et des emplois. A ce jour, des données précises sur les ressources humaines ne sont pas disponibles, les chiffres varient selon les sources, si bien que l'un des responsables interrogés a lancé une boutade très significative « il faut qu'on sache combien nous sommes avant toute autre chose ». Cette situation est valable au niveau déconcentré et décentralisé. Il s'y ajoute que qu'il n'existe pas de planification des besoins.

Les dossiers des agents se trouvent aux niveaux central, intermédiaire et périphérique. Au niveau central les dossiers sont conservés à la DRH ; au niveau de la région médicale, un agent désigné à cet effet en a la charge, de même qu'au niveau du district sanitaire.

Les dossiers des agents ne sont pas toujours bien tenus. Leur gestion est assurée par un personnel qui n'a pas reçu la formation adéquate. Les dossiers contiennent des informations sur l'identification de l'agent, la situation de famille, la situation administrative, l'identification des services d'affectation, les études effectuées, les postes occupés, les formations continues reçues, les distinctions reçues, la participation à des missions de pèlerinage etc. Ces dossiers ne sont pas encore saisis dans le logiciel Tandem qui est pourtant capable de prendre en charge les fonctions clés de gestion des ressources humaines. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que la DRH ne maîtrise pas les ressources humaines du secteur privé qui est l'autre pilier du secteur de la santé, si bien que le secteur privé est souvent ignoré dans la planification.

La DRH compte 29 personnes dont seul un nombre limité est en mesure de faire face aux besoins de conception et de planification en matière de gestion des ressources humaines. Ce personnel n'a pas bénéficié de formation spécifique en gestion des ressources humaines. Au niveau régional et de district, les responsables ne sont pas mieux lotis que ceux du niveau central et ils doivent s'occuper de tâches additionnelles comme la supervision et la formation.

#### 4.4.2 POLITIQUES

La politique de santé a toujours mis l'accent sur le développement des ressources humaines, notamment dans la Déclaration de politique de santé en 1989, le PDRH et le PNDS. Le PDRH a permis d'élaborer trois guides : un pour le médecin-chef de région, un pour le médecin-chef de district et un pour l'infirmier chef de poste.

L'étude sur le répertoire des emplois, réalisée en 2005, a permis de dénombrer 104 emplois types regroupés en 9 catégories socio professionnelles. Elle a ébauché une description détaillée de certains profils. Il est évident que, sans une description de poste, l'employé ne peut pas savoir ce qui est attendu de lui et, par conséquent, ne sait pas comment s'y conformer. En plus, cela ne permet pas de mesurer objectivement son rendement au niveau du poste et de récompenser le mérite.

Les agents ne sont pas informés des dispositions réglementaires spécifiques appliquées sur le lieu de travail. Ils doivent tout découvrir par eux-mêmes: les horaires de travail, les heures supplémentaires, l'obligation de rendre compte, les congés, les permissions... Pourtant, il est facile de faire un recueil de toutes ces informations, et le remettre au nouvel agent dès sa prise de service.

Il existe une échelle salariale pour chaque corps de la santé, fixée par le décret 77-887 du 12 octobre 1977 portant statut particulier du cadre des fonctionnaires de la santé publique et de l'action sociale. Les

salaires proposés par le statut particulier du cadre des fonctionnaires de la santé et de l'action sociale, sont inférieurs à ceux du privé, donc moins incitatifs.

L'augmentation des salaires se fait en fonction des grades et des échelons conformément aux dispositions du décret sus cité. Il arrive que le Gouvernement décide d'une augmentation générale des salaires des fonctionnaires qui concerne, évidemment, les agents de la santé.

Au Sénégal, il y a un processus formel de recrutement qui est piloté par le Ministère chargé de la Fonction Publique, qui publie un appel à candidatures pour des postes à pourvoir. Le recrutement se fait en relation avec le Ministère de la Santé qui, en l'absence d'un véritable plan de recrutement, se contente d'une expression de besoins. Le Ministère de la Santé se trouve souvent confronté à un problème de disponibilité des personnels nécessaires, parce qu'il ne trouve pas toujours, sur le marché du travail, les profils recherchés. Devant cette situation, il n'est pas rare de voir s'installer le favoritisme et le clientélisme pour réorienter les postes non pourvus vers des catégories socio professionnelles qui n'étaient pas identifiées au départ comme prioritaires. Les agents recrutés dans de telles circonstances se sentent protégés et ne craignent donc pas d'être sanctionnés ni de perdre leur emploi. Il est impossible d'attendre de tels agents qu'ils soient performants et, au contraire, ils contribuent à la diminution de la productivité, démotivent le reste du personnel et entretiennent une culture de contre-performance dans le secteur de la santé.

Un autre biais est relatif à la non implication dans le processus d'embauche des services concernés, au point que certains responsables ont souligné avoir reçu des personnels qui n'ont aucune qualification ou dont la qualification n'est pas en adéquation avec les besoins du service.

Les mutations et les promotions sont du ressort du seul Ministère de la Santé, mais les travers ne manquent pas, même si une commission de mutation et de redéploiement existe. Il arrive souvent que certains agents, qui disposent d'une protection quelconque, soient redéployés ou maintenus à des postes éloignés de la capitale. Inutile de dire que cela peut contribuer à accentuer l'inégalité dans la distribution du personnel sur l'ensemble du territoire national sénégalais. Les répercussions sur la qualité et l'impact des programmes de santé sont évidentes.

Le Ministère de la Santé a mis en avant les vertus de la négociation pour apaiser le climat de travail. Le dialogue social est érigé en règle mais, il y a souvent des tensions sociales liées au retard dans la mise en œuvre par le Gouvernement des accords signés avec les syndicats.

Il existe une réglementation générale applicable à tous les fonctionnaires de l'Etat conformément aux dispositions de loi sur le statut général des fonctionnaires. Plus spécifiquement, des dispositions particulières existent pour certains agents de santé. C'est le cas des médecins. C'est ainsi que la loi fixe les conditions d'exercice de la médecine, à savoir être titulaire du diplôme de docteur d'état sénégalais en médecine, être de nationalité sénégalaise et être inscrit à l'Ordre National des Médecins du Sénégal. Des dispositions réglementaires similaires s'appliquent aux pharmaciens et aux chirurgiens dentistes. Pour les infirmiers et les sages femmes des dispositions existent notamment pour l'exercice privé de leur profession pour lequel ils sont tenus d'obtenir une autorisation d'exercer.

La lancinante question de l'absence de personnels qualifiés dans les zones dites difficiles, au profit de la capitale et des principales villes appelle des mesures hardies qui doivent être au centre de la politique de gestion des ressources humaines. S'il est vrai que, dans le secteur privé, la décision de s'établir dans une localité est fonction des réalités du marché, pour ce qui concerne les personnels du secteur public, la domiciliation de certains postes budgétaires dans les localités ciblées, pourrait être une première approche de solution. Ainsi, la personne affectée ne pourrait changer de localité sans perdre son poste, quels que soient ses soutiens en haut lieu, à moins que l'autorité ne prenne la décision d'une

permutation qui ferait que son départ serait comblé par l'arrivée d'un remplaçant. En outre, des primes spéciales et d'autres types de motivation pourraient être prévus pour les agents en poste dans certaines zones dites difficiles. Les collectivités locales de ces zones devraient également être sensibilisées pour qu'elles apportent leur contribution à la motivation de ces agents, afin que les populations de leur ressort cessent d'être les victimes de cette situation inique.

#### 4.4.3 GESTION DE LA PERFORMANCE

La gestion des carrières au Sénégal reste problématique. En effet, telle qu'elle est appliquée, elle ne prend pas en compte les exigences du marché du travail qui, de plus en plus, met l'accent sur la gestion axée sur les résultats. Or tout se passe comme si les pratiques en cours dans la Fonction Publique, ne favorisent pas la recherche de l'excellence. Les agents se sentent sécurisés après leur recrutement dans la Fonction Publique et ont le sentiment d'avoir obtenu la garantie d'un emploi pérenne. Cette façon de penser et de se comporter explique, en partie, les faibles performances du secteur public de la santé, car les agents ne sentent pas la nécessité de donner des résultats probants. S'y ajoutent la culture de l'impunité et celle du « protégé de » qui ne favorisent pas l'amélioration de la qualité des services de santé.

Or dans un contexte de rareté de ressources, surtout financières, l'efficience et la performance doivent être érigées en règle. Il est regrettable que la mesure de la performance se résume plus à la notation de l'agent, qui semble n'être qu'une formalité nécessaire dans son processus d'avancement, plutôt qu'un moyen de récompenser le mérite. La fiche de notation de l'agent ne prend pas toujours en compte les critères de performance et il n'est pas prévu un entretien entre l'employé et l'employeur pour une appréciation plus objective de la performance et de la note attribuée.

L'absence de description de tâches vient s'ajouter aux difficultés de mesure objective de la performance. L'agent ne se sent pas concerné parce que les responsabilités ne sont clairement établies.

La supervision, même si elle est institutionnalisée, ne se fait pas toujours régulièrement. Les responsables du niveau central reconnaissent qu'ils ne supervisent pas régulièrement le niveau régional. Par contre, les rapports de supervision trouvés au niveau de certaines régions visitées donnent la preuve de la réalité de cette supervision.

Il n'existe pas de mécanismes formels pour la planification et la revue des performances individuelles. Pourtant, le PNDS en a fait une ligne d'action majeure. De tels mécanismes sont prévus mais, malheureusement, ils ne sont pas mis en application, malgré l'existence de contrats de performances signés avec les médecins chefs de région et les directeurs d'hôpital. Seulement, les termes de ces contrats doivent être revus pour mieux évaluer les performances de chacun. Tels que décrits, les contrats de performances s'adresseraient plutôt aux médecins chefs de districts qui sont les responsables du niveau opérationnel.

#### 4.4.4 FORCES ET FAIBLESSES

Depuis l'adoption de la Déclaration de Politique de Santé en 1989, mise en œuvre avec le Projet de Développement des Ressources Humaines (PDRH 1990-1995), la priorité a été accordée aux ressources humaines et a été réitérée dans les Nouvelles Orientations de la Politique de Santé en 1995, puis reprise et renforcée dans le PNDS I. Ceci est la preuve, si besoin en était, de l'existence d'une volonté politique manifeste. Celle-ci s'est traduite, entre autres, par la création d'une Direction des ressources humaines face à la dispersion dont les ressources humaines étaient l'objet.

Des études ont été menées sur la motivation, la gestion prévisionnelle des personnels de santé, le répertoire des emplois types de la santé, la gestion des plans de carrières, le plan de redéploiement, un système de gestion informatisée du personnel et un plan de formation. Malheureusement, les conclusions de ces études n'ont pas toujours été mises en œuvre.

Le nombre d'agents du Ministère n'est pas connu de manière exacte. Il varie en fonction de la source (DRH, SNIS, Fonction Publique, Finances). La non maîtrise de ces chiffres constitue une manifestation de la mauvaise gestion des ressources humaines. Pourtant, le Ministère a acquis le logiciel TANDEM conçu spécialement pour répondre aux besoins de gestion des ressources humaines du MSP, en matière de gestion des dossiers, de gestion administrative du personnel, de gestion des mouvements, de gestion de la formation, d'édition de documents pour l'aide à la décision. Le dernier recensement des personnels de santé, réalisé en 2005, a permis d'obtenir la situation de la répartition des agents sur l'ensemble du territoire national et sur le niveau des déficits. Mais avec les mouvements continus du personnel, il est évident que la situation a déjà changé.

Le recrutement des personnels de santé a souffert de la politique d'ajustement structurel des années 80 et 90, avec un blocage effectif des recrutements dans la Fonction publique. Les autorisations de recrutement n'ont été rétablies qu'avec la mise en œuvre du PNDS I qui a bénéficié d'un quota annuel de 250 agents par an, toutes catégories socio professionnelles confondues. Même avec cette disposition, le déficit en personnel n'a pas pu être résorbé. En effet, le Ministère a été très vite confronté à un problème de disponibilité des personnels sur le marché du travail. Ceci s'explique essentiellement par l'absence de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, qui peut se définir comme « la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans cohérents visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins (en termes d'emplois et de compétences) et les ressources humaines (en termes d'effectifs) d'une organisation, en tenant compte de son plan stratégique et des mutations de l'environnement ». Ce qui existe actuellement est plus une expression de besoins qu'un véritable plan de recrutement.

## 4.5 GESTION PHARMACEUTIQUE

La gestion des médicaments « représente l'ensemble des activités visant à assurer la disponibilité régulière et l'utilisation appropriée de médicaments, de produits liés à la santé et de services fiables, efficaces et de qualité dans toutes les structures sanitaires »<sup>10</sup>. La sélection de médicaments essentiels et de produits pharmaceutiques appropriés, leur distribution et leur approvisionnement efficaces et la vérification de leur utilisation rationnelle sont les activités clés du cycle de gestion des produits pharmaceutiques. Ces activités sont réalisées dans le cadre, et sous l'influence, des structures réglementaires existantes et elles dépendent du degré de support à la gestion disponible (financier, ressources humaines ou autres).

### 4.5.1 SOUS SECTEUR PHARMACEUTIQUE

Dans le cadre des orientations stratégiques de sa politique sanitaire, le Sénégal a déjà entrepris des réformes du secteur pharmaceutique pour assurer l'accès à tous aux médicaments essentiels de qualité et à moindre coût. L'objectif est d'assurer une disponibilité, une accessibilité et une utilisation rationnelle des médicaments dans les secteurs public et privé. C'est ainsi que la mise en œuvre de la

---

<sup>10</sup> M. Islam. 2006. *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual*. Soumis à l'USAID en collaboration avec Health Systems 20/20 Project (HS20/20), Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project et Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health

politique pharmaceutique est faite à travers des institutions et organisations professionnelles. La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) vient juste d'être élaborée et le plan directeur est en phase d'adoption. C'est en ce sens qu'il ya une timide exécution des activités en attendant le plan directeur.

Le sous secteur pharmaceutique comprend la DPL, le LNCM, la ONA et l'ONPS.

- **La Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL)**

La DPL est l'autorité nationale de réglementation. Selon le décret 2004-1404, du 04 novembre 2004 portant organisation du MSP, la DPL a pour mission l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de la politique et des programmes dans le domaine de la pharmacie et des analyses médicales. Elle est notamment chargée, à ce titre, d'élaborer et veiller à l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs à la pharmacie, aux médicaments, aux réactifs de laboratoires d'analyses médicales, aux substances vénéneuses, à l'alcool et aux dispositifs médicaux , de réglementer l'exercice des professions pharmaceutiques et contrôler les laboratoires d'analyses médicales, de réglementer et assurer la promotion de la pharmacopée traditionnelle.

- **Le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM)**

Au terme du décret 2004-1404, du 04 novembre 2004, le LNCM est un service rattaché au Cabinet du Ministre. Il est chargé du contrôle technique des médicaments en relation avec la DPL.

- **La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA)**

La PNA a été créée en 1954 pour répondre aux besoins médico-pharmaceutiques de l'Afrique Occidentale Française (AOF), alors sous domination coloniale française. Après l'indépendance, elle est devenue un service public rattaché au Ministère de la Santé. Actuellement, la PNA est un Etablissement Public de Santé non hospitalier au terme de la loi 98-12 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière et de son décret d'application 99-851 du 27 août 1999. Ainsi la PNA est dotée d'un conseil d'administration et d'une direction comprenant 5 services. La PNA a pour mission d'assurer l'accessibilité financière et géographique des médicaments et produits essentiels de qualité aux populations. Elle est décentralisée dans toutes les 11 régions du Sénégal. La perspective de changement du statut de la PNA en société nationale particulière de type commercial et industriel ou en agence est actuellement en discussion ; l'objectif étant de lui permettre de se développer et de produire d'autres types d'activités plus rentables.

- **L'Ordre National des Pharmaciens (ONPS)**

L'Ordre National des Pharmaciens du Sénégal est institué par la loi 73-62 du 19 Décembre 1973. L'ONPS est un établissement public à caractère professionnel, doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Il contrôle l'exercice de la profession pharmaceutique à travers le Code de Déontologie et donne des avis motivés sur des aspects concernant la Politique Pharmaceutique Nationale.

## 4.5.2 POLITIQUE, LOI ET REGLEMENTATION PHARMACEUTIQUES

La législation pharmaceutique remonte à la période coloniale, lorsque la loi 54-418 du 15 avril 1954 étendait aux territoires d'Outre-mer les dispositions du Code français de la Santé Publique. Depuis l'indépendance, plusieurs textes majeurs ont été publiés dont :

- la loi 65-33 du 19 mai 1965 portant modification des dispositions du Code de la Santé Publique relatives à la préparation, à la vente et à la publicité des spécialités pharmaceutiques et les décrets

d'application, notamment celui du 4 janvier 1967 relatif au visa des spécialités pharmaceutiques'

- la loi 73-62 du 19 décembre 1973 portant création de l'ordre des pharmaciens,
- la loi 94-57 du 26 juin 1994 portant définition du médicament,
- le décret 96-395 du 15 mai 1996 autorisant la substitution aux pharmaciens,
- l'arrêté 4012 du 02 juin 1998 organisant le système national de pharmacovigilance<sup>11</sup>.

Les acteurs rencontrés ont déploré l'obsolescence de ces textes, mais un processus de révision des textes est en cours.

La réglementation concerne l'ensemble du secteur pharmaceutique : fabrication, distribution, contrôle, exercice de la pharmacie, substances vénéneuses, etc. Il existe une Autorité Nationale de Réglementation, avec un laboratoire de contrôle de qualité. Un système d'homologation existe et tous les médicaments doivent être enregistrés avant leur mise sur le marché ; l'inspection est mise en place avec des pharmaciens inspecteurs diplômés ; la substitution est autorisée et la pharmacovigilance se met en place.

Les médicaments qui entrent sur le territoire sénégalais sont soumis à une autorisation préalable et à des contrôles appropriés. Il en est de même pour les vaccins qui sont soumis au visa des autorités sanitaires et à des contrôles. Les médicaments et vaccins occasionnent parfois des effets indésirables ou des réactions adverses chez certains patients. Pour mettre en évidence de tels effets secondaires, le Gouvernement a décidé de mettre en place un système de pharmacovigilance plus opérationnel et a pris d'autres mesures qui visent à renforcer l'action de l'autorité nationale de contrôle, avec l'arrêté du 2 juin 1998, portant sur l'organisation du système national de pharmacovigilance. Le LNCM assure, en collaboration avec la DPL, le contrôle technique de la qualité du médicament. Il est actuellement utilisé pour le « tracking » des produits pharmaceutiques en dessous des standards, du niveau industriel jusqu'au niveau de la case de santé. Ce sont les standards internationaux qui sont utilisés.

La période de renouvellement requise pour l'enregistrement des produits pharmaceutiques est de 5 ans. Ce système est mis à jour, et le cycle moyen pour l'enregistrement se situe entre 6 et 12 mois. Il faut préciser que le système d'enregistrement des produits pharmaceutiques ne génère pas de revenus directs pour le Ministère de la Santé parce que les frais d'enregistrement sont versés au Trésor Public.

Il existe des mécanismes de délivrance ou d'établissement de licences, d'inspection et de contrôle du personnel pharmaceutique, des manufacturiers, des distributeurs et importateurs et des officines de pharmacie. Ceci permet le respect des bonnes pratiques de fabrication. La création des officines de pharmacie est réglementée : leur ouverture est soumise à autorisation. Il existe une réglementation de leur localisation qui doit favoriser l'accès géographique de la population aux médicaments. Cependant, la réglementation n'est pas toujours respectée, avec pour conséquence une concentration des pharmacies dans les grandes villes, notamment à Dakar.

Les produits pharmaceutiques sont totalement exonérés de droits et taxes à l'importation et de TVA à la vente. Les spécialités importées par la PNA et les ONG, et les dons de médicaments, échappent à la procédure d'obtention du visa. Toutefois, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, les importateurs doivent s'acquitter

---

<sup>11</sup> Evaluation du secteur pharmaceutique au Sénégal --- MSHP/OMS – Avril 2003  
Coordonnateur : Dr Abdoulahat MANGANE, DPL, assisté par Dr Mamadou NGOM, EDM, OMS

d'un droit de taxes de 2,5% composé d'un prélèvement UEMOA (1%), d'un prélèvement CEDEAO (0,5%) et d'une redevance statistique (1%).

Malgré l'existence d'une réglementation nationale assez complète, les services d'inspection pharmaceutique sont dotés de moyens logistiques, techniques et humains très insuffisants, notamment avec un seul pharmacien dédié à cette tâche. Après chaque inspection, un rapport est élaboré et transmis à la personne qui a fait l'objet de l'inspection. Malheureusement le pays ne dispose pas d'une équipe d'inspection suffisamment outillée pour conduire toutes les activités nécessaires. Il y a des statistiques sur la compliance et le respect des lois et règlements ; les documents existent et peuvent faire l'objet d'une exploitation à la demande.

#### **4.5.3 SELECTION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES**

Il existe une Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) basée sur des guides de traitement standards. Elle identifie les médicaments par niveau de soins (case de santé, poste de santé, centre de santé, Hôpital régional, Centre Hospitalier National). Elle est révisée tous les 2 ans ; la dernière révision date de juillet 2008, mais cette liste n'est pas encore publiée. La révision tient compte des aspects de contrôle des coûts et des aspects thérapeutiques. Ce processus est géré par un comité national d'élaboration et de révision de la LNME, établi par un arrêté du Ministre de la Santé. Ce comité fonctionne avec des termes de références et des procédures standards d'opération, mais la méthodologie de révision devrait être revue selon plusieurs techniciens.

Le système de diffusion de la LNME aux structures est limité par l'insuffisance des moyens pour son impression; elle est diffusée par voie électronique au niveau des PRA. Cette liste, une fois adoptée, reste inchangée pendant deux ans et, à la révision, des produits sont intégrés et d'autres retirés. La dernière liste contient 566 produits contre 531 en 2006. Les produits figurant sur la LNME sont désignés par leur dénomination commune internationale (DCI). Dans le secteur privé, la sélection des médicaments est faite par la commission nationale des visas.

#### **4.5.4 APPROVISIONNEMENT**

L'industrie pharmaceutique du Sénégal est composée de trois unités de fabrication locale de médicaments: Sanofi-Aventis, Pfizer A.O, le laboratoire Canonne SA (Valdafrique) et l'Institut Pasteur qui produit le vaccin anti-amaril (fièvre jaune) sous le contrôle de la DPL et du LNCM. Les autres vaccins sont importés. La production locale satisfait 10 à 15% des besoins nationaux, elle reste très insuffisante d'autant qu'elle est exportée en grande partie dans les pays de l'UEMOA.

La PNA est le grossiste répartiteur du secteur public et parapublic. Ses principaux clients sont les hôpitaux, les districts, et des structures dépendantes d'autres ministères ou privées à but non lucratif. La distribution est assurée sur tout le territoire au travers de dépôts régionaux (PRA). La PNA importe également les médicaments antirétroviraux qui lui sont commandés directement par la division en charge du Programme de Lutte contre le Sida et les IST (DLSI), tout comme les antituberculeux commandés par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT).

Pour le secteur privé, l'importation et la distribution sont assurées par quatre grossistes-répartiteurs : LABOREX, COPHASE, SODIPHARM et SOGEN. Cela concerne uniquement les spécialités pharmaceutiques et les génériques en noms de marque. Une quatrième industrie locale (WEST AFRICA) vient renforcer l'existant et doit démarrer sa production incessamment. Le secteur privé approvisionne essentiellement le réseau des officines privées (844 dont la moitié à Dakar) et les 132 dépôts privés.

En parallèle à ces deux filières, existe un important marché illicite. Trafics de médicaments, réseaux clandestins de distribution et vente de produits de contrefaçon sont des pratiques relativement fréquentes au Sénégal. Ce marché n'est pas comptabilisé mais correspond à des montants importants qui se chiffrent à 7 milliards de FCFA<sup>12</sup> par an. Il est alimenté par les flux entre secteurs public et privé, les détournements, les reventes de produits périmés, contrefaits ou illégalement importés des pays voisins, ainsi que le vol de médicaments en provenance des dons. Un observatoire national de lutte contre la vente illicite de médicaments est en train d'être mis sur place par la DPL et le syndicat des médecins privés, qui a estimé le chiffre d'affaires de ce marché à 10 milliards de FCFA.

La PNA est un service public dépendant du Ministère de la Santé avec le statut d'Etablissement Public de santé (EPS) bénéficiant d'une autonomie de gestion. Ses achats se font essentiellement par appels d'offres internationaux en DCI et sur la base de la liste nationale des médicaments essentiels. Les appels d'offres sont faits tous les deux ans, mais il peut arriver qu'un produit ne soit pas pris en compte, comme il est le cas avec les Combinaison Thérapeutiques à base d'Arthémisine (CTA) dont la commande relevait d'une urgence à cause d'un changement de protocole thérapeutique.

Le Programme National de lutte contre le Paludisme a pu ainsi faire ses achats via l'OMS. La quasi-totalité des approvisionnements (99%) est faite par appel d'offres et les urgences ne représentent que 1%. Il faut remarquer qu'avec le nouveau code des marchés, les achats par entente directe ne peuvent plus se faire. Tous les deux ans les appels d'offres sont lancés et l'acquisition des médicaments se fait sur une durée de 6 mois.

L'approvisionnement est basé sur l'historique de consommation, avec un stock de sécurité, d'où la nécessité de doter les districts de logiciels de consommation, pour un souci de fiabilité. Chaque PRA fait sa quantification pour le calcul de la consommation moyenne nationale. C'est ensuite qu'une pondération est faite. Le dernier appel d'offres a été lancé en décembre 2007. La PNA est financée sur fonds propres et arrive à couvrir ses besoins qui sont de 8 à 9 milliards de FCFA.

#### 4.5.5 ENTREPOSAGE ET DISTRIBUTION

La PNA, construite en 1954 pour être la centrale d'achat de toute l'Afrique Occidentale Française (AOF), présente aujourd'hui des locaux inadaptés à l'entreposage et aux besoins de stockage nationaux, d'autant plus qu'elle sert en même temps de PRA pour la région de Dakar. Les aires de stockages sont exigües avec une absence de palettes. Ces locaux ne peuvent plus supporter des approvisionnements à hauteur de 8 milliards, comme c'est le cas actuellement.

Dans le système de distribution des médicaments, Les PRA expriment les demandes en fonction de la consommation des districts et des EPS. La PNA dispose d'une logistique suffisante pour l'approvisionnement des PRA, par le transfert du stock du niveau central au niveau régional. La gestion est informatisée et les informations sur la réception et l'utilisation sont communiquées au niveau central par l'élaboration de factures et de bons de commandes.

Tous les programmes passent par le circuit PNA, seul la SR et le PEV distribuent directement leurs produits aux niveaux des régions médicales pour une répartition au niveau district. L'implication du Ministère dans la planification de ces programmes verticaux a amené les coordonateurs de programmes à passer par le circuit de la PNA. Dans un souci de transparence, les donneurs des programmes verticaux viennent parfois contrôler l'état des stocks.

---

<sup>12</sup> Ministère de la Santé et de la Prévention, Cellule d'appui au Financement de la Santé, Compte nationaux de la Santé, 2005

Au niveau de la PNA, les inventaires sont obligatoires chaque année et tous les écarts sont analysés. En 2007, les pertes d'inventaire estimées à 4% avaient pour principales causes les péremptions. Deux vols ont été signalés au cours de l'année 2008 au niveau des PRA de Thiès et Fatick.

A chaque niveau du système de distribution, il existe des unités réfrigérantes et le contrôle de la température se fait régulièrement. L'existence de groupes électrogènes au niveau des EPS ou des CDS, de même que l'adaptation des appareils avec le gaz butane permet de maintenir une chaîne de froid optimale.

C'est au niveau des districts sanitaires que les problèmes sont le plus souvent rencontrés dans le stockage et la distribution. Lors de l'enlèvement des médicaments au niveau des PRA, les districts utilisent les moyens disponibles comme leurs ambulances ou des taxis-brousse, surtout pour les postes de santé. Outre l'exiguïté des dépôts au niveau des structures de soins, le personnel n'est souvent pas assez qualifié pour la gestion des médicaments qui n'est pas encore informatisée. Les pharmaciens ne se retrouvent que dans les EPS ; au niveau district ce sont les agents de santé communautaires qui gèrent l'essentiel des dépôts. Ceci se répercute sur la tenue des outils de gestion et le respect des procédures d'où l'absence quasi-totale d'un système d'information pharmaceutique au niveau opérationnel.

Les médicaments sont vendus aux malades consultés dans leurs structures mêmes et sur présentation obligatoire d'une ordonnance. Cette stratégie de recouvrement réel des coûts de médicaments est une composante de l'Initiative de Bamako. Le recouvrement a largement contribué à la réussite de l'IB au Sénégal.

Le secteur privé contrôle plus de 70% en valeur du marché des médicaments. La distribution du secteur privé est assurée par quatre sociétés grossistes qui approvisionnent 844 officines privées, lesquelles approvisionnent aussi 132 dépôts pharmaceutiques privés.

#### **4.5.6 BON USAGE**

Pour pallier la non-disponibilité du formulaire thérapeutique au niveau national, les ordinogrammes et fiches thérapeutiques contribuent à la rationalisation de l'utilisation des médicaments. Ces outils sont surtout remarqués au niveau des postes de santé. Le processus de rationalisation des prescriptions est renforcé par la formation continue, sous forme de séminaires et d'ateliers. Les guides sont utilisés pour la supervision et le monitoring des activités dans les structures du service public. Cette prescription est bien réglementée et elle est recommandée en DCI dans le secteur public. Ces ordinogrammes sont des guides nationaux thérapeutiques avec les traitements standards pour les principaux problèmes de santé. Les médicaments figurant dans ces guides sont utilisés, aussi bien pour les activités d'approvisionnement que pour développer la LME par le comité d'élaboration et de révision de la LNME. Il n'existe malheureusement pas de centre d'information sur les médicaments.

#### **4.5.7 DISPONIBILITE**

Une meilleure accessibilité financière est recherchée grâce au concours de la PNA dont les achats par appel d'offres international contribuent à diminuer largement les prix, d'autant plus que l'Etat a renoncé à l'essentiel des taxes. Avec le recouvrement des coûts de médicaments dans le cadre de l'IB, les points de vente sont devenus proches des populations. Cependant, l'accessibilité financière aux médicaments des populations démunies, et sans couverture sociale, a souffert du non respect des marges bénéficiaires au niveau des structures sanitaires. La proportion de ménages résidant à moins de 15 minutes d'une structure de santé est estimée à 43,9% pour l'ensemble du pays, 34,7% en zone rurale, 56,4% pour Dakar et 51,9% pour les autres villes.

Des ruptures de médicaments sont notées dans les structures à tous les niveaux et concernent surtout les antibiotiques, le fluotane et les SRO. Des ruptures sur la gamme de traceurs ont été notées ; elles étaient dûs à la fois à des épisodes de rupture au niveau de la PNA et à la mauvaise gestion des stocks et des outils de gestion au niveau des formations sanitaires. Une rupture en amoxicilline est intervenue qui, selon les responsables de la PNA et des PRA, était mondiale avec l'arrêt de fabrication en Chine, durant la préparation des jeux olympiques. Lors de l'appel d'offres, en 2005, la quantification n'était pas suffisante pour couvrir 24 mois, alors que les avenants n'étaient plus possibles du fait des dispositions du nouveau code des marchés. Les ruptures de fluotane sont dues à l'arrêt de fabrication chez la majeure partie des fabricants. La rupture d'amoxicilline a duré 6 mois, mais pour les autres produits la durée moyenne de rupture est de 2 mois. Les ruptures de SRO sont dues à un changement de protocole, avec le passage au SRO amélioré sous l'égide de l'UNICEF. En somme, 80% de la gamme de traceurs était disponible au moment de l'étude au niveau des structures de santé visitées. Les EPS disposent de pharmaciens au niveau de leurs dépôts mais n'ont pas mis en place des Comités Techniques de Médicaments fonctionnels. Au niveau des districts c'est plutôt l'absence de personnel qualifié au niveau des dépôts qui se répercute sur la bonne dispensation des médicaments.

#### **4.5.7.1 ACCES A DES SERVICES ET PRODUITS DE QUALITE**

Les médicaments sont contrôlés par le LNCM, qui est un service du MSP. Les contrôles se font lors de l'enregistrement, lors des appels d'offres internationaux de la PNA et lorsque des prélèvements sont faits par les inspecteurs dans le cadre de leur mission.

A côté d'autres mesures qui visent à renforcer l'action de l'autorité nationale de contrôle, le Ministre de la Santé a pris l'arrêté du 2 juin 1998, portant sur l'organisation du système national de pharmacovigilance. Le système OMS de certification de la qualité des produits pharmaceutiques entrant dans le commerce international est pris en compte. Dans le processus d'approvisionnement, les échantillons sont requis mais pas testé, le protocole pour que chaque produit soit testé est en cours (certains produits sont testés comme les ARV et ACT).

L'assurance qualité repose, au Sénégal, sur le système d'enregistrement des médicaments, l'inspection pharmaceutique, le contrôle technique et le système de pharmacovigilance.

La commercialisation de tout médicament est soumise à l'obtention préalable d'un visa de spécialité pharmaceutique délivré par la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires. Il faut payer un droit de visa par forme galénique, et par dosage, et ce visa est valable 5 ans. Normalement, pour obtenir ce visa, le médicament doit impérativement être fabriqué dans son pays d'origine mais, devant les productions délocalisées de certains grands laboratoires, les autorités locales ont dû adapter les textes au contexte mondial.

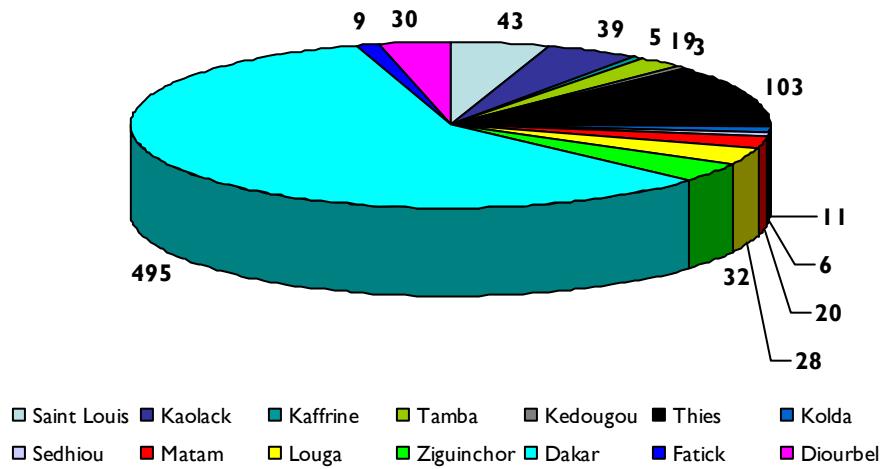
La dispensation des médicaments à l'échelle nationale est autorisée jusqu'au niveau des postes de santé. Cependant il faut remarquer l'existence de sources de médicaments non autorisées, qui inondent le marché de produits illicites, pourtant très prisés par les populations, surtout dans les régions de Dakar et Diourbel.

La mise en place des génériques au niveau des offshores privées et la possibilité qu'elles ont de ravitailler les dépôts contribuent largement à inciter le secteur privé à renforcer l'accès géographique des consommateurs à des produits et services de qualité.

La plupart des prescripteurs autorisés sont formés à l'Université de Dakar ou dans les écoles de formation publiques comme privées du pays. En 2007, le Sénégal comptait 823 médecins, 137 chirurgiens dentistes, 555 sages femmes, et 1319 infirmiers diplômés d'Etat<sup>13</sup>. La majorité est exposée aux guides au niveau des postes de travail. En 2008, le Sénégal compte 949 pharmaciens dont 844 dans les officines et 105 dans le secteur public.

Le Sénégal compte 843 officines de pharmacie, dont plus de la moitié sont établis dans la région de Dakar (voir figure 6).

**FIGURE 6 : REPARTITION DES OFFICINES DE PHARMACIE, PAR REGION**



#### 4.5.7.2 FINANCEMENT DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

L'Etat alloue chaque année des ressources pour l'achat de médicaments au niveau des formations sanitaires publiques. Il accorde également des subventions pour l'achat de médicaments spécifiques comme les antituberculeux, pour une valeur de 260 millions de FCFA par an, les ARV pour 1,5 milliard de FCFA par an, les vaccins pour 850 millions de FCFA par an et l'insuline pour 350 millions de FCFA par an. A cela s'ajoute les subventions octroyées aux structures de santé pour les initiatives de gratuité des accouchements et de la césarienne, auxquelles viennent s'ajouter celles du plan de gratuité des soins pour les personnes âgées (Sésame).

C'est le système de recouvrement des coûts qui est en vigueur dans le secteur public ; ce qui veut dire que les médicaments sont vendus aux patients. Les prix des médicaments sont homologués avec des marges qui sont fixées par arrêté ministériel. Les médicaments sont exonérés de droits de douanes, hormis ceux liés au Tarif Extérieur Commun appliqué par les pays de l'UEMOA. Seuls les médicaments du Programme de Lutte contre la Tuberculose, les ARV, les kits d'accouchement et de césarienne sont gratuits. L'assurance maladie couvre une partie infime de la population.

<sup>13</sup> Ministère de la Santé et de la Prévention, Services national de l'Information sanitaire, Carte sanitaire, 2008

Les dépenses en médicaments et consommables varient entre 10 et 17% du budget global du Ministère de la Santé entre 1998 et 2006 (voir tableau 8).

**TABLEAU 8 : EVOLUTION DU FINANCEMENT EN MEDICAMENTS ET CONSUMMABLES AU SEIN DU MINISTERE DE LA SANTE DE 1998 A 2006 (EN MILLIONS DE FCFA)**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Medicaments	4 899,96	7 785,58	6 407,54	8 213,82	9 399,11	9 960,48	10 587,46	17 550,80	12 492,02
Vaccins et consommables medicaux	759,54	541,6	537,5	1 059,25	2 629,85	1 078,90	1 209,09	4 242,48	1 585,78
Total	5 659,5	8 327,18	6 945,04	9 273,07	12 028,97	11 039,37	11 796,55	21 793,28	14 077,80
Total financement	37 157,29	51 949,18	61 996,69	75 471,6	92 186,7	95 659,45	112 220,05	127 023,38	130 255

Source : Ministère de la Santé et de la Prévention/DAGE

#### **4.5.7.3 PRIX DES MEDICAMENTS**

L'arrêté interministériel 000188/MSHP/DPM du 15 janvier 2003 fixe le mode de calcul des prix des médicaments, quel que soit le secteur. Cependant il faut remarquer que ces marges ne sont ni respectées, ni uniformes pour l'ensemble des structures par niveau.

Dans le secteur privé, la structure de prix est ainsi présentée : le prix grossiste hors taxe (PGHT), ou prix départ usine, est le prix de base accepté dans l'arrêté d'autorisation de mise sur le marché. A ce prix sont ajoutées la valeur CAF pour les médicaments importés, le transit interne, ainsi que les différentes marges des distributeurs. On aboutit ainsi à des coefficients multiplicateurs du PGHT en francs CFA, qui sont de quatre grandeurs :

- pour les médicaments dits sociaux (marge la plus faible), le coefficient est de 1,32
- pour les médicaments dits « normaux », il est de 1,8586
- pour les médicaments à conditionnement hospitalier, il est de 2,12
- pour les génériques en DCI, le prix PNA est multiplié par 1,5.

Dans le secteur public, La PNA s'approvisionne par appel d'offres international, ce qui lui permet d'obtenir de bas prix. La marge de vente est fixée uniformément pour tous les médicaments dans les secteurs public et privé et, comme indiqué plus haut, le prix PNA est multiplié par 1,5.

En 2005, les dépenses totales en produits pharmaceutiques compte non tenu des hospitalisations représentaient 18,84% de la dépense nationale en santé. Ces dépenses étaient estimées à 4417,074 F CFA par habitant. L'Etat a dépensé 53,73 F CFA/habitant et le secteur privé 436,26 F CFA/habitant. Les ONG ont dépensé 61,5 millions de F CFA en médicaments dont les 53 millions étaient destinées à la lutte contre les maladies transmissibles.

Même si la promotion des médicaments génériques contribue à lever les barrières financières à l'accès aux médicaments, des problèmes réels subsistent pour ce qui concerne la capacité des populations à acheter les médicaments en spécialités. Le développement de l'assurance-maladie, en organisant la mutualisation des risques et en réduisant le paiement direct par l'usager, pourrait contribuer grandement à résoudre cette lancinante question.

#### **4.5.7.4 FORCES ET FAIBLESSES**

##### **Forces**

- l'existence d'une législation, d'une Autorité Nationale de Réglementation, ainsi que l'élaboration d'un document officiel de politique pharmaceutique et d'un plan directeur,
- l'existence d'un LNCM, d'une Centrale d'achats des médicaments par appels d'offres (la PNA) avec des structures décentralisées dans toutes les régions (les PRA) et de quatre grossistes répartiteurs dans le privé ;
- L'autorisation préalable requise avant l'entrée des médicaments sur le territoire sénégalais et les contrôles effectués, et le fait que les vaccins sont soumis au visa des autorités sanitaires et à des contrôles ;
- l'existence de mécanismes de délivrance ou d'établissement de licences, d'inspection et de contrôle du personnel pharmaceutique, des manufacturiers, des distributeurs et importateurs et des officines de pharmacie pour le respect des bonnes pratiques de fabrication ;
- L'exonération de droits et taxes à l'importation et de TVA à la vente sur les produits pharmaceutiques;
- L'existence d'une liste des Médicaments Essentiels basée sur des guides de traitement standards ; qui identifie les médicaments par niveau de soins et qui est révisée tous les deux ans ;
- L'existence de trois industries de fabrication de médicaments, avec une quatrième industrie qui va bientôt démarrer sa production, et de quatre grossistes répartiteurs dans le secteur privé ; ce qui renforce l'approvisionnement;
- La mise en place par les différents programmes de santé d'ordinogrammes qui sont des schémas thérapeutiques standards qui sont contrôlés ;
- la volonté politique de l'Etat qui, tout en accordant chaque année aux formations sanitaires des fonds destinés à l'achat de médicaments, qui s'ajoutent aux ressources du système de recouvrement des coûts, subventionne l'achat de certains médicaments (ARV, TB, Diabète, produits SR, PEV).

##### **Faiblesses**

- L'obsolescence des textes qui datent de la période coloniale ;
- Les contraintes du nouveau code des marchés qui mettent la PNA devant l'impossibilité de prendre en charge correctement certaines urgences ;
- L'insuffisance des aires de stockage qui, par ailleurs, ne sont pas aux normes au niveau de la PNA;
- L'absence d'un système d'information pharmaceutique au niveau national ;
- L'insuffisance des moyens humains, logistiques et techniques des services d'inspection, de contrôle technique de qualité et d'enregistrement;
- La faiblesse de la production locale qui ne satisfait que 10 à 15 % des besoins nationaux en médicaments, et qui est exportée en grande partie dans les pays de l'UEMOA ;
- L'existence de ruptures de stock de produits traceurs au niveau de la PNA comme au niveau des structures de soins ;

- Les menaces sur la qualité des médicaments dues au fait que dans le processus d'approvisionnement, les échantillons sont requis mais pas testés;
- La non-disponibilité de la LNME dans les structures périphériques, par insuffisance de moyens pour la diffusion de la liste et par manque de moyens d'archivage au niveau des établissements publics ;
- La non application des dispositions sur les marges bénéficiaires, souvent par ignorance, et de celles sur la clé de répartition des recettes générées par la vente des médicaments;
- L'absence de personnel qualifié au niveau des dépôts qui se répercute sur la bonne dispensation des médicaments ;
- La vente illicite des médicaments qui représente un chiffre d'affaires de 7 milliards de FCFA, selon les résultats des comptes nationaux de la santé;
- L'absence constatée pour la majorité des districts, de critères de répartition de la ligne médicament du FDD aux formations sanitaires de leur zone de responsabilité ;
- L'autorisation d'achat à la PRA de Dakar de certains centres de santé contre remboursement des 15% au dépôt du district. qui constitue un risque de désorganisation du système d'approvisionnement et de distribution du médicament ;
- La forte pression financière sur le médicament, dont le rôle central dans le financement des formations sanitaires conduit à des hausses qui freinent l'accessibilité ;
- La non-harmonisation des outils de gestion selon les différents niveaux de dépôts.

## 4.6 SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE

### 4.6.1 DÉFINITION DU SIS ET GÉNÉRALITÉS

Un Système d'Information Sanitaire (SIS) est « un ensemble de composantes et de procédures organisées dans le but de générer des informations qui amélioreront les décisions relatives à la gestion des soins de santé à tous les niveaux du système sanitaire».

Selon l'OMS, « le système d'information sanitaire est un ensemble de personnes, procédures et matériels organisés dans le but de fournir l'information en temps voulu et sous une forme appropriée pour les besoins des programmes ainsi que les échanges internationaux d'informations sanitaires. Il a pour fonction de fournir l'information nécessaire pour la gestion du programme sanitaire national à tous les niveaux».

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

Au Sénégal, il a été créé, par décret 2004-1404 du 4 novembre 2004, un Service National de l'Information Sanitaire (SNIS).

Ce décret fixe les missions de ce service:

- réalisation des études et des enquêtes statistiques,
- collecte et analyse des informations sanitaires,

- élaboration de l'annuaire des statistiques sanitaires et démographiques,
- participation à la surveillance épidémiologique,
- centralisation et mise à jour de la documentation sur l'ensemble du système et des services sanitaires.

## 4.6.2 DESCRIPTION DE L'ARCHITECTURE ET DE L'ORGANISATION DU SIS

### 4.6.2.1 DONNÉES DE ROUTINE

Le système d'information sanitaire du Sénégal est bâti sur la pyramide du système de santé structurée à 3 niveaux que sont le district sanitaire (DS), la région médicale (RM), et le niveau central.

Au niveau de poste de santé, sont collectées mensuellement les données qui sont transmises au niveau du centre de santé, qui centralise les données de tous les postes de santé du district. Habituellement les données du district sont transmises à la région médicale tous les 3 mois. Au cours de la réunion trimestrielle de coordination régionale, à laquelle participent les membres de l'équipe-cadre de district, les données sont souvent analysées avant d'être transmises tous les 6 mois au niveau central. Il arrive que des réunions se tiennent à des intervalles différents pour la collecte et l'analyse des données de routine ou des données spécifiques à certains programmes.

Au niveau central, se trouvent le Service National de l'Information Sanitaire (SNIS), autour duquel existent plusieurs sous-systèmes d'Information sanitaire dont le développement est différent d'un programme à l'autre. La collecte des données de routine devaient en principe intégrer les principales données de tous les sous-systèmes d'information. Ce qui n'est, malheureusement, pas le cas.

### 4.6.2.2 SOUS-SYSTÈMES D'INFORMATION SANITAIRE DES PROGRAMMES DE SANTÉ

Dans le cadre de cette évaluation, les sous-systèmes des programmes suivants :

- Division de la lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (DSIST),
- Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT),
- Division de l'Immunisation qui gère les données du Programme Elargi de Vaccination (DI/PEV),
- Division de la Surveillance Épidémiologique.

D'autres sous-systèmes d'information dépendant d'autres programmes existent, comme ceux relatifs à la lutte contre le paludisme, la cécité, l'onchocercose, la filariose lymphatique, mais ils n'ont pu être visités. Ces programmes sont dotés de ressources humaines et financières et d'équipements qui leurs sont propres et bénéficient tous de financements extérieurs qui facilitent leur fonctionnement. Ils disposent chacun d'une unité de suivi-évaluation qui facilite la prise de décision et ont mis en place des systèmes de collecte des données qui leurs sont propres, même s'il y a parfois des rencontres périodiques avec le SNIS pour des échanges de données. Ces échanges de données se font dans des cadres non institutionnalisés et sont très dépendants de la qualité des relations entre les personnes. Ce qui affaiblit considérablement la coordination entre le SNIS et les sous-systèmes.

#### **4.6.2.3 SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE POUR LA RIPOSTE**

Dans le cadre de la lutte contre la maladie, il a été élaboré en 2003 au Sénégal un plan stratégique pour la surveillance épidémiologique et la riposte (2004-2008) en cours d'exécution. Dans ce cadre, des outils de collecte et transmission de données ont été mis en place.

Les maladies faisant l'objet d'une surveillance sont les suivantes :

- Les maladies cibles du PEV (coqueluche, poliomyélite, diptérie, téтанos, rougeole, fièvre jaune, tuberculose, hépatite B),
- Les maladies à potentiel épidémique comme le choléra, la méningite, les shigelloses,
- Les manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI).

Il y a une notification hebdomadaire régulière à partir du district qui transmet les données à la région médicale qui, à son tour, les achemine au niveau central. En cas d'épidémie, la notification est quotidienne. Des points focaux ont été désignés dans chaque région à cet effet et disposent de ressources pour mener à bien la mission. Ces mêmes points focaux existent au niveau district et sont souvent sous la responsabilité du Superviseur des Soins de Santé Primaires du district. Ce point focal est parfois le responsable du PEV au niveau du district.

Un guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte a été révisé en juin 2008 et prend en compte les maladies ci-dessus en plus d'autres maladies et affections jugées prioritaires et de certaines maladies non transmissibles. Ce guide définit les normes et procédures en matière de surveillance de la maladie et de riposte.

#### **4.6.2.4 SOUS-SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE HOSPITALIER**

Un Système d'Information Médicale (SIM) est en train d'être mis en place progressivement au niveau des hôpitaux. En effet, la loi 98 - 08 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière évoque, en son article 16, la mise en place d'un SIM permettant une connaissance des services offerts dans les structures hospitalières et des coûts afférents. Il doit s'intégrer dans la SIS.

Dans le cadre de ce SIM, il a été élaboré des outils de collecte des données, notamment la fiche de Résumé d'Unité Médicale (RUM) pour chaque malade, ainsi qu'un modèle de rapport mensuel et trimestriel. Les données sanitaires sont enregistrées selon la Classification Internationale des Maladies (CIM.10) et les agents de santé ont été formés à l'utilisation du logiciel EPI Info pour l'analyse des données. Il faut reconnaître que la mise en place de ce SIM, qui s'installe progressivement, reste lente et n'est pas effective dans certains hôpitaux. Il existe, ici également, une faible coordination avec le SIS.

Une évaluation effectuée en avril 2008 dans les 5 hôpitaux pilotes a permis de constater des points faibles, notamment :

- l'absence de formation des personnels nouvellement affectés,
- le non remplissage de la fiche RUM,
- les retards à l'envoi des rapports trimestriels d'activités,
- l'absence d'analyse des données pour des agents qui ont déjà bénéficié de la formation à EPI Info prévue à cet effet,

- un faible soutien accordé au SIM par les dirigeants des EPS.

#### **4.6.2.5 SOUS-SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE GESTIONNAIRE**

Parmi les sous-systèmes d'information sanitaire ‘non cliniques’ visités au cours de cette évaluation, figurent ceux :

- de la Direction des Ressources Humaines,
- de la Direction des Équipements Médicaux,
- du Service National de l’Hygiène.

Contrairement aux programmes de santé, ces sous-systèmes d'information sanitaire sont caractérisés par la pauvreté, voire l'inexistence de données, comme à la Direction des Équipements Médicaux. Ces sous-systèmes sont moins bien structurés et ne bénéficient pas de soutien financier des partenaires du Ministère pour leur fonctionnement. Pour la mise en place de sous-systèmes gestionnaires performants, des efforts restent à fournir, malgré l'élaboration par le SNIS d'outils de collecte des données.

#### **4.6.2.6 SOUS-SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE DES SECTEURS PRIVÉS ET PARAPUBLIC**

Les données sanitaires existantes dans ces sous-systèmes sont rarement communiquées au Ministère, qui est chargé de rassembler toutes les données relatives à l'offre de services de santé. A ce niveau également, la transmission des données au SIS est très dépendante de la qualité des relations humaines entre les agents du district et ceux de ces sous-systèmes, parce qu'il n'y a pas de relation institutionnalisée pour la gestion des données. Souvent, les données des secteurs privé et parapublic sont complètement ignorées du SIS; ce qui nuit gravement à la qualité des données en termes de complétude pour les services offerts.

#### **4.6.2.7 ENVIRONNEMENT STATISTIQUE NATIONAL**

Il est tout à fait favorable au développement d'un SIS performant. En effet, un schéma directeur de la statistique du Sénégal a été mis en place avec un important programme de mise en œuvre, allant de 2008 à 2013. Il se donne pour mission de « répondre de manière fiable, rapide et la plus fine possible, aux besoins en statistiques officielles des divers utilisateurs et aux engagements du Sénégal (OMD, DSRP) (3). Ce schéma directeur prend en compte tous les secteurs y compris celui de la santé, à travers le SIS qui doit bénéficier de son soutien.

### **4.6.3 ANALYSE DE LA STRUCTURE ET DE L'ORGANISATION DU SIS**

Malgré une volonté politique nettement affirmée, le SIS est loin d'être performant, comme le montre les chapitres suivants. Cependant, il renferme d'importantes potentialités et opportunités qui peuvent faciliter son rapide développement. Le développement du SIS est très dépendant de celui du système de santé dans sa globalité, car « le développement des Systèmes d'Information Sanitaire doit faire partie intégrante de l'action menée pour renforcer les systèmes de soins (2) ». Le développement des sous-systèmes existants est tout à fait compatible avec celui du SIS. Cela est même souhaitable, dans le cadre d'un SIS fédérateur et coordonnateur qui prend en compte des indicateurs et données précis.

Le grand défi sera le renforcement du leadership du SNIS dans le respect du développement des différents sous-systèmes existant dans le SIS. Le SNIS devra renforcer la coordination avec les sous-systèmes des programmes de santé qui ont connu un développement important, et apporter un soutien à la mise en place de sous-systèmes dans les services non cliniques du Ministère de la santé (DRH, DEM, SNH, etc.) qui sont les moins développés.

#### 4.6.4 RESSOURCES, POLITIQUES ET RÉGLEMENTATION

Le SNIS a été créé par décret avec des missions très précises. Il est doté d'un budget de 200 millions de francs CFA par an, avec une autonomie de gestion. Ce budget est largement en deçà des besoins de la structure. Les ressources humaines au niveau de ce service central sont insuffisantes et ne sont pas spécialisées dans la gestion des statistiques. Le SNIS a bénéficié d'un soutien du Réseau de Métrologie Sanitaire (Health Metrics Network) pour un montant de 91 000 dollars US en 2007 pour l'évaluation du du SIS.

Aux différents intermédiaire et périphérique de la pyramide sanitaire, il n'y a pas de budget spécifique pour soutenir le SIS. Ce budget existe pour certains programmes de santé comme ceux visités (DSIST, PNT, DI et DSE) et sont fournis de l'extérieur (Fonds Mondial et GAVI essentiellement).

Il n'existe pas de structure gestionnaire du SIS au niveau régional et district chargé spécifiquement de la gestion des données mais des personnes identifiées qui sont souvent formées en cours d'emploi.

Des réunions trimestrielles régionales sont organisées par axe, regroupant 3 ou 4 régions, avec les équipes cadres de districts et de régions, pour procéder régulièrement à la collecte et à la validation des données. Ces réunions sont en grande partie organisées par les programmes de santé dotés de ressources financières substantielles. Le SNIS tente également d'organiser ce genre de réunions, de manière irrégulière, faute de moyens, pour consolider les données des régions et faciliter la confection des rapports des données de routine, ou dans le cadre du suivi des indicateurs du DSRP.

#### 4.6.5 COLLECTE DE DONNÉES ET QUALITÉ

Le SNIS a mis en place des maquettes de saisies des données des différents niveaux de la pyramide sanitaire pour les données de routine. Ces maquettes sont accompagnées d'instructions de remplissage et prennent en compte les différents postes de santé et pour toute l'année. Il existe aussi des maquettes de saisies des données des programmes de santé utilisés par les agents de santé, parallèlement aux maquettes mises en place par le SNIS.

Différents guides ont été confectionnés par le SNIS et les programmes pour aider les agents de santé à bien remplir les outils de collecte des données. Ces guides sont diffusés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les outils de collectes de données mis en place par les programmes, et parfois par des ONG, sont jugés pléthoriques par les agents de santé au niveau régional et de district. Il y a souvent une répétition des mêmes demandes à un rythme difficilement soutenable par les agents de santé; ce qui crée beaucoup de frustration. A titre d'exemple, dans un des postes de santé visités, celui de Paoskoto, dans le district de Nioro, il y a 21 outils de collecte de données que l'ICP doit renseigner tous les mois, en plus de ses autres activités. Au centre de santé du district de Kaolack, la responsable de la gestion des données VIH/SIDA déclare devoir remplir tous les mois 15 outils de collecte des données uniquement pour ce problème de santé.

Des ateliers de révision des outils de collecte des données sont régulièrement organisés par les programmes de santé et contribuent au renforcement des sous-systèmes mis en place.

Les agents chargés de la vérification de la qualité des données collectées ne garantissent pas celle-ci et sont plutôt préoccupés par leur cohérence. Il arrive que des problèmes identifiés lors de l'analyse des données soient à l'origine d'une supervision initiée par le niveau central (le programme concerné), pour une vérification sur le terrain. Dans ce cas, les membres des équipes du niveau central se rendent sur le terrain avec ceux du niveau régional au niveau du district, voire de la communauté, pour un examen plus approfondi à la source.

Avec l'appui de GAVI, il a été effectué un audit de la qualité des données (DQA) en 2003 qui a permis une analyse plus fine des données collectées dans le cadre des programmes de vaccination et de surveillance épidémiologique. Cet audit, effectué par un cabinet indépendant, a permis de s'assurer que les données du PEV et de la SE sont de bonne qualité.

Les données du privé et du parapublic sont faiblement représentés dans le SIS et posent le problème de la fiabilité et de complétude des données au niveau national.

Même les données du Ministère, qui sont supposées être bien colligées en routine, ne renferment pas la totalité de l'offre des structures sanitaires. En se référant à l'annuaire des statistiques sanitaires de 2007, on constate que la moyenne de la complétude des données au plan national est de 63%, variant entre 78% pour la région de Tambacounda à 33%, la plus faible pour la région de Kolda.

## 4.6.6 ANALYSE DE DONNÉES

### 4.6.6.1 AU NIVEAU DU POSTE DE SANTÉ

Généralement, il y a un seul agent de santé à ce niveau pour collecter les données et élaborer les rapports. Cet agent a généralement bénéficié de formation en cours d'emploi lui permettant de faire correctement ce travail, mais il rencontre d'énormes difficultés à cause du nombre élevé d'outils et de la lourde charge de travail pour les soins préventifs et curatifs. Il procède, en fonction de son ancienneté dans le système et son expérience, à une analyse des données, avec prise de décision locale, avant de les transmettre au centre de santé où se fera la synthèse du district. Il arrive que les données ne soient même pas cohérentes; ce qui exclut la possibilité d'une bonne analyse. C'est là que la faiblesse des ressources humaines, en nombre et en qualité, peut influer négativement sur le SIS.

L'ICP n'échange pas d'informations avec le responsable du Centre d'Appui au Développement Local (CADL), basé à la Sous-préfecture et qui centralise les statistiques utiles pour l'action sanitaire (disponibilité alimentaire et en eau potable, latrination, données de population et de développement local etc.) et perd ainsi des informations utiles qui aurait permis une analyse plus approfondie des données.

### 4.6.6.2 AU NIVEAU DU DISTRICT SANITAIRE

A ce niveau, il y a un ou plusieurs agents de santé qui sont chargés de la gestion des données du district. Ce sont souvent des agents travaillant pour des programmes spécifiques dépendant du niveau central, mais qui gravitent tous autour du superviseur des soins de santé primaires qui est le véritable gestionnaire des données à ce niveau. Il n'est cependant pas rare de constater que des agents envoient directement des rapports au niveau régional ou central sans s'assurer de leur consolidation au niveau du district, sous le leadership du superviseur.

L'analyse des données est mieux faite à ce niveau et les prises de décisions sont plus régulières pour intervenir dans des zones du district où des défaillances sont rencontrées. Le rapport mensuel de la réunion de coordination mensuelle met souvent en exergue ces points faibles.

A ce niveau également, les échanges sont pauvres avec les services départementaux ou locaux chargés de la statistique et de la planification, comme constaté au niveau du poste de santé.

#### **4.6.6.3 AU NIVEAU DE LA RÉGION MÉDICALE**

Le même schéma d'analyse des données se retrouve au niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire. Les ressources humaines chargées de la gestion des données à ce niveau sont mieux qualifiées et ont bénéficié de nombreuses sessions de formation, du fait de leur ancienneté dans le système de santé. Des équipements informatiques y ont été mis en place dans la plupart des cas et les personnels sont des formateurs en gestion et analyse des données. Les guides de formations disponibles sont mis à profit pour assurer la formation des agents du district ainsi que les manuels de suivi-évaluation pour un bon suivi de la performance des programmes.

Le SNIS a mis en place des modèles de rapports pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire :

- rapport global de la zone de responsabilité du poste de santé produit tous les mois,
- rapport global d'activités de district produit tous les 3 mois,
- rapport d'activités de l'hôpital, produit tous les 6 mois.

Il a été également élaboré par le SNIS un modèle de rapport d'activités trimestriel de la structure privée qui est en cours de diffusion.

Ces rapports aident à l'analyse des données des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Le niveau hospitalier a mis en place le logiciel Epi Info pour la gestion des données, mais il est faiblement utilisé.

Globalement, pour ces différents niveaux de pyramide sanitaire, les données de base de population sont tirées de documents officiels (4). Mais il arrive que les informations contenues dans ces documents ne reflètent pas la réalité du terrain et amènent les agents de santé à travailler avec des chiffres différents.

#### **4.6.7 UTILISATION DE L'INFORMATION POUR LA GESTION, LE DÉVELOPPEMENT DE POLITIQUES, LA GOUVERNANCE ET L'OBLIGATION DE RENDRE DES COMPTES**

Les informations recueillies dans le SIS sont mises à profit pour la planification aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. C'est surtout au niveau central que l'information sanitaire est utilisée pour l'allocation des ressources. Au niveau intermédiaire et périphérique, le financement est souvent lié à une allocation en provenance du niveau central qui ne répond pas toujours à aux préoccupations locales, du moins en termes de priorités liées à des données statistiques. Ainsi, les maladies non transmissibles qui commencent à peser lourd sur le poids de la maladie, ne bénéficient pas des mêmes financements que des programmes dits prioritaires soutenus par le Fonds mondial et GAVI. Le Major du centre de santé de Kaolack s'est inquiété de la place importante prise par l'hypertension artérielle dans les

statistiques sanitaires qu'il enregistre mensuellement, alors qu'il ne sent pas une attention particulière accordée à cette maladie.

Dans le cadre du renforcement du rôle des élus locaux et de la participation de la société civile dans la planification, le financement et l'exécution des actions de développement sanitaire, les agents de santé du niveau opérationnel et régional sont instruits à s'impliquer dans l'élaboration et l'exécution des Plans Opérationnels des Collectivités Locales (POCL). Ces plans prennent en compte le volet santé. Le Plan de Travail Annuel (PTA) doit refléter cette orientation du secteur de la santé. A ce titre, l'information sanitaire est partagée pour faciliter la prise de décision.

Au cours de l'atelier de révision des indicateurs du DSRP par les différents secteurs de développement, l'on s'est rendu compte que les indicateurs du secteur de la santé n'étaient pas complètement renseignés. C'est le cas pour plusieurs autres secteurs et ceci prouve que des efforts restent à faire pour intéresser les agents au suivi des indicateurs.

Le SIS est globalement bien structuré et présente des potentialités importantes pouvant faciliter son développement. Il a bénéficié d'une évaluation récente avec l'appui du Réseau de Métrologie Sanitaire. Des sous-systèmes performants sont mis en place avec l'appui des partenaires extérieurs surtout pour les programmes de santé qui ont été visités (DSIST, DI/PEV, DES, PNT, leur coordination avec le SNIS est faible. Cependant, les sous-systèmes non cliniques qui ont été visités (DRH, DEM, SNH) sont faibles et méritent un appui substantiel.

En outre, le SIS est affaibli par l'insuffisance des ressources humaines en qualité et en nombre. Cependant l'environnement statistique national est favorable à la mise en place et au développement d'un bon système d'information sanitaire.

#### 4.6.8 FORCES ET FAIBLESSES

##### Forces

- Existence d'une volonté politique de mettre en place un SIS performant prenant en compte les différents niveaux de la pyramide sanitaire (le SNIS, créé par décret en novembre 2004 est doté d'un budget avec une autonomie de gestion et les sous-systèmes sont clairement identifiés),
- Développement du sous-système gestionnaire du médicament et des sous-systèmes d'information sanitaire cliniques performants (DSIST, DI, DES, PNT) qui ont mis en place des unités de suivi-évaluation au niveau central,
- Existence d'efforts d'intégration des données des sous-systèmes dans le SIS (leur plus grande visibilité se fait progressivement) malgré une tendance à mettre en place des sous-systèmes « indépendants »,
- Présence à chaque niveau de la pyramide sanitaire d'une ou plusieurs personnes chargées de la gestion des données du SIS,
- Elaboration et mise en place par le SNIS et les sous-systèmes de guides spécifiques pour assurer la qualité des données,
- Collecte des données et élaboration des rapports par les ICP, grâce à une organisation méticuleuse,
- Soutien du Réseau de Métrologie Sanitaire au SNIS pour l'évaluation du SIS,

- Existence d'une structure nationale (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie) chargée de fédérer les systèmes sectoriels dans un cadre national de la gestion de la statistique de développement.

### **Faiblesses**

- Très faible prise en compte des données des secteurs privé et parapublic dans les données colligées par le SIS,
- Faiblesse de la coordination entre le SNIS et les sous-systèmes d'information sanitaire du MSP d'une part, et avec les autres secteurs (Forces Armées, Education, MINT etc.) d'autre part,
- Insuffisance du personnel chargé du SIS aux différents niveaux de la pyramide, particulièrement aux niveaux régional et de district, doublée de sa faible capacité technique
- Faible informatisation du SIS, malgré des efforts fournis au niveau de certains programmes,
- Existence d'une multitude d'outils de gestion des données pour les différents programmes, et parfois pour les ONG, aux niveaux régional et de district pour la collecte des données (21 outils au poste de santé de Paoskoto ; ce qui alourdit le travail des agents de santé),
- Faible maîtrise des outils de collecte par certains agents de santé surtout au niveau des postes de santé et centres de santé,
- Faiblesse des sous-systèmes d'information sanitaires gestionnaires (DRH, DEM, SNH, etc.),
- Faiblesse de la collaboration des unités de gestion des données au niveau régional et de district avec les services d'autres secteurs (statistique, planification) des mêmes niveaux,
- Forte dépendance des sous-systèmes existants par rapport au financement extérieur.
- Déséquilibre entre les sous-systèmes d'information de certains programmes qui disposent de moyens importants permettant une collecte prompte et complète des données et le SNIS qui ne dispose pas de moyens suffisants, alors qu'il doit coordonner le SIS dans sa globalité,
- Faiblesse de la rétro information entre l'hôpital régional et les centres de santé de district qui lui réfèrent les malades,
- Manque de garantie de la fiabilité des données de routine du fait de l'absence de procédures spécifiques en la matière ; leur souci étant plutôt centré sur la cohérence des données. Cependant, dans certains cas comme le PEV des enquêtes permettent d'évaluer la qualité des données (DQA : Audit de la Qualité des Données),
- Lenteurs dans la mise en place du Système d'Information Médical (SIM) au niveau hospitalier, malgré une importante offre de services de santé qui de ce fait n'est pas prise en compte.

## **4.7 RECOMMANDATIONS**

### **4.7.1 GOUVERNANCE**

- Créer une instance regroupant les responsables des collectivités locales présentes sur le territoire du district, les autorités sanitaires et les autres catégories d'acteurs (ONG et associations intervenants dans la santé, société civile locale etc.), pour la planification des activités sanitaires (synthèse des POCL, élaboration des PTA), le suivi de leur exécution et la coordination de l'intervention des différents acteurs, y compris la concertation entre les collectivités locales et les districts sanitaires su l'utilisation des fonds de dotation
- Institutionnaliser l'évaluation annuelle et conjointe, par le ministère en charge de la santé et le ministère en charge des collectivités locales, des relations entre les collectivités locales et les niveaux intermédiaire et opérationnel du système de santé, pour rendre plus efficiente l'utilisation des ressources et permettre au secteur de la santé de mieux profiter des opportunités qu'offrent les réformes de décentralisation
- Créer une direction technique chargée de la planification, d'études, de la recherche et du suivi-évaluation
- Créer une direction générale de la santé coordonnant les interventions de toutes les directions techniques et des régions médicales, à côté des directions d'appui chargées des ressources humaines, de l'administration et des finances et des équipements et du matériel
- Mettre fin au cumul des fonctions de médecin-chef de district et de médecin-chef du centre de santé de district, en nommant un médecin-chef du centre de santé placé sous l'autorité du médecin-chef de district, et créer des bureaux de district distincts des centres de santé, en fonction des moyens disponibles et du niveau d'organisation interne de chaque district
- Transformer les régions médicales en directions régionales de la santé, pour une plus grande cohérence avec la philosophie des soins de santé primaires, et les renforcer en moyens humains et matériels pour leur permettre de remplir correctement leurs fonctions d'appui aux districts et d'inspection et de contrôle des formations sanitaires
- Dotter le Service d'Inspection de ressources humaines, matérielles et financières suffisantes et renforcer les capacités des régions médicales compétences en matière d'inspection, de vérification et de contrôle pour une prise en compte de la spécificité du secteur de la santé qui abrite plus d'un millier de structures qui, de la communauté rurale à la capitale, vendent des services de manière continue
- Etablir des conventions entre les hôpitaux et les universités, notamment pour préciser le rôle et les pouvoirs des professeurs titulaires de chaire et ceux de la direction de l'hôpital, afin de mettre fin à l'impunité liée au non-respect par certains professeurs des dispositions relatives à l'exercice à titre privé dans les structures publiques de santé
- Diffuser de manière systématique sur le site Internet du MSP les rapports des études, les normes, les documents de politiques et les textes législatifs et réglementaires relatifs au secteur de la santé et renforcer les services de documentation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Mettre en place un système d'évaluation basé sur les performances

- Assurer le plaidoyer pour la prise des textes réglementaires d'application des lois déjà votées et adopter la pratique de l'introduction simultanée des projets de lois et projets de décrets pour éviter les retards énormes dans l'adoption des lois et décrets ;
- Mettre en place, en collaboration avec la société civile, des mécanismes d'évaluation de la satisfaction des usagers des formations sanitaires.

#### **4.7.2 FINANCEMENT**

- Mettre en œuvre le budget programme avec le CDSMT, la planification par objectifs, le financement axé sur les résultats, des clés d'allocation, un suivi et des mécanismes de « rendre compte »
- Fournir un appui technique et financier aux systèmes de couverture du risque-maladie existants, notamment les IPM et les mutuelles de santé, pour un développement réel de l'assurance - maladie
- Mettre en place un fonds unique de gestion des initiatives de subvention et de gratuité et de soutien à l'assurance - maladie
- Evaluer le poids financier actuel et futur des initiatives de gratuité pour une allocation correcte des ressources nécessaires et pour une prise de décisions éclairée

#### **4.7.3 PRESTATION DE SERVICES**

- Etendre l'expérience des « compétents » ou adapter les curricula aux besoins prioritaires pour atteindre les OMD
- Relancer la PF en renforçant la division, et cibler les régions à appuyer fortement
- Elaborer un plan de lutte sous régional contre le VIH/ Sida au niveau des régions du Sud
- Edicter et diffuser les normes de fonctionnalité par niveau/structure
- Renforcer le personnel social dans les structures de soins pour faire face à la demande sociale
- Elaborer une stratégie claire d'inclusion de partenariat entre le secteur privé et le secteur public, pour la résolution des problèmes de santé des populations
- Elaborer des normes de structures prenant en compte l'intégration des services offerts
- Tester et adopter les outils dont l'efficacité est prouvée pour assurer la qualité des services
- Elargir les interventions communautaires à travers la contractualisation avec des organisations de la société civile,
- Systématiser la planification à la base pour recueillir l'avis des communautés (intégration dans les PTA)
- Réadapter la micro planification avec les communautés en utilisant COPE à la phase résolution des problèmes du monitoring.

#### **4.7.4 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**

- Elaborer un plan stratégique de développement des RH
- Mettre en place une politique adéquate de motivation du personnel
- Procéder à une révision périodique des curricula de formation
- Finaliser le répertoire des emplois
- Mettre en place un système de gestion des carrières des personnels
- Promouvoir le dialogue social par l'installation du comité de branche
- Systématiser l'utilisation de l'informatique dans la gestion des RH
- Assurer la disponibilité des RH, par de nouveaux recrutements accompagnés de la prise de mesures incitatives pour les personnels des zones dites difficiles, de la domiciliation au niveau local de certains postes budgétaires et de la mise à contribution des collectivités locales
- Mettre en place un système d'évaluation des performances liant les tâches effectuées à des objectifs clairement définis au préalable
- Réformer le système d'octroi des primes de motivation pour qu'elles soient attribuées en fonction de la performance (collective ou individuelle).

#### **4.7.5 GESTION PHARMACEUTIQUE**

- Réactualiser le cadre législatif et réglementaire en vigueur et veiller à son application par la DPL
- Renforcer les moyens de la DPL et de la LNCM pour assurer l'accès à des médicaments de qualité
- Renforcer les capacités de contrôle du Ministère par la formation de nouveaux inspecteurs en pharmacie, et créer un corps de pharmaciens inspecteurs assermentés
- Exiger que les marchés par entente directe ne soient possibles qu'après une motivation ne pouvant venir que du Ministère de la Santé
- Délocaliser les locaux de la PNA dans un site plus adapté à ses besoins
- Réviser le dernier arrêté ministériel sur les marges bénéficiaires et fixer les marges à respecter par chaque niveau
- Renforcer les supervisions et le contrôle des points de distribution, notamment pour ce qui concerne les prix, le respect des marges bénéficiaires, l'utilisation des outils de gestion et le respect des conditions de conservation
- Mettre en place un sous système d'information pharmaceutique fonctionnel pour réussir l'usage rationnel et la pharmacovigilance
- Appuyer la mise en place de l'observatoire national pour le marché illicite de médicaments
- Renforcer les capacités de production pharmaceutique locales ; la PNA devant créer une unité de reconditionnement avant d'évoluer vers une unité, ultérieurement.

#### **4.7.6 SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE**

- Définir un schéma d'intégration des données des secteurs privé et parapublic dans le SIS
- Intégrer au mieux les outils de collecte des données des différents programmes aux niveaux régional et de district
- Renforcer les sous-systèmes gestionnaires (DRH, DEM, SNH, etc.) pour une gestion plus globale de l'information sanitaire
- Allouer des ressources suffisantes au SNIS pour garantir une meilleure coordination entre le système central et tous les autres sous systèmes
- Développer les capacités des ressources humaines au niveau des centres de santé et postes de santé, pour une meilleure gestion de l'information sanitaire
- Simplifier au maximum les outils de collecte des données au niveau régional et district pour éviter la surcharge excessive de travail qu'induit l'utilisation d'une multitude d'outils et assurer la fiabilité des données de routine, notamment par l'introduction de procédures spécifiques en la matière
- Informatiser le SIS de manière progressive, en utilisant un personnel bien formé à l'utilisation des outils et des logiciels appropriés comme Epi Info et allouer des ressources pour la maintenance des outils en vue de garantir la pérennité du système qui sera mis en place
- Renforcer la collaboration avec les institutions chargés de la statistique et de la planification des autres secteurs aux niveaux local (CADL), départemental, régional et national (ANSD).



# ANNEXE A : LISTE DE DOCUMENTS CONSULTÉS

- Jean-Paul Azam, George Clarke, Magueye Dia, Jean Michel Marchat, Mouhssine Affifi. Sénégal, Une évaluation du climat des investissements, Genève, Banque Mondiale, 2005, Document disponible sur [www.senegal-entreprises.net](http://www.senegal-entreprises.net)
- Central Intelligence Agency. The World Factbook, Senegal, Accessed 14 October 2008, [www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook](http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook)
- Commission Nationale de Coordination du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, République du Sénégal, Proposition Sénégal – Série 8 du Fonds Mondial, Dakar, 2008.
- Ndiaye, Salif, et Mohamed Ayad. 2006, Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005, Calverton, Maryland, USA, Centre de Recherche pour le Développement Humain (Sénégal) et ORC Macro.
- Organisation Mondiale du Commerce. Statistics Database, Geneva, April 2008. [http://www.wto.org/french/res\\_f/statis\\_f/statis\\_f.htm](http://www.wto.org/french/res_f/statis_f/statis_f.htm)
- OMS. Country Health System Fact Sheet 2006. Senegal
- Syll Ousmane, La décentralisation en Afrique subsaharienne, Sénégal, Université de Franche Comté, 2005
- World Bank Group. Enterprise Surveys. Senegal. Geneva: World Bank Group;, 2008. [www.enterprisesurveys.org](http://www.enterprisesurveys.org)
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, *Annuaire des statistiques sanitaires 2004*.
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, *Annuaire des statistiques sanitaires 2005*.
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, *Annuaire des statistiques sanitaires 2006*
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, *Annuaire des statistiques sanitaires 2007*.
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Plan National de Développement Sanitaire, 1998/2007
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Plan Développement Intégré Sanitaire II, 2004/2008
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Rapport final de l'évaluation du PDIS, 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Rapport sur l'évaluation des OMD, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur le répertoire des emplois types, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la gestion des carrières des personnels de santé, 2005

- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la gestion prévisionnelle des ressources humaines, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur le renforcement des capacités des personnels chargés des RH, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la création de la DRH, 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la motivation des personnels de Santé, 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur le système informatisé de gestion des RH, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la mobilité et le redéploiement du personnel, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal Draft 3, novembre 2008, Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, EDS III 1997
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, EDS IV 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la révision des curricula de formation des infirmiers et sages-femmes d'Etat, avril 2007
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Entretiens avec divers responsables aux niveaux central, régional et de district
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Document Pauvreté et santé, 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Projet de statut des personnels des EPS, 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Approche par compétences, 2004/2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal Rapports d'étape du PDIS, de 1998 à 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Rapport final du PDIS : 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Carte sanitaire, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal Plan national de formation en Santé : 1995
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Draft octobre 2008, Carte sanitaire
- Institut Africain de Gestion Urbaine, Réseau National de Recherches sur les Politiques Sociales, Etude sur la décentralisation des services de santé, juillet 2001
- Etude statistique de l'émigration des professionnels de la santé au Sénégal, octobre 2007
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Cellule d'Appui au Financement et au Partenariat, Elaboration d'une stratégie nationale d'extension de la couverture du risque-maladie des Sénégalais, mars 2008
- République du Sénégal, Banque Africaine de Développement, Banque Mondiale, Évaluation de la gestion des finances publiques et pratiques comptables du secteur privé, Volume I, juin 2003

- François Diop, Colonel Oumar Ndiaye, et Christophe Grundmann. Janvier 2001, Décentralisation et système de santé au Sénégal, une synthèse, Document de travail. Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.
- Ndiaye, Salif, et Mohamed Ayad. 2007, Enquête Nationale sur le Paludisme au Sénégal 2006, Calverton, Maryland, USA, Centre de Recherche pour le Développement Humain (Sénégal) et Macro International Inc.
- République du Sénégal, Ministère de l'Economie et des Finances, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, Enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal, EPS 2005 -2006, aout 2007
- World Bank, Implementation Completion Report, Integrated Health Sector Development Project (PDIS), December 2005
- Fonds Monétaire International, Sénégal, Question Générales, no. 08/221, juillet 2008
- African Development Bank, Organization for Economic Co-operation and Development, African Economic Outlook, Sénégal, 2004
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Service National de l'Information Sanitaire, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, Moustapha Sakho, Rapport d'évaluation du Système d'Information Sanitaire au Sénégal, octobre 2007
- Colonel Oumar Ndiaye et M Edouard J. Dieme, République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Direction de la Santé, Projet Abt, Evaluation des initiatives de subvention et gratuité du Fonds social, août 2007
- Ndiaye, Salif, et Mohamed Ayad. 2006. Enquête démographique et de santé au Sénégal 2005. Calverton, Maryland, USA, Centre de Recherche pour le Développement Humain (Sénégal) et ORC Macro.
- Health Systems 20/20, Abt Associates, Health System Fact Sheet, Senegal, March 2008
- The World Bank, Senegal, Reducing Poverty and Improving Human Development, June 2003
- Watt Patrick, Transaction Costs in Aid, Cases Studies in Sector Wide Approaches in Zambia and Senegal, Human Development Office, UNDP, 2005
- Diop, François Pathé, Sara Sulzbach, and Slavea Chankova. September 2006, The Impact of Mutual Health Organizations on Social Inclusion, Access to Health Care, and Household Income Protection, Evidence from Ghana, Senegal, and Mali. Bethesda, MD, The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- World Health Organization, World Development Report 2008, Primary Health Care; Now More than Ever
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000, Pour un système de santé plus performant, Chapitre 5, Qui finance les systèmes de santé ?
- Millennium Development Goals, Senegal, World Development Indicator Database accessed at [www.worldbank.org/data](http://www.worldbank.org/data)
- Senegal National Expenditure on Health, accessed at [www.who.int/nha/country/sen.pdf](http://www.who.int/nha/country/sen.pdf)
- Data Profile, Senegal, World Bank World Development Indicator Database, Updated September 2008, accessed at [www.worldbank.org/data](http://www.worldbank.org/data)

- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Cadre de dépenses sectoriel a Moyen Terme 2008 -2010, Version Préliminaire, septembre 2007
- Docteur Moustapha Sakho et Docteur Aminata Touré Haidara, Etude sur les OMD du secteur de la santé, République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Ministère du Plan et du Développement Durable, janvier 2005
- République du Sénégal, Document de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté 2006-2010, Revue annuelle, Etat de la mise en œuvre du DRSP-2 en 2007, Rapport de synthèse, juin 2008
- Forum Civil, Section Sénégalaise de Transparency International, Centre de Recherche pour le Développement International, Bureau pour l'Afrique de l'Ouest, Gouvernance et corruption dans le système de santé au Sénégal, décembre 2004
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Feuille de Route Multisectorielle pour Accélérer la Réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelle et Néonatale au Sénégal, 2006 -2016, novembre 2006
- GAVI, Proposition en vue d'un soutien de GAVI-Alliance au renforcement du système de santé (RSS) du Sénégal, 2007
- Jean-Marie Chopin, La Réforme hospitalière six ans après, Brouillon.
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) Phase II : 2004 -2008, Août 2004
- Proposition du Sénégal – Série 8 du Fonds Mondial, Section renforcement des systèmes de santé et communautaire.
- Docteur Moustapha Sakho, Diagnostic de la situation nationale macroéconomique et santé, Rapport final, République du Sénégal, Organisation Mondiale de la Santé, mars 2005
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Cellule d'Appui au Financement et au Partenariat, Marges bénéficiaires, Rapport final, 2008
- Private Sector Partnership Project – One, Senegal Rapid Private Sector Health Assessment, Draft November 2008, Abt Associates.

## ANNEXE B : DONNÉES DE BASE

	Sénégal	Date	Valeur moyenne du comparateur régional [1]		Valeur moyenne par catégorie de revenus [2], [3]	
			Afrique sub-saharienne	Date	Pays à bas revenus	Date
<b>Module central</b>						
Population totale <sup>14</sup>	11,385,910	2004	15,439,321	2004	43,077,991	2004
Croissance de la population (par an en %) <sup>14</sup>	2.37	2004	2.16	2004	2.28	2004
Population vivant en zone rurale (% du total) <sup>14</sup>	49.68	2004	62.58	2004	68.6	2004
Population vivant en zone urbaine (% du total) <sup>14</sup>	50.32	2004	37.42	2004	31.4	2004
Prévalence contraceptive (% de femmes entre 15 et 49 ans) <sup>14</sup>	10.5	2000	21.39	2000	21.25	2000
Taux de fécondité total (naissances par femme) <sup>15</sup>	4.9	2004	5.19	2004	5	2004
Femmes enceintes recevant plus d'une consultation prénatale (%) <sup>15</sup>	82	1999	83.6	1999	80.5	1999
Femmes enceintes recevant 4+ consultations prénatales (%) <sup>15</sup>	64	1999	56	1999	51.67	1999
Prévalence du VIH, total (% pour population entre 15 et 49 ans) <sup>14[4]</sup>	0.8	2003	8.88	2003	4.45	2003
Espérance de vie à la naissance (années) <sup>14</sup>	56.14	2004	48.45	2004	53.15	2004
Taux de mortalité infantile (par 1000 naissances vivantes) <sup>14</sup>	77.6	2004	92.24	2004	86.41	2004
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (par 1000) <sup>14</sup>	136.6	2004	149.43	2004	135.54	2004
Mortalité maternelle, ratio (par 100000 naissances vivantes) <sup>15 [5]</sup>	690	2000	841.42	2000	768.32	2000
PIB par habitant (constant \$US) <sup>14</sup>	460.84	2004	931.54	2004	342.26	2004
Croissance en % du PIB (annuelle) <sup>14</sup>	6.16	2004	5.03	2004	5.6	2004
Dépenses de santé par habitant (en dollars US international) <sup>15</sup>	58	2003	115.87	2003	68.7	2003
Dépenses de santé du secteur privé en pourcentage des dépenses totales de santé <sup>15</sup>	58.2	2003	50.23	2003	54.66	2003
Versements directs des ménages en pourcentage des dépenses privées en santé <sup>15</sup>	95.3	2003	79.71	2003	84.95	2003
Index Gini <sup>14</sup>	--	--	39.27	2003	47.17	2004
<b>Module Gouvernance</b>						
Participation et responsabilisation – Estimation ponctuelle <sup>16 [6]</sup>	0.19	2004	-0.57	2004	-0.79	2004
Participation et responsabilisation – Rang centile <sup>16 [7]</sup>	51.5	2004	32.7	2004	26.75	2004
Stabilité politique - Estimation	-0.21	2004	-0.6	2004	-0.86	2004

<sup>14</sup> The World Bank-WDI-2006

<sup>15</sup> WHO-The World Health Report-2006

<sup>16</sup> The World Bank-Governance Indicators-2005

	<b>Sénégal</b>	<b>Date</b>	<b>Valeur moyenne du comparateur régional [1]</b>		<b>Valeur moyenne par catégorie de revenus [2], [3]</b>	
			Afrique sub-saharienne	Date	Pays à bas revenus	Date
ponctuelle <sup>16</sup> [6]						
Stabilité politique - Rang centile <sup>16</sup> [7]	40.8	2004	32.79	2004	25.4	2004
Efficacité des pouvoirs publics - Estimation ponctuelle <sup>16</sup> [6]	-0.13	2004	-0.74	2004	-0.93	2004
Efficacité des pouvoirs publics - Rang centile <sup>16</sup> [7]	53.8	2004	27.56	2004	21.49	2004
Primauté du droit - Estimation ponctuelle <sup>16</sup> [6]	-0.2	2004	-0.77	2004	-0.94	2004
Primauté du droit - Rang centile <sup>16</sup> [7]	47.3	2004	27.57	2004	22.08	2004
Qualité de la réglementation - Estimation ponctuelle <sup>16</sup> [6]	-0.31	2004	-0.67	2004	-0.87	2004
Qualité de la réglementation - Rang centile <sup>16</sup> [7]	40.4	2004	29.47	2004	24.04	2004
Lutte contre la corruption - Estimation ponctuelle <sup>16</sup> [6]	-0.4	2004	-0.65	2004	-0.83	2004
Lutte contre la corruption - Rang centile <sup>16</sup> [7]	43.3	2004	30.05	2004	23.39	2004
<b>Module Financement</b>						
Dépenses totales de santé en % du PIB <sup>15</sup>	5.1	2003	4.97	2003	5.17	2003
2. Dépenses totales de santé par tête, taux de change moyen (\$US) <sup>15[8]</sup>	29	2003	53.87	2003	25.12	2003
Dépenses gouvernementales en santé en % des dépenses publiques totales <sup>15</sup>	9.3	2003	9.1	2003	8.64	2003
Dépenses publiques (gouvernementales) en santé en % des dépenses totales de santé <sup>15</sup>	41.8	2003	49.77	2003	45.34	2003
Dépenses des bailleurs en santé en pourcentage des dépenses totales de santé <sup>15</sup>	15.4	2003	15.6	2003	19.47	2003
Versements directs des ménages en % des dépenses de santé privées <sup>15</sup>	95.3	2003	79.71	2003	84.95	2003
Versements directs des ménages en % des dépenses totales de santé <sup>17</sup>	55.46	2003	40.57	2003	46.94	2003
<b>Module Prestations de services</b>						
Nombre de lits d'hôpitaux (pour 10 000 habitants) <sup>15</sup>	--	--	5.65	2004	17.51	2004
Pourcentage de naissances assistées par du personnel qualifié par an <sup>14</sup>	58	2002	48.28	2002	43.14	2002
Couverture vaccinale DTP3 pour les enfants de moins de 1 an (%) <sup>15</sup>	87	2004	71.94	2004	72.87	2004
Prévalence contraceptive (% de femmes entre 15 et 49 ans) <sup>14</sup>	10.5	2000	21.39	2000	21.25	2000
Femmes enceintes recevant plus d'une consultations prénatale (%) <sup>15</sup>	82	1999	83.6	1999	80.5	1999
Espérance de vie à la naissance (années) <sup>14</sup>	56.14	2004	48.45	2004	53.15	2004
Taux de mortalité infantile (pour 1	77.6	2004	92.24	2004	86.41	2004

<sup>17</sup> Calculé à partir de World Health Report-2006

	Sénégal	Date	Valeur moyenne du comparateur régional [1]		Valeur moyenne par catégorie de revenus [2], [3]	
			Afrique sub-saharienne	Date	Pays à bas revenus	Date
000 naissances vivantes) <sup>14</sup>						
Mortalité maternelle, ratio (pour 100 000 naissances vivantes) <sup>15</sup> [5]	690	2000	841.42	2000	768.32	2000
Prévalence du VIH/SIDA, total (% de la population entre 15 et 49 ans) <sup>14</sup> [4]	0.8	2003	8.88	2003	4.45	2003
<b>Module Ressources Humaines</b>						
Ratio médecin par habitant (pour 1000 habitants) <sup>15</sup>	0.06	2004	0.22	2004	0.14	2004
Ratio infirmier par habitant (pour 1000 habitants) <sup>15</sup>	0.32	2004	1.35	2004	0.59	2004
Ratio sage-femme par habitant (pour 1000 habitants) <sup>15</sup>	--	--	0.1	2004	0.17	2004
Ratio pharmacien par habitant (pour 1000 habitants) <sup>15</sup>	0.01	2004	0.11	2004	0.04	2004
Ratio sage-femme par habitant (pour 1000 habitants) <sup>15</sup>	0.01	2004	0.1	2004	0.07	2004
<b>Module Gestion pharmaceutique</b>						
Dépenses totales en produits pharmaceutiques (en % du total des dépenses de santé) <sup>15</sup>	30	2000	27.2	2000	26.53	2000
Dépenses totales en médicaments (par tête, au taux de change moyen) en dollars US) <sup>15</sup>	7	2000	9.8	2000	4.22	2000
Dépenses publiques (gouvernementales) en médicaments (par tête, au taux de change moyen) en dollars US) <sup>15</sup>	2	2000	6	2000	2.07	2000
Dépenses privées en médicaments (par tête, au taux de change moyen) en dollars US) <sup>15</sup>	5	2000	6.45	2000	3.44	2000
<b>Module Système d'information sanitaire</b> [10], [11]						
Ratio de mortalité maternelle rapporté par les autorités nationales (rapports reçus dans les délais, années) <sup>18</sup> [12]	0-2 ans	--	0-2 ans	--	0-2 ans	--
Taux de mortalité des moins de 5 ans (rapports reçus dans les délais, années) <sup>14</sup> [12]	0-2 ans	--	0-2 ans	--	0-2 ans	--
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans (rapports reçus dans les délais, années) <sup>18</sup> [13]	3-4 ans	--	3-4 ans	--	3-4 ans	--
Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont une insuffisance pondérale (rapports reçus dans les délais, années) <sup>15</sup> [12]	6-9 ans	--	6-9 ans	--	6-9 ans	--
Nombre de lits d'hôpital (rapports reçus dans les délais, années) <sup>15</sup> [14]	Pas de base de données nationale/ Pas de	--	--	--	--	--

<sup>18</sup> UNICEF-The State of the World's Children-2006

	Sénégal	Date	Valeur moyenne du comparateur régional [1]		Valeur moyenne par catégorie de revenus [2], [3]	
			Afrique sub-saharienne	Date	Pays à bas revenus	Date
	données					
Prévalence contraceptive (rapports recus dans les délais, années) <sup>14</sup> [15]	4 ans et plus	--	4 ans et plus	--	4 ans et plus	--
Pourcentage de rapports de surveillance reçus au niveau national, et venant des districts, comparé au nombre de rapports attendu (complétude des rapports, %) <sup>19</sup> [16]	90% et plus	--	90% et plus	--	90% et plus	--

#### NOTES:

- : Aucune date n'est précisée puisque la moyenne est calculée pour plusieurs pays et, dans ce cas, la date est différente pour chaque pays

1- Les classifications et données reprises pour les régions géographiques ne le sont que pour les économies à faible et moyen revenu. On fait parfois référence aux économies à faible et moyen revenu comme étant les économies en développement. L'utilisation de ce terme est avant tout une utilisation de convenance ; elle n'a pas pour but d'impliquer que toutes les économies de ce groupe partagent la même expérience de développement ou que toutes ces économies ont atteint un stade de développement souhaité ou final. La classification basée sur le revenu ne reflète pas nécessairement le statut de développement. Les pays sont divisés en 6 régions : Asie de l'Est et Pacifique, Europe et Asie Centrale, Amérique Latine et Caraïbes, Moyen-Orient et Afrique du Nord, Asie du Sud, Afrique Subsaharienne.

2- La classification des pays par groupe de revenu est basée sur le système de classification de la Banque Mondiale qui classe l'ensemble des pays membres de la Banque mondiale et de toutes les autres économies ayant une population de plus de 30.000 habitants. Les pays qui ne sont pas dans cette catégorie ont une population de moins de 30.000 habitants.

3- Les économies sont divisées selon le RNB 2004 par habitant calculé en utilisant la méthode Atlas de la Banque mondiale. Les groupes sont les suivants : Faible revenu, 825 dollars EU ou moins ; revenu moyen inférieur, de 826 à 3.255 dollars EU ; revenu moyen supérieur (a), 3.256 à 10.065 dollars EU ; et revenu élevé (a), supérieur à 10.066 dollars EU.

5- Estimations dérivées par régression et méthodes d'estimation similaires pour les pays suivants : Afghanistan, Albanie, Algérie, Angola, Armenia, Bhutan, Bolivie, Botswana, Burundi, Cap Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, République Démocratique de Corée, République Démocratique du Congo, Djibouti, République Dominicaine, El Salvador, Guinée Équatoriale, Fidji, Gambie, Géorgie, Ghana, Guinée Bissau, Indonésie, Iraq, Kazakhstan, Kirghizstan, République Démocratique du Laos, Liban, Lesotho, Liberia, Libye, Maldives, Mozambique, Myanmar, Namibie, Nicaragua, Niger, Nigeria, Oman, Pakistan, Papouasie Nouvelle Guinée, Sénégal, Sierra Leone, îles Salomon, Somalie, Afrique du Sud, Soudan, Swaziland, Syrie, Tadjikistan, Timor Leste, Turquie, Turkménistan, Emirats Arabes Unis, Ouzbékistan, Vietnam.

6- Se situe entre -2,5 et 2,5. Les valeurs les plus élevées indiquent une meilleure gouvernance.

7- Le rang centile indique le pourcentage de pays classés en-dessous du pays sélectionné (sujet à une marge d'erreur)

9- Les données renvoient à l'année la plus récente disponible durant cette période. Plusieurs pays ont des données relatives à des années ou à des périodes autres que celle qui va de 1990 à 2004, ce qui est différent de la définition standard, ou qui concernent seulement une partie du pays. Ces pays sont la République dominicaine, le Ghana, le Liban, la Papouasie Nouvelle Guinée, les îles Salomon, la République Arabe Syrienne, la Turquie.

10- L'interprétation des six premiers indicateurs dans la composante sur le SIS n'est pas basée sur la valeur de l'indicateur, mais plutôt sur la réception dans les délais. Il faut noter que la réception dans les délais est juste un critère de mesure de la qualité des données. D'autres critères, qui n'ont pas été mesurés ici, sont la qualité de la collecte de données, la périodicité des mesures, la cohérence des données, la représentativité des données, la désagrégation des données et la méthode d'estimation des données. Les indicateurs du module SIS sont une sélection d'indicateurs. Une liste plus complète est disponible dans les publications suivantes: Health Metrics Network. 2007. Framework and Standards for Country Health Information Systems. Second edition. Geneva: World Health Organization.

11- Les standards pour chaque indicateur pour la réception dans les délais viennent de la source suivante : Health Metrics Network. 2007. Framework and Standards for Country Health Information Systems. Second edition. Geneva: World Health Organization.

12- Les standards définis par Health Metrics Network pour cet indicateur sont : hautement adéquat si c'est entre 0 et 2 ans, adéquat si c'est entre 3 et 5 ans, existant mais inadéquat si c'est entre 6 et 9 ans et pas tout du adéquat si c'est 10 ans ou plus.

13- Les standards définis par Health Metrics Network pour cet indicateur sont : hautement adéquat si c'est moins de 2 ans, adéquat si c'est 2 ans, existant mais inadéquat si c'est entre 3 et 4 ans et pas tout du adéquat si c'est 5 ans ou plus.

14- Health Metrics Network ne donne pas de standard de la réception dans les délais pour le nombre de lits d'hôpital. Cependant, le standard correspondant à la période ou la base de données nationale des formations sanitaires a été actualisée pour la dernière fois a

<sup>19</sup> WHO-Annual WHO/UNICEF Joint Reporting Form-2005

été utilisé : hautement adéquat si c'est moins de 2 ans, adéquat si c'est entre 2 et 3 ans, existant mais inadéquat si c'est plus de 3 ans et pas tout du adéquat s'il n'y a pas de base de données nationale ou s'il n'y a pas de donnée disponible.

15- Health Metrics Network ne donne pas de standard de reportage de la prévalence contraceptive. Cependant, le standard pour la reception à temps des données sur l'utilisation des condoms dans une relation sexuelle à risques, a été utilisée : hautement adéquat si c'est entre 0 et 1 an, adéquat si c'est entre 2 et 3 ans, existant mais inadéquat si c'est 4 ans ou plus et pas tout du adéquat s'il n'y a pas pas de donnée disponible.

16- Health Metrics Network ne donne pas de standard de reportage pour le nombre de rapports de surveillance recus au niveau national, et venant des districts, comparé au nombre de rapports attendus. Cependant le standard pour le pourcentage de districts soumettant de manière hebdomadaire ou mensuelle des rapports de surveillance à temps au niveau supérieur a été utilisé : hautement adéquat si c'est 90% ou plus, adéquat si c'est entre 75% et 89%, existant mais inadéquat si c'est entre 25% et 74% et pas tout du adéquat si c'est moins de 25%. Cet indicateur est utilisé par Health Metrics Network pour évaluer la dimension de Capacités et pratiques (définie comme : la capacité de collecter des données de les analyser et de gérer les résultats existe-t-elle dans le pays ? Des standards sont-ils appliqués pour la collecte de données ? La documentation est-elle disponible, accessible et de bonne qualité ?) des rapports sur la santé et la maladie (y compris les systèmes de surveillance des maladies).



# LE SÉNÉGAL MALADE DE SA SANTÉ

Infrastructures manquantes, coûteuses évacuations sanitaires, investissements inadaptés et insuffisants, prise en charge médicale déficiente...

L'évacuation laborieuse des victimes de l'accident de bus survenu dans la zone de Bignona, il y a deux semaines, est symptomatique d'un mal profond qui gangrène la... Santé au Sénégal. Au niveau des régions et des départements de l'intérieur surtout, il se pose en effet un réel problème de prise en charge médicale. Des hôpitaux de deuxième génération de niveau I seraient les bienvenus, selon le Docteur Mballo Dia Thiam.

Les hôpitaux de certaines régions de l'intérieur de notre pays ne le seraient-ils que de nom ? La question mérite d'être posée au regard aux difficultés que rencontrent les usagers et le personnel médical, surtout en cas d'urgence. Le drame de l'accident de bus survenu il y a deux semaines sur l'axe Bignona Badiouré occasionnant 5 morts et plus de 60 blessés du fait surtout des problèmes d'évacuation des blessés pour défaut d'ambulance et à cause aussi du manque d'oxygène, ce drame n'a laissé personne indifférent. Au-delà des problèmes de logistique, le président de l'Alliance And Gueusseum dénonce aussi un problème de capacité d'accueil au niveau des hôpitaux de Ziguinchor, à savoir l'hôpital régional de Ziguinchor et l'hôpital de la Paix. Au niveau du bâtiment de l'hôpital régional central qui abrite en même temps le bloc opératoire et les services de réanimation, il est noté une plaque défectueuse avec des infiltrations d'eau occasionnant cette réduction de capacité d'accueil.

L'hôpital de la Paix a aussi une capacité résiduelle et ne peut pas prendre en charge le surplus de malades. Mballo Dia Thiam dit avoir constaté que le bloc opératoire ne fonctionne pas alors qu'il est équipé depuis plus de 5 ans, sans compter le manque de bloc de soins obstétricaux d'urgence (Sou) qui empêche les praticiens de faire des césariennes à Bignona. « Nous sommes obligés de les référer à 30 kilomètres parce que la capacité d'accueil et le plateau de référence posent problème. Or, l'hôpital c'est la référence ultime dans une localité. Si le plateau n'est pas adéquat et qu'il se pose des problèmes de capacité d'accueil, c'est grave. Nous sommes confrontés à de sérieux problèmes de prise en charge des malades, notamment au niveau de la chirurgie. C'est valable pour les autres urgences.

En psychiatrie aussi, il y a certaines urgences. Nous avons un centre de santé qui devait être érigé en village psychiatrique à Kénya, à deux ou trois kilomètres de la ville qui non seulement reçoit des malades de Ziguinchor, mais aussi des pays limitrophes et des autres régions. Il se trouve qu'on n'arrive pas à ériger le village psychiatrique de Kenya en établissement de santé de niveau 1. Cela dit, on ne peut pas comprendre que Bignona, ayant un centre de santé avec une population démographique galopante, ne puisse pas disposer d'un hôpital de niveau 1 », s'insurge le patron du Sutsas (Syndicat unique des travailleurs de la Santé et de l'Action sociale). Mballo Dia Thiam tient surtout à attirer l'attention des autorités et de l'opinion sur un problème beaucoup plus préoccupant, selon lui : le déficit de ressources humaines, en particulier de spécialistes. « Les gynécologues, par exemple, on les compte sur les doigts d'une seule main », déplore le syndicaliste.

## 60.000 francs pour évacuer un malade de Kédougou à Tambacounda

Si l'on en croit M. Thiam, presque tous les départements de notre pays seraient dans la même situation de dénuement. « Il y a des situations aigues et des situations chroniques. Kédougou, qui est une région, n'est pas mieux lotie. Elle rencontre les mêmes problèmes que ces départements. Récemment, on a entendu parler du plateau de Kédougou. C'est une région qui

mérite un hôpital régional ! A défaut d'un hôpital, le centre de santé doit être érigé en établissement de santé de niveau 1. Kédougou est une région émergente or, avec les mines et autres, il y a beaucoup de risque d'éboulements. Avec l'orpailage, cette région mérite une attention particulière. Le problème de la radiographie y est heureusement réglé aujourd'hui. Quand je suis allé en mission, j'ai créé au scandale parce que je ne pouvais pas assister à des transports de malades de Kédougou à Tamba, 232 kilomètres à l'aller et autant au retour. Et il fallait casquer 40 000 francs pour l'achat du carburant et 5000 francs pour motiver le chauffeur de l'ambulance. Et quand on a le cliché à Tamba, c'est au moins 15000 francs pour revenir encore à Kédougou interpréter le cliché avant d'entamer quoi que ce soit. Vous voyez ce que cela fait ! On a pu acquérir une radio mobile. Mais ce n'est pas cela la solution définitive. Kédougou mérite un scanner, l'IRM... Un centre de santé qui n'a même pas un groupe électrogène fonctionnel là où il y a des problèmes d'électricité, sans compter les problèmes d'eau », fulmine le patron du Syndicat unique des travailleurs de la santé et de l'action sociale (Sutsas) qui pense que Kédougou mérite un sort meilleur.

### **A chaque département ses « pathologies »**

A l'image de Kédougou et Bignona, chaque département a ses « pathologies» qui lui sont propres. Des pathologies dont le dénominateur commun, c'est l'indigence et le dénuement. Autrement dit, le manque d'équipements. Que ce soit à Matam, à Ourossogui et à Bakel, dans certains hôpitaux du centre du pays et même dans la banlieue dakaroise, les hôpitaux sont logés à la même enseigne du manque de moyens. Si ce n'est pas un problème de spécialiste, c'est un problème de plateau technique qui se pose. Mballo Dia Thiam donne l'exemple de l'hôpital de Youssou Mbargane de Rufisque « qui n'a pas les moyens de ses ambitions ». L'hôpital Dalal Jamm de Guédiawaye aussi. « Il a coûté pas moins de 40 milliards d'investissement, soit près de 32 milliards de génie civil et 16 milliards pour l'équipement. Or Dalal Jam est encore un gros dispensaire. Les hospitalisations y ont commencé il y a deux ou trois mois. Cela dit, sa capacité d'accueil est quasi nulle par rapport à sa situation géographique ».

### **« Vivre en dehors de Dakar constitue un danger ! » (Un médecin)**

Pendant ce temps, « on préfère faire la sourde oreille et la politique de l'autruche », a-t-il martelé. Le Dr Serigne Falilou Samb de renchérir en soutenant que le grand problème au Sénégal, c'est qu'on n'a jamais eu de politique sanitaire mais une politique de soins. « Toutes nos politiques ont été articulées sur la lutte contre les maladies au détriment d'un système sanitaire cohérent et efficient, en confondant la santé, la médecine et la maladie », a dit le gynécologue selon qui « vivre en dehors de Dakar constitue un danger. Au Sénégal, on a un ministère de la « maladie publique », un système qui subit, qui est plutôt réactif et non planifié. Nos dirigeants sont dans l'économie de la santé et non dans la santé de l'économie ». Sur ce point, Mballo Dia Thiam rappelle que son syndicat a toujours soutenu que l'approche maladie n'est pas une approche viable. « Il faut qu'on aille vers une approche sanitaire à la place d'une approche maladie. Parce qu'on ne mettra jamais suffisamment d'argent pour les maladies. En revanche, pour la prévention, on peut en faire autant et réussir ». Le patron d'And Gueusseum estime qu'une politique de santé, « ce n'est ni un chapelet de vœux pieux, ni une verticalisation ou une juxtaposition de programmes encore moins une série de slogans ». Et d'ajouter : « Nous avons toujours été en faveur d'un système de santé performant, cohérent, efficient et mobilisateur. Et nous sommes en phase avec le docteur Falilou Samb » !

### **Vers la 2ème génération d'hôpitaux de niveau 1**

Mballo Dia Thiam propose l'érection de la deuxième génération d'hôpitaux de niveau 1 dans tous les départements du Sénégal. « On avait créé une première génération d'hôpitaux de niveau 1. Il

y en avait dix. Or, avec l'Acte 3 de la décentralisation, la région ayant disparu, on doit aller vers la départementalisation des structures. Donc, chaque département doit avoir son hôpital de niveau 2 ou tout au moins de niveau I. Sinon, nous serons confrontés à des évacuations avec les problèmes que nous rencontrons. Parce que la plupart des ambulances ne sont pas médicalisées », a-t-il déploré.

## DES MILLIARDS POUR UN SYSTEME TOUJOURS MALADE

L'investissement à hauteur de milliards de francs CFA dans le système de santé n'est qu'une pommade qui ne soulage même la douleur. Tellement celle-ci est atroce. C'est du moins l'avis de Mballo Dia Thiam qui considère que « les milliards investis, c'est beaucoup d'efforts, certes », mais qui restent insuffisants parce que les subventions ne sont pas au prorata des charges. Sur un budget national de 4 000 milliards, la santé ne se retrouve qu'avec à peu près 200 milliards. C'est à peu près 5 à 6 % du budget. Ce alors qu'on devrait se situer à au moins 15 %. « C'est vrai, c'est beaucoup d'efforts. Seulement, la démographie galope, les besoins s'accroissent. D'où l'insuffisance par rapport à nos ambitions. Il y a également l'insuffisance des crédits et des fonds de dotation alloués à ces structures. Lesquelles ne disposent pas non plus de budgets d'investissements pour s'équiper ou se rééquiper ». Quant au Dr Falilou Samb, il estime que « croire que les évacuations sanitaires à l'étranger sont plus rentables que construire et équiper des hôpitaux, bien former ses médicaux et paramédicaux, c'est se tromper de perspective et mettre en péril la vie des Sénégalais ».

### Financer et recruter des spécialistes

Alors que M. Thiam pense qu'il y a lieu de financer davantage la santé, de recruter davantage de spécialistes et de procéder à une politique de rétention de spécialistes, Fallou Samb estime que le jour où on aura des dirigeants conscients et responsables qui auront une politique d'équipements, de formation en médecine à haute valeur ajoutée et de planification, la tendance pourrait être inversée et on pourrait garantir une médecine de qualité. Et cela constituerait un investissement sûr pour l'économie par le biais du tourisme médical.

## Histoire

---

Les [Sénégalais](#) se portent mieux et vivent plus longtemps.

En 2016, l'[espérance de vie](#) moyenne à la naissance était de 67,15 ans pour la population globale – et le taux de [prévalence](#) du [SIDA](#) est l'un des plus faibles d'Afrique (0,9 %). Cependant de grandes disparités subsistent dans le pays, si l'on songe par exemple que 70 % des médecins et 80 % des pharmaciens et des dentistes sont installés dans la capitale, [Dakar](#).

Comme dans le reste du continent africain, la population sénégalaise a longtemps eu recours et a toujours recours – aux [médecines traditionnelles](#), aux guérisseurs. C'est ainsi qu'à [Yoff](#) par exemple, les maladies mentales sont traitées au cours d'une cérémonie traditionnelle, le *ndeup*.

Cependant ces méthodes parfois spectaculaires n'ont pu enrayer les grandes épidémies et les famines qui décimèrent la contrée à plusieurs reprises dans le passé.

Dès le [xix<sup>e</sup> siècle](#) la France y jette les bases d'une politique sanitaire, ne serait-ce que pour protéger ses propres ressortissants. L'accent est tout particulièrement mis sur l'[hygiène](#). L'avènement de l'[AOF](#) s'accompagne bientôt de la structuration d'un système de santé.

En 1905 un service d'Assistance Médicale Indigène (AMI) est créé. Il est chargé d'apporter gratuitement aux populations les soins médicaux et les conseils d'hygiène, de promouvoir la vaccination et la protection maternelle et infantile.

Le décret du 14 janvier 1918 crée l'[École de médecine de l'AOF](#), fondant ainsi le premier établissement d'enseignement supérieur en Afrique. Elle formera jusqu'en 1953 581 médecins, 56 pharmaciens, mais aussi des infirmiers et des sages-femmes qui travailleront dans le cadre de l'AMI.

Entre les deux guerres apparaît une notion nouvelle, celle de [médecine préventive](#) et sociale.

En 1942 les services de santé de l'AOF sont réorganisés et centralisés à Dakar. L'Inspection médicale des écoles est créée.

Après la [Seconde Guerre mondiale](#), l'opinion publique internationale se montre plus critique à l'égard de la politique coloniale, et les priorités sont recentrées sur la santé infantile. Des programmes globaux se mettent en place pour lutter contre les grandes [endémies](#).

L'[Université Cheikh Anta Diop](#) ayant été créée en 1957, l'École de médecine se transforme en Faculté de médecine en 1962.

Depuis l'indépendance le Sénégal est impliqué dans les grands programmes internationaux en faveur du développement et de la santé.

Aujourd'hui on ne meurt plus de faim au Sénégal, mais l'accès aux soins reste très inégal selon les régions et les revenus.

En octobre 2021, le laboratoire pharmaceutique allemand [BioNTech](#) annonce l'installation d'un site de production de vaccins à ARNm sur le territoire sénégalais.

## Pathologies spécifiques au Sénégal

---

### Paludisme

---

Le **paludisme** ou la **malaria**, appelé également « fièvre des marais », est une [maladie infectieuse](#) due à un [parasite](#) du genre *Plasmodium*, propagée par la piqûre de certaines espèces de [moustiques anophèles](#).

Avec 229 millions de personnes malades et 409 000 décès en 2019<sup>1</sup>, le paludisme demeure la [parasitose](#) la plus importante et concerne majoritairement les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. 95 % des cas ont été enregistrés dans vingt-neuf pays, notamment en [Afrique subsaharienne](#) (27 % au [Nigeria](#), 12 % en [R.D. Congo](#), 5 % en [Ouganda](#), 4 % au [Mozambique](#))<sup>1</sup> (cf. section détaillée : « [Épidémiologie](#) »).

Le parasite du paludisme est principalement transmis, la nuit, lors de la piqûre par une femelle moustique du genre *Anopheles*, elle-même contaminée après avoir piqué un individu atteint du paludisme. Le parasite infecte les [cellules hépatiques](#) de la victime puis circule dans le [sang](#), en colonisant les [érythrocytes](#) (hématies ou globules rouges) et en les détruisant.

Véritable [problème de santé publique](#), le [paludisme](#) (également appelé [malaria](#)) est une maladie parasitaire transmise par les piqûres de moustiques. Un Programme National de Lutte contre le

Paludisme (PNLP) a été mis en place et un magazine trimestriel, *Paludisme Infos* fait le point sur l'actualité en la matière.

---

Les voyageurs ont généralement recours à des mesures de protection (sprays, diffuseurs électriques, moustiquaires) et à des médicaments antipaludéens adaptés à chaque cas.

De nouveaux produits génériques représentent un espoir pour les populations locales qui ne peuvent avoir accès à ces traitements souvent coûteux.

Au Sénégal, « la transmission du paludisme est toujours étroitement liée au rythme des pluies et s'effectue en général au cours de la saison des pluies et au début de la saison sèche », explique le PLNP dans le « Plan stratégique national 2016-2020 ».

« En général, les pluies commencent en juin et juillet », plus tôt dans le Sud que dans le Nord, et elles « se poursuivent jusqu'en octobre. Le pic de transmission (les mois durant lesquels la majorité des cas sont diagnostiqués) se trouve en octobre et en novembre ».

De même source, le fardeau de cette maladie « a connu une régression significative de plus de 50 % entre 2009 et 2015. En effet, la prévalence parasitaire est passée de 3 % à 1,2 % et la mortalité toutes causes confondues [est passée] de 72 pour mille naissances vivantes à 33 pour mille naissances vivantes chez les moins de 5 ans entre 2009 et 2014 », est-il expliqué dans le document.

Le Bulletin annuel 2017 du paludisme au Sénégal établi par le PNLP a été publié en mars 2018. D'après ce document, en 2017, près de 349.000 cas de paludisme (soit 2,2 % de la population) ont été confirmés sur près de 396.000 cas notifiés (la population du Sénégal est actuellement estimée à plus de 15,7 millions d'habitants par l'Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD)).

## Sida

---

Le **syndrome d'immunodéficience acquise**, plus connu sous son **acronyme SIDA** (également écrit **sida**), est un **ensemble de symptômes** consécutifs à la **destruction de cellules du système immunitaire** par le **virus de l'immunodéficience humaine** (VIH). Le SIDA est le dernier stade de l'**infection au VIH**, lorsque l'immunodépression est sévère. Il conduit à la mort par suite des **maladies opportunistes** auxquelles il donne lieu. Un patient atteint du sida est appelé « sidéen », terme qui a progressivement remplacé le terme plus ancien « sidatique ».

Trois modes de transmission du VIH ont été observés :

- par voie **sexuelle**, ce qui représente le moyen de contagion principal ;
- par voie **sanguine** ; sont spécialement concernés les utilisateurs de **drogues injectables** et les **professionnels de la santé** (jusqu'à la fin des années 1980, les **transfusés**, notamment les **hémophiles**, ont été particulièrement exposés, comme l'a montré l'**affaire du sang contaminé**) ;
- de la mère à l'enfant, phénomène qui peut se produire : a) **in utero**, dans les dernières semaines de la **grossesse** ; b) au moment de l'**accouchement** ; c) au cours de l'**allaitement**.

Selon **ONUSIDA**, une **ONG** des Nations unies, la proportion d'adultes (entre 15 et 49 ans) touchés par le virus du **SIDA** serait de 0,9 %, l'un des taux les plus faibles du continent.

Cependant, on note une certaine disparité selon les régions du Sénégal. La Casamance est la région la plus touchée avec une prévalence de 2,0 % alors que nous observons une moyenne pondérée de 0,5 % dans les autres régions du Sénégal. Cette disparité peut être expliquée par le conflit en Casamance.

Selon ces mêmes sources, le nombre de personnes touchées au Sénégal par le VIH en 2005 est estimé à 61 000 (entre 29 000 et 100 000).

5 200 décès (entre 1 700 et 12 000) seraient imputables au SIDA au cours de l'année de référence.

## Syphilis

---

La **syphilis** (connue familièrement sous le nom de **vérole** ou encore de **grande vérole** par opposition à la **variole**) est une **infection sexuellement transmissible** contagieuse, due à la bactérie *Treponema pallidum subsp pallidum* (ou tréponème pâle).

Elle ne doit pas être confondue avec la **syphilis endémique**, ni avec le **pian**, deux tréponématoses endémiques, non vénériennes, dues respectivement aux bactéries *Treponema pallidum endemicum* et *Treponema pallidum pertenue*.

La **syphilis** endémique est directement liée au milieu social, à la mauvaise hygiène et aux conditions de logement. Comme pour les autres **Infections sexuellement transmissibles** (IST), le risque s'accroît avec la **prostitution** et le **tourisme sexuel**.

---

## Tuberculose

La **tuberculose** est une **maladie infectieuse** causée par la bactérie *Mycobacterium tuberculosis*, qui se transmet par voie aérienne, avec des signes cliniques variables. Elle touche le plus souvent les poumons et peut parfois atteindre d'autres organes.

En ce qui concerne la **tuberculose**, la situation s'est stabilisée depuis quelques années.

---

On recense 9 500 cas d'infection par an, avec 2 à 4 % de mortalité. Le taux de guérison est passé de 64 % en 2002 à 72 % en 2005. Selon les mêmes sources, la maladie est surtout localisée à Dakar et Thiès et touche davantage les hommes que les femmes.

## Fièvre jaune

La **fièvre jaune**, anciennement appelée **fièvre amarile**, **typhus amaril**, ou **vomito negro** (vomi noir), est une **zoonose** due à un **flavivirus**, le **virus de la fièvre jaune**. C'est une **arbovirose** des **singes** de la **forêt équatoriale** et elle est transmise de singe à singe par divers **moustiques** du genre *Aedes*. Le moustique jouant le rôle de **réservoir** et de vecteur, le singe celui d'hôte **amplificateur**.

La **fièvre jaune** est une maladie virale grave, due à un **arbovirus**, le **virus amaril**, qui a été isolé en **1927** à la fois au **Ghana** et au Sénégal, à l'**Institut Pasteur de Dakar**. Le virus se transmet à l'homme par des moustiques du genre *Aedes*.

---

Ce virus fait l'objet de recherches au sein du Réseau International des Instituts Pasteur, notamment à l'[Institut Pasteur](#) de Dakar dont le laboratoire est également agréé par l'[Organisation mondiale de la santé](#) (OMS) pour fournir le vaccin aux programmes élargis de vaccination en Afrique.

La vaccination contre la fièvre jaune est recommandée, mais non obligatoire, pour l'entrée au Sénégal.

## Chikungunya

---

Le [chikungunya](#) est une [maladie infectieuse tropicale](#), également due à un [arbovirus \(Alphavirus\)](#) de la famille des [Togaviridae](#)), transmise par des [moustiques](#) du genre [Aedes](#). Le risque d'infection par ce virus au Sénégal existe.

## Bilharziose et filariose

La [bilharziose](#) (*Schistosomiasis*) est une [parasitose](#) assez commune dans les régions tropicales et notamment au Sénégal. On la contracte en se baignant dans des eaux douces infestées de vers, c'est pourquoi elle touche notamment les cultivateurs et les pêcheurs, mais aussi les jeunes enfants.

Au Sénégal on observe deux formes de la maladie : la forme uro-génitale due à *Schistosoma haematobium* et la forme intestinale due à *Schistosoma mansoni*. La bilharziose uro-génitale a été découverte dans le pays au début du [xx<sup>e</sup> siècle](#). On la trouve aujourd'hui dans la plupart des régions. De par sa fréquence, elle constitue la seconde endémie parasitaire après le paludisme. Quant à la bilharziose intestinale, les premiers cas ont été signalés au Sénégal en [1951](#). Aujourd'hui cette forme n'apparaît qu'occasionnellement et ponctuellement.

Liées à la présence d'eau douce stagnante, les bilharzioses sévissent dans le delta du fleuve Sénégal, notamment près de [Richard-Toll](#), mais les nombreux projets d'aménagement hydro-agricoles constituent des facteurs de risques supplémentaires dans tout le pays.

Un Programme National de Lutte contre la Bilharziose (PNLB) a été mis en place.

## Trypanosomiase

---

La [trypanosomiase humaine](#) (ou [maladie du sommeil](#)) est une maladie parasitaire qui a longtemps touché les vallées de l'Est du territoire ([Ferlo](#)).

## Choléra

---

Des cas de [choléra](#) se déclarent de temps en temps au Sénégal et une épidémie a sévi dans la région de [Touba](#) en 2005. La maladie se transmettant par voie orale, notamment par des eaux souillées, son développement peut s'expliquer par les inondations qui ont touché le centre du

pays à cette période. Le pays a connu une nouvelle alerte à partir du 3 août 2007. 1 274 cas dont 4 décès ont été enregistrés, principalement dans la [région de Diourbel](#).

## Méningite

---

Grâce aux campagnes de vaccinations, la [méningite](#) est en régression, mais on observe néanmoins des poussées saisonnières de février-mars jusqu'au printemps, tout particulièrement dans le Sénégal oriental, et occasionnellement dans le centre du pays ([Kaolack](#), [Fatick](#)) et à Dakar.

## Rougeole

---

Généralement bénigne dans les pays occidentaux, la [rougeole](#) a pourtant occasionné en moyenne 1 000 décès d'enfants par an jusqu'en [2002](#). C'est pourquoi un [Programme élargi de vaccination](#) (PEV) a été mis en place, incluant la rougeole, avec le projet de réduire de 95 % la mortalité due à cette affection infantile.

---

République du Sénégal

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

**République du Sénégal  
Enquête de base sur  
les Maladies Non Transmissibles  
Rapport final**

**Septembre 2021**

**Agence japonaise de Coopération internationale  
(JICA)**

**CSJ Co,Ltd.  
IC Net S.A.**

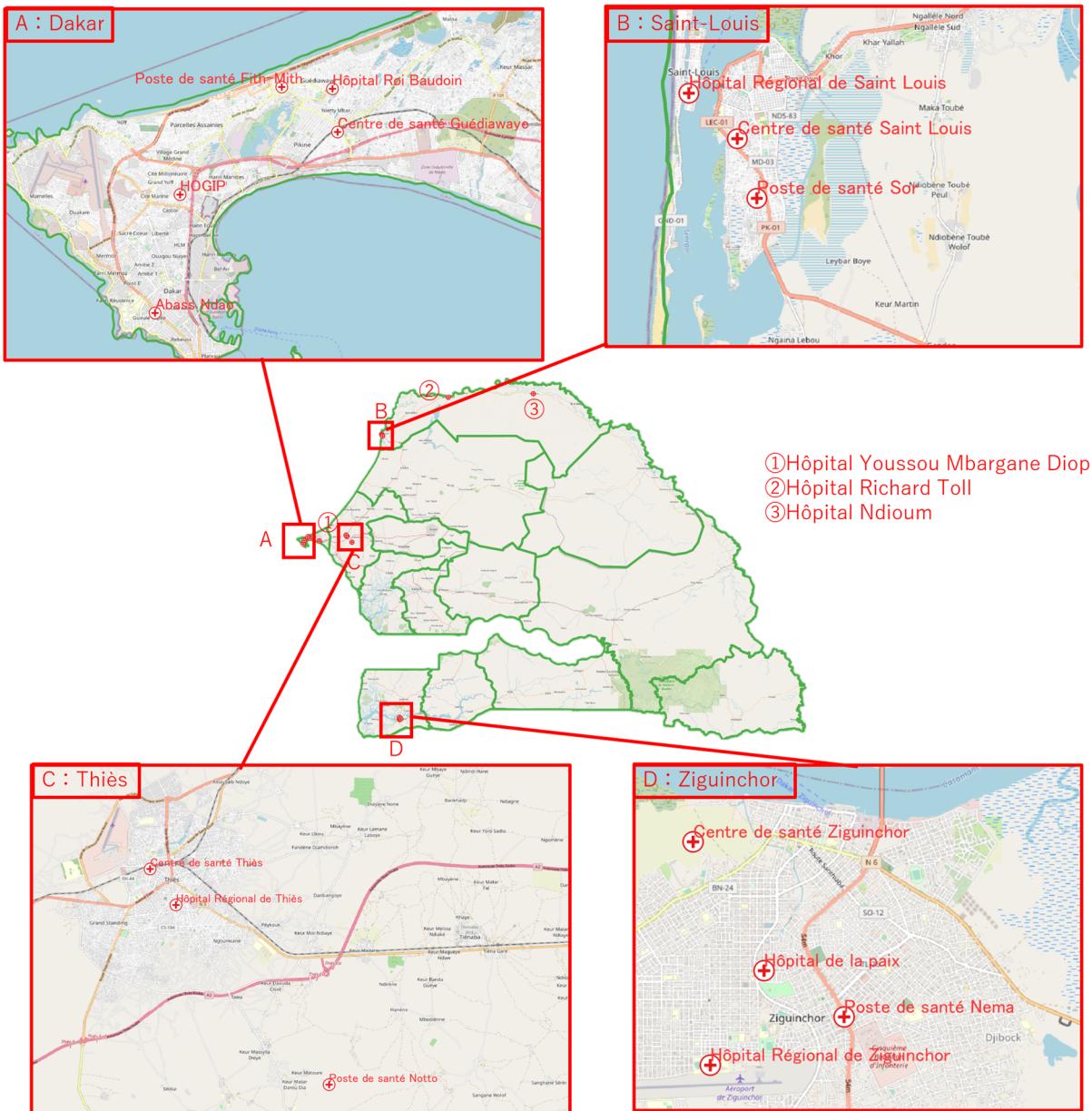
HM
JR
21-038



## Table des matières

Carte .....	i
Photos .....	ii
Tabeau des acronymes .....	iii
CHAPITRE1. Aperçu de l'enquête .....	1
1.1 Contexte.....	1
1.2 Objectif de l'enquête .....	2
1.3 Méthodologie.....	2
CHAPITRE2. Défis dans le domaine des MNT .....	6
2.1 Situation des MNT .....	6
2.2 Défis liés à la fourniture de services médicaux .....	8
CHAPITRE3. Situation et défis des établissements de santé .....	26
3.1 Fonctions, répartition et prestations des établissements de santé .....	26
3.2 Le système de référence .....	29
3.3 Infrastructures, ressources humaines et budget des hôpitaux à chaque niveau .....	30
3.4 Situation des hôpitaux cibles du projet de coopération financière non remboursable.....	32
CHAPITRE4. La lutte contre les MNT au Sénégal et ses enjeux .....	47
4.1 Maladies cardiovasculaires et diabète .....	47
4.2 Facteurs de risque direct des MNT .....	49
CHAPITRE5. État de la coopération avec les PTF .....	52
5.1 État de la coopération avec les différents PTF .....	52
CHAPITRE6. Possibilités de coopération de la JICA.....	55
6.1 Problèmes prioritaires au Sénégal .....	55
6.2 Défis dans le domaine des MNT et pertinence globale du projet.....	58
6.3 Délimitation du champ des MNT ciblées par le projet de coopération technique.....	60
6.4 Proposition d'appui dans le cadre logique du projet de coopération technique .....	62
6.5 Proposition de projet d'aide financière non remboursable .....	71
6.6 Proposition de Prêt de politique de développement (DPL) .....	82

## Carte



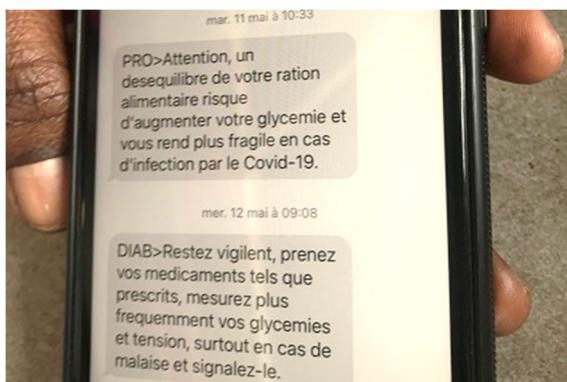
## Photos



Réunion préparatoire à la Mission de formulation de conseil de la JICA sur les MNT



Salle de conseil sur la nutrition au Centre Hospitalier Abass Ndao



Message de M-Diabetes



Hôpital régional de Ziguinchor



Poste de santé de Notto



Hôpital régional de Saint-Louis

## Tableau des acronymes

<b>Acronyme</b>	<b>Définition</b>
ANACMU	Agence de la Couverture Maladie Universelle
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ASC	Agent de santé communautaire
AVC	Accident vasculaire cérébral
BHBC	Better Hearts Better Cities
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CAD	Comité d'Aide au Développement
CCC	Communication Pour le Changement de Comportement
CDH	Centre diabète et hypertension
CDS	Comité de Développement Sanitaire
CNFTMH	Centre National de Formation des Techniciens de Maintenance Hospitalière
CRFS	Centre Régional de Formation en Santé
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTB	Belgium development agency
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
DALY	Disability-Adjusted Life-Years
DIEM	Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DES	Direction Générale des Etablissements de Santé
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGS	Direction Générale de la Santé
DHIS2	District Health Information System 2
DLM	Direction de la lutte contre la maladie
DLMNT	Division des Maladies Non Transmissibles
Dooleel CMU	Projet de Renforcement des Capacités du Système d'Assurance Maladie Communautaire et des Initiatives de Gratuité des Soins de Santé
DPL	Prêt en yens à l'appui des politiques de développement
DPPD	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
DPRS	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	District Sanitaire
DSISS	Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale
ECD	Equipe Cadre de District
ECPSS	Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de santé
ECR	Equipe Cadre de Région
EDS	Enquêtes démographiques et de Santé
Enabel	Belgium development agency
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
EPS	Etablissement public de Santé
GFAOP	Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique
HbA1C	Haemoglobin A1c
HOGIP	Hôpital Général Idrissa Pouye
HTA	Hypertension artérielle
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC	Information Education Communication
IMC	Indice de Masse Corporelle
IVA	Inspection visuelle à l'acide acétique
IVL	Inspection visuelle au soluté de Lugol
JICA	Agence japonaise de coopération internationale
LuxDev	Agence Luxembourgeoise pour la Coopération au Développement
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys (enquêtes en grappes à indicateurs multiples)

<b>Acronyme</b>	<b>Définition</b>
MNT	Maladies non transmissibles
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PARSS	Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé
PEN	Package of Essential NCD Interventions
PIS	Plan d'Investissement Sectoriel
PIB	Produit intérieur brut
PNA	Pharmacie Nationale Approvisionnement
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PRESSMN	Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale
PS	Poste de santé
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires techniques et financiers
PVH	Papillomavirus humain
RAC	Revue annuelle conjointe
RM	Région Médicale
SNEIPS	Service national de l'Education et de l'Information pour la santé
SSP	Soins de santé primaires
USAID	United States Agency for International Development
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/ Syndrome d'immunodéficience acquise
WASH	Water, Sanitation and Hygiene (d'eau, d'assainissement et d'hygiène)



## CHAPITRE1. Aperçu de l'enquête

### 1.1 Contexte

Dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028 élaboré par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), la République du Sénégal (désignée ci-après « le Sénégal ») a engagé un effort positif pour atteindre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et l'Objectif de développement durable (ODD) n° 3 : «Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges» par (1) le renforcement des finances et de la gouvernance dans le domaine de la santé et de l'action sociale, (2) le développement de l'offre de services de santé et de protection sociale et (3) la promotion de la protection sociale.

Au même moment, les maladies non transmissibles (MNT) telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète ont augmenté et atteint 34% des causes de décès au Sénégal, un chiffre plus élevé que la moyenne de 28% en Afrique subsaharienne. Les mesures contre les MNT sont également un problème de santé publique important du point de vue du financement de la santé, parce que les coûts liés aux soins médicaux pour les MNT représentent 30% des dépenses nationales de santé. En outre, il a été précisé que les personnes souffrant de pathologies sous-jacentes, telles que le diabète sont plus susceptibles d'être gravement infectées par la Covid-19. Par conséquent, des mesures contre les MNT sont envisagées dans la perspective des mesures contre la Covid-19.

Le Japon a apporté jusqu'ici son aide au secteur de la santé du Sénégal, tant du côté de l'offre de services (renforcement de la capacité à fournir des services de santé et médicaux) que du côté de la demande (amélioration du système de sécurité médicale et renforcement de la capacité de l'assurance maladie universelle dans le cadre du PNDSS 2019-2028) et a renforcé la gouvernance et le financement pour contribuer à la réalisation de la CSU et de l'ODD n°3 au Sénégal. En outre, la conseillère technique de la coopération japonaise a appuyé techniquement l'élaboration du manuel et la formation des prestataires de soins sur le dépistage et le traitement des lésions précoces du cancer du col de l'utérus, qui constitue de nombreux cas de cancer.

Le MSAS prévoit d'évaluer le « Plan Stratégique de lutte contre les MNT 2017-2020 », de formuler une nouvelle stratégie nationale et de promouvoir les mesures de lutte contre les MNT. Par conséquent, il y a un fort besoin de collecte d'informations et d'analyse sur la situation actuelle, les problèmes et les mesures de lutte dans le domaine des MNT au Sénégal. En particulier, en ce qui concerne les MNT individuelles et les facteurs de risque spécifiques (par exemple, cancer du sein, diabète, hypertension), il est nécessaire de reconfirmer le contenu des services de soins de santé fournis par les structures sanitaires et le système de référence à chaque niveau de la pyramide sanitaire. En outre, il est nécessaire d'envisager à l'avenir une nouvelle politique de coopération dans le domaine des MNT, en tenant compte des priorités à définir.

L'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) a mené cette enquête de base sur les MNT pour examiner la future coopération et les approches de soutien efficaces, y compris les plans d'assistance à moyen et long termes, basés sur des informations relatives à des problèmes et besoins en matière d'appui aux politiques et de réformes institutionnelles et qui renseignent sur la situation de l'appui des autres Partenaires techniques et financiers (PTF) dans le domaine des MNT au Sénégal.

## 1.2 Objectif de l'enquête

Cette enquête a pour but de collecter et d'analyser les informations sur l'état actuel des MNT au Sénégal, les problèmes rencontrés ainsi que les méthodes de lutte pertinentes afin de formuler un nouveau projet sur les MNT dans le cadre de la coopération technique et financière entre le Japon (JICA) et le Sénégal (MSAS).

## 1.3 Méthodologie

### 1.3.1 Régions cibles

Les quatre régions spécifiquement ciblées par l'Enquête sont Dakar, Thiès, Saint-Louis et Ziguinchor. Elles ont été sélectionnées sur la base des critères de sélection ci-dessous, en accord avec la Direction de la lutte contre les maladies (DLM) et la Direction générale des établissements de santé (DES) du MSAS. La DES a indiqué qu'elle souhaitait que la priorité soit accordée aux régions de Kaolack, Thiès et Ziguinchor où il est prévu, comme indiqué dans le plan d'investissement sectoriel (PIS) 2020-2024, de faire passer les hôpitaux régionaux du niveau 2 au niveau 3. La région de Kaolack a été exclue, car l'étude préliminaire a montré clairement qu'elle ne disposait pas de suffisamment de terrain pour réaliser un projet de coopération financière non remboursable. La DLM a recommandé comme régions cibles Dakar, où sont concentrés les principaux hôpitaux de référence pour les MNT, Thiès et Kaolack, qui accueillent beaucoup de patients d'autres régions et de pays étrangers, et Saint-Louis, où les MNT sont activement étudiées, et qui présente un taux d'hypertension artérielle (HTA) élevé. Pour ces raisons, quatre régions ont été sélectionnées en tant que régions cibles spécifiques. Le choix de ces quatre régions, a été jugé pertinent, car, comme le montre le tableau 1-1, à l'exception de Ziguinchor, elles ont toutes une population supérieure à 1 million d'habitants, disposent de médecins spécialisés dans les principales MNT, et présentent un bon équilibre territorial entre le centre, le nord et le sud.

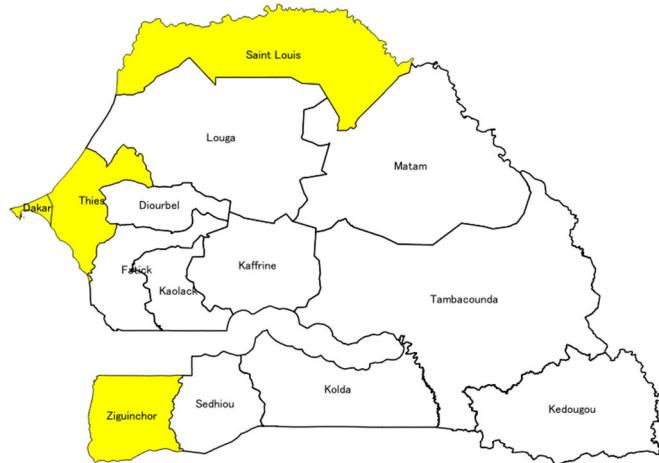


Figure 1-1 : Régions cibles

- Critères de sélection des régions cibles
- Taille de la population
- Affectation de spécialistes (en particulier des cardiologues) dans les Etablissement public de Santé (EPS)
- Plan de mise à niveau des hôpitaux de EPS2 vers EPS3
- Equilibre entre les zones urbaines et rurales
- Accessibilité à partir des autres régions
- Connectivité avec la proposition de projet de coopération technique actuelle

Tableau 1-1 : Nombre de spécialistes affectés par région, population et plans de modernisation des hôpitaux publics

	Médecin cardiologue	Médecin neurologue	Médecin Néphrologue	Médecin gynécologue obstétricien	Médecin pneumologue	Population (2020)	Plan de mise à niveau des hôpitaux de EPS2 vers EPS3
Dakar	53	16	10	66	14	3 835 019	○
Diourbel	3		3	11		1 859 503	
Fatick	2			3		900 791	
Kaffrine	0			2		728 948	
Kaolack	1		1	2		1 191 566	○
Kédougou				1		196 991	
Kolda	1		2	1		821 998	
Louga	1		1	3		1 061 607	
Matam	1		1	3		732 866	
Saint Louis	4	1	1	4	1	1 120 585	
Sédhiou				2		591 970	
Tambacounda	2		1	2		872 156	
Thiès	3	2	3	12		2 162 831	○
Ziguinchor	3	2	1	5	1	683 952	○
Total	77	21	25	117	16	15 942 977	

Source : Annuaire statistique des ressources humaines (2019) , Plan d'investissement 2020-2024, Site d'internet de l'ANSD

### 1.3.2 Éléments de l'enquête

Cette enquête a mis l'accent sur la portée et les éléments d'enquête des MNT suivantes

#### (1) MNT cibles

Les MNT ciblées dans cette enquête sont les maladies cardiovasculaires et le diabète. De plus, l'équipe de l'enquête collecte des informations sur les tumeurs malignes (cancer du col de l'utérus, cancer du sein) et les maladies respiratoires chroniques (BPCO, asthme) dans la mesure du possible.

##### MNT cibles

- **Maladie cardiovasculaire (cardiopathie ischémique, maladie cérébrovasculaire)**
- **Diabète**

\*Recueillir des informations sur les tumeurs malignes (cancer du col de l'utérus, cancer du sein) et les maladies respiratoires chroniques (BPCO, asthme)

Les MNT ci-dessus ont été déterminées sur la base des raisons suivantes, l'importance de la maladie (niveau de mortalité élevé) au Sénégal, l'efficacité de l'intervention et l'efficience de l'étude. Au Sénégal, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que les MNT représentent 42% de l'ensemble des décès<sup>1</sup>. Les maladies cardiovasculaires (17%) représentent la plus grande proportion, suivies des néoplasmes malins (6%), des maladies respiratoires chroniques (3%), du diabète (2%) et des autres MNT (13 %). En comparant les taux d'évolution du nombre total de décès de 2000 et de 2019 au Sénégal, tels que illustrés par la figure1-2, on constate que les maladies cardiaques ischémiques (25,3%), les accidents vasculaires cérébraux (20,1%) et le diabète sucré (30,0%) sont tous en progression. Par conséquent, les MNT ciblées dans cette enquête étaient principalement les maladies cardiovasculaires (notamment, l'HTA) et le diabète.

<sup>1</sup> World Health Organizations-Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2018

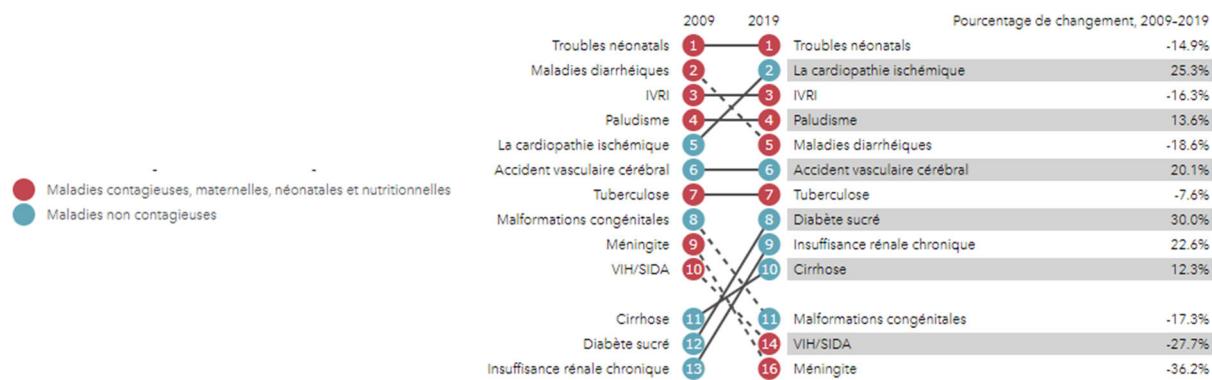


Figure 1-2 : Principales causes de décès et leur évolution en pourcentage (2019)

En ce qui concerne les tumeurs malignes, l'analyse de la figure 1-3 fait ressortir la répartition suivante du nombre de nouveaux patients<sup>2</sup> par ordre d'importance, cancer du col de l'utérus (17,8%), cancer du sein (16,7%), cancer du foie (10,2%), cancer de la prostate (9,1%), cancer de l'estomac (5,2%).et autres cancers (cancer du côlon, cancer de la vessie, cancer du poumon, cancer de l'ovaire) (41 %). En particulier, la Division des maladies non transmissibles (DLMNT), Direction de la lutte contre la maladie (DLM) du MSAS se concentre sur les deux principales maladies.

Concernant la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), le tabac est classé 8ème comme facteur de risque au Sénégal, bien qu'il ne soit pas à la 10ème place dans le classement de la mortalité, comme le montre la Figure 1-4. Il est nécessaire de l'inclure dans cette enquête.

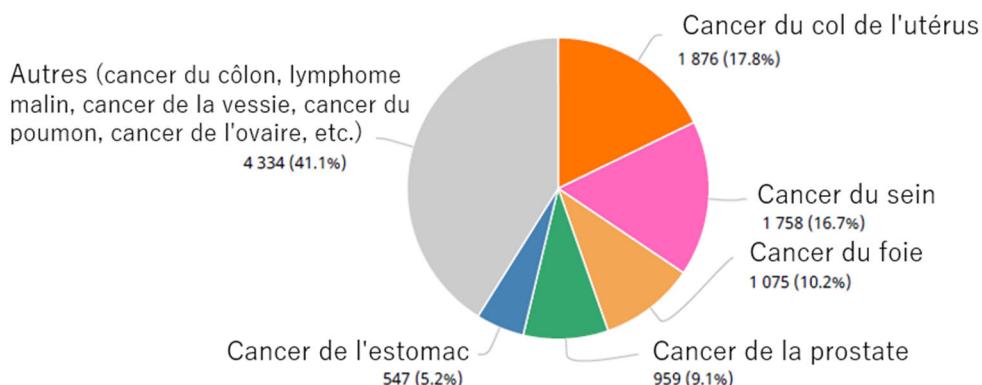


Figure 1-3 : Nombre de nouveaux patients atteints de cancer (2018)

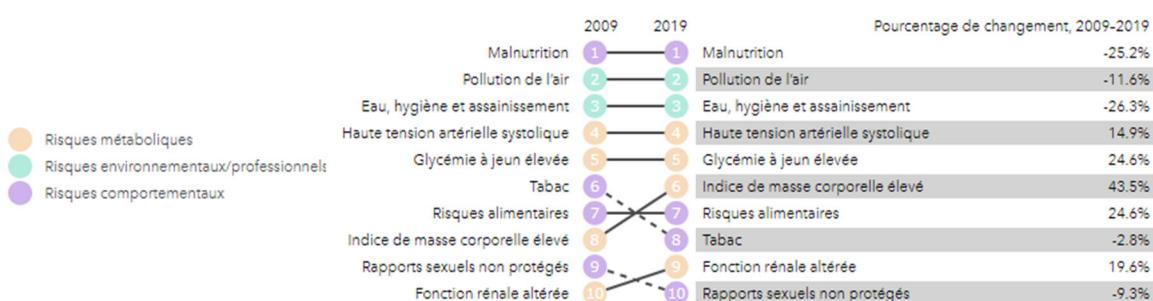


Figure 1-4 : 10 principaux facteurs de risque et évolution du taux en pourcentage (2019)

<sup>2</sup> WHO,2020 (<https://geo.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/686-senegal-fact-sheets.pdf>)

## (2) Eléments de l'enquête

En ce qui concerne les MNT cibles mentionnées ci-dessus, cette enquête a été menée sur les éléments suivants.

- Etablissements et infrastructures sanitaires fournissant des services liés aux MNT et système de référence
- Ressources humaines actuelles et production des ressources humaines
- Offre de services de soins (prévention / diagnostic / traitement) à chaque niveau de l'établissement de santé
- Informations sanitaires liées aux MNT
- Situation de la coopération des autres PTF

### 1.3.3 Méthodologie

- Revue de littérature

Concernant les éléments d'enquête mentionnés ci-dessus, la littérature existante a été collectée et analysée avant le début de la mission sur le terrain.

- Entretiens

Les entretiens ont été menés avec les directions concernées du MSAS, les régions médicales cibles (Dakar, Saint-Louis, Thiès et Ziguinchor) et les autres PTF du secteur. Les questionnaires ont été distribués à l'avance pour un déroulement plus efficace des entretiens.

- Reconnaissance (y compris les observations) de terrain

Les établissements cibles ont été observés pour formuler les projets d'aide sous forme de dons

- Organisation de la réunion et l'atelier

La réunion préparatoire s'est tenue à la salle de réunion du PNT le 26 mai 2021 pour aborder des problèmes liés aux MNT au Sénégal, ainsi que les mesures à prendre

### 1.3.4 Durée de l'enquête

De mars à septembre 2021

### 1.3.5 Membres de l'équipe d'enquête

Cette enquête a été menée par les cinq membres suivants.

Tableau 1-2 : Membres de l'enquête

Nom	Position
Naomi HAMADA	Conseillère principale / Système et Finance de la santé
Jun WATANABE	Services de santé
Toshihiko HASEGAWA	Mesures de lutte contre les MNT/Etablissement de santé (1))
Osamu HAMANO	Etablissement de santé (2))
Akio KANEKO	Equipement medical

### 1.3.6 Calendrier de l'enquête

Cette enquête a été réalisée selon le calendrier suivant ( Voir l'annexe 1 pour le calendrier détaillé). Les comptes rendus des entretiens et des ateliers sont présentés en pièce jointe 3.

Tableau 1-3 : Calendrier de l'enquête

Intitulé de la mission	Période
1 <sup>ère</sup> mission au Japon	du 12 mars au 17 mai 2021
1 <sup>ère</sup> mission au Sénégal	du 18 mai au 22 juin 2021
2 <sup>ème</sup> mission au Japon	du 23 juin au 10 juillet 2021
2 <sup>ème</sup> mission au Sénégal	du 11 juillet au 31 juillet 2021
3 <sup>ème</sup> mission au Japon	du 1 août au 30 septembre 2021

## CHAPITRE2. Défis dans le domaine des MNT

### 2.1 Situation des MNT

#### (1) Structure de la population

L'espérance de vie à la naissance au Sénégal s'améliore à 67,7 ans (2018), se classant 7ème sur 48 pays d'Afrique subsaharienne. En 2020, le ratio de population en âge de travailler (15-64 ans) passera à 54,30% et le taux de vieillissement (65 ans et plus) 3,11%, tandis qu'en 2050 le ratio de la population en âge de travailler passera à 61,64% et le taux de personnes âgées augmentera de 5,22%. Par conséquent, il est prévu qu'on se rapprochera progressivement de la structure de la population et de la structure de la maladie des pays développés<sup>3</sup> (Figure 2-1).

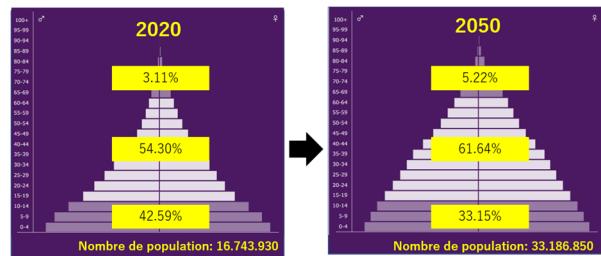


Figure 2-1 : Changements dans la structure de la population du Sénégal

#### (2) Structure des maladies et facteurs de risque

Au Sénégal, l'OMS estime que les MNT sont responsables de 42% de tous les décès. Parmi elles, les maladies cardiovasculaires (17%), qui représentent la plus grande proportion, suivies des néoplasmes malins (6%), des maladies respiratoires chroniques (3%), le diabète (2%) et les autres MNT (13%). En outre, la cause des décès de la population sénégalaise, toutes tranches d'âge confondues (Figure 1-2)<sup>4</sup> et leur évolution en pourcentage entre 2009 et 2019 s'expliquait par le nombre total de décès dus aux MNT, notamment les cardiopathies ischémiques, les maladies cérébrovasculaires, le diabète, les maladies rénales chroniques et la cirrhose du foie, étaient.

De même, l'augmentation des facteurs de risque de MNT implique également une augmentation des facteurs de risque de maladie et de blessure. Comme le montre la figure 1-4, bien que les « risques environnementaux/professionnels » tels que la pollution atmosphérique, l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WaSH) se soient considérablement atténués, les « risques métaboliques » tels que l'HTA, l'hyperglycémie à jeun, l'Indice de Masse Corporelle (IMC) élevé et le dysfonctionnement rénal, ainsi que les « risques comportementaux », qui sont des risques liés aux habitudes alimentaires, se sont accrus. Par ailleurs, l'enquête STEPS (N=6 306) menée en 2015 présente les résultats suivants concernant les « risques métaboliques » et les « risques comportementaux » :

- En ce qui concerne les « risques métaboliques », 29,8% des adultes dans leur ensemble souffrent d'HTA, dans une proportion plus élevée chez les femmes (34,7 %) que chez les hommes (24,5 %), plus élevée également dans les zones rurales (26,2 %) que dans les zones urbaines (21,7 %). L'incidence globale du diabète est de 3,4%, plus élevée chez les hommes (3,5 %) que chez les femmes (3,2 %), et plus marquée dans les zones urbaines (2,9%) que dans les zones rurales (1,3%)<sup>5</sup>. 20% des adultes dans leur ensemble sont atteints d'hyperlipidémie, avec une proportion plus élevée chez les femmes (27,2%) que

<sup>3</sup> Banque mondiale, Espérance de vie à la naissance, total (années), 2020, (<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=SN>)

<sup>4</sup> Institut pour l'évaluation et les métriques de santé (IHME), 2020, (<http://www.healthdata.org/senegal>)

<sup>5</sup> Enquête STEPS de l'OMS (2015)

chez les hommes (12,3 %).

- En ce qui concerne les « risques comportementaux », le tabac reste la première cause de cancer du poumon et de l'œsophage ainsi que de maladies respiratoires, le tabagisme affectant 5,9% de la population dans son ensemble, avec une tendance plus prononcée chez les hommes (15,6%) que chez les femmes (0,4%). Au plan alimentaire, 70% des Sénégalais ne consomment pas cinq portions de fruits et légumes par jour, et la grande majorité des personnes interrogées (87,9%) déclarent, malgré la prévalence élevée de l'HTA, qu'elles consomment une quantité adéquate de sel. Ceci montre alors que le niveau de conscience en matière de prévention des MNT est souvent faible.<sup>6</sup> On peut y voir l'effet d'une alimentation à base de riz, d'huiles et de viande, et celui de l'accroissement ces dernières années de la restauration rapide<sup>7</sup>. Le manque d'exercice constitue également un facteur important puisque 66,6% des personnes enquêtées ont déclaré n'avoir aucune habitude d'exercice physique et la proportion de femmes ne faisant pas d'exercice physique (83,6 %) est plus élevée que chez les hommes (48,9%). Le cas des femmes d'âge moyen, dont beaucoup souffrent d'hypertension artérielle, qui restent traditionnellement à la maison et sont moins actives physiquement, est particulièrement à mettre en évidence<sup>8</sup>. L'alcoolisme ne constitue pas un problème majeur au Sénégal, 96,2% des personnes interrogées déclarant n'avoir jamais bu d'alcool.
- Quant aux données au niveau régional, la région de Saint-Louis a été la seule à réaliser une enquête spécifique en 2010 (N=1 424) pour mesurer la prévalence des facteurs de risque de MNT<sup>9</sup>. Les principaux résultats sont les suivants: Une incidence sensiblement plus élevée que la moyenne nationale de l'enquête STEPS a été constatée dans la région de Saint-Louis, avec une HTA à 46%, un diabète à 10,4%, une hypercholestérolémie totale à 36,3% et une obésité abdominale à 48,7%.
- Pour ce qui est des néoplasmes malins, l'enregistrement des cancers a commencé en 2010, les prévisions étant celles d'un nombre annuel de nouveaux cas d'environ 6 800 cas. En termes de répartition des néoplasmes malins, la figure 1-3 montre que les taux d'incidence du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein, du cancer du foie, du cancer de la prostate et du cancer de l'estomac sont les plus élevés<sup>10</sup>.

### (3) Mortalité

Pour ce qui est de la mortalité, le Sénégal ne disposant pas de données suffisantes, seuls les rapports sur les néoplasmes malins recensés dans les principaux hôpitaux ont pu être obtenus. En 2019, le Centre hospitalier Abass Ndao a constaté des anomalies des membres inférieurs chez 32 % des patients diabétiques examinés, et 5,89 % de ces patients sont décédés.<sup>11</sup> Un rapport indique qu'à l'Hôpital Général Idrissa Pouye (HOGIP), le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires représente 9% de l'ensemble des décès survenus dans l'hôpital (2015)<sup>12</sup>. Les taux de mortalité sont calculés dans les différents hôpitaux, mais ils ne reflètent pas nécessairement la situation globale. Il n'existe pas de données comptabilisées de façon systématique sur le nombre de nouveaux cas de diabète, d'HTA et d'asthme, car ces maladies ne sont pas incluses dans les

<sup>6</sup> Enquête STEPS de l'OMS (2015)

<sup>7</sup> Cohen.E, Gradijge.J.P, Ndao.A, Duboz.P, Macia.E, Gueye.L, Boetsch.G, Pasquet.P, Holdsworth.M et Lucciani.C, Biocultural determinants of overweight and obesity in the context of nutrition transition in Senegal: a holistic anthropological approach (Déterminants bioculturels du surpoids et de l'obésité dans le contexte de la transition nutritionnelle au Sénégal : une approche anthropologique holistique), 2018, (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30295213/>)

<sup>8</sup> Marcia.E, Gueye.L and Duboz.P, Hypertension and Obesity in Dakar, Senegal (Hypertension et obésité à Dakar, Sénégal), 2016, (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30295213/>)

<sup>9</sup> Enquête de prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire en population générale à Saint-Louis (Sénégal) S.Pessinaba et alii, Annales de Cardiologie et d'Angéiologie, Volume 62, numéro 4, août 2013, pages 253-258, consulté le 29 mai 2021 sur le site <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003392813000218?via%3Dihub>

<sup>10</sup> OMS, Profil du Cancer par pays, 2020, Sénégal ([https://www.who.int/cancer/country-profiles/SEN\\_2020.pdf](https://www.who.int/cancer/country-profiles/SEN_2020.pdf))

<sup>11</sup> Rapport du Professeur Ndeye Maimouna Ndour (Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, département de Médecine interne)

<sup>12</sup> HOGGY. (2015) Rapport Cellule Information médicale, Dakar.

éléments de surveillance épidémiologique actuellement utilisés. Les taux de mortalité liés aux néoplasmes malins, présentés dans la figure 2-2, sont quasiment aussi élevés que les taux d'incidence.

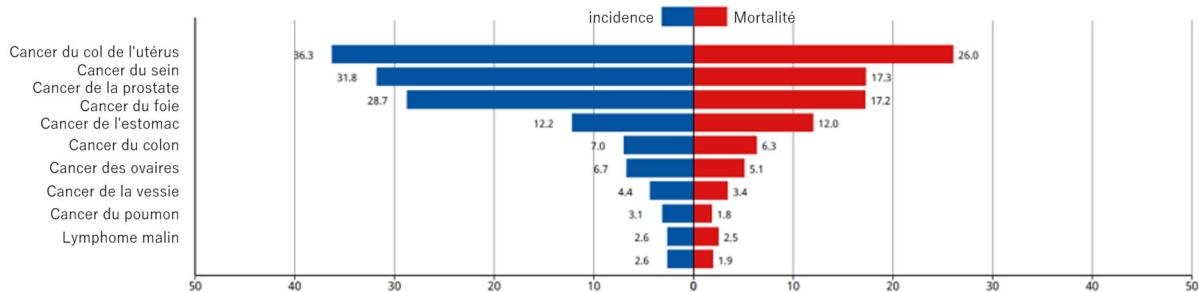


Figure 2-2 : Taux d'incidence et de mortalité des 10 principaux cancers au Sénégal (standardisés selon l'âge)<sup>13</sup>

#### (4) Relations entre les décès dus à la COVID-19 et les MNT au Sénégal

Dans d'autres pays, il a été mis au clair que les personnes présentant de pathologies sous-jacentes telles que le diabète sont plus susceptibles de développer des formes graves si elles sont infectées par la COVID-19, et une tendance similaire est également constatée au Sénégal. Une analyse des décès dus à la COVID-19 au Sénégal (725) a montré que 97% d'entre eux présentaient des comorbidités liées aux MNT<sup>14</sup>. Ces comorbidités se répartissent comme suit : HTA (33 %), diabète (28 %), hypertension combinée au diabète (13,2 %), accident vasculaire cérébral (AVC) (5 %), obésité (4,7 %), maladies cardiaques (4,2 %), maladies rénales (3,8 %), asthme (3 %), cancer de la prostate (0,9 %) et autres (4,2 %). Partant du fait que 74% de ces décès étaient des patients hypertendus ou diabétiques, il est nécessaire, également du point de vue de la lutte contre la COVID-19, de reconsidérer l'importance du contrôle de ces deux maladies majeures.

### 2.2 Défis liés à la fourniture de services médicaux

Selon l'OMS, (1) 29,8% des Sénégalais souffrent d'hypertension, mais 93% d'entre eux n'ont pas été traités, et (2) 84% de la population n'a jamais mesuré sa glycémie et 96% de la population n'a jamais mesuré son cholestérol, ce qui signifie que la majorité de la population n'a pas pu bénéficier de services de santé pour les MNT. Afin de trouver la cause de cette situation, seront analysés en perspective, 6 éléments constitutifs du système de santé de l'OMS 1) la gouvernance, 2) le financement, 3) la prestation des services, 4) les ressources humaines, 5) les produits et les technologies médicaux essentiels et 6) l'information sanitaire.

#### 1) Gouvernance

Le Gouvernement sénégalais a positionné les MNT comme un enjeu national important en matière de santé et a défini dans le PNDSS 2019-2028 deux actions à mener concrètement dans le cadre du secteur de la santé. La ligne d'action 41 énonce une stratégie de renforcement de la prévention secondaire basée sur la promotion d'un dépistage précoce et d'un traitement efficace, qui s'applique également au domaine des MNT. Elle préconise notamment de commencer par l'élaboration de normes et de protocoles pour le dépistage des MNT en tenant compte du niveau communautaire. Ensuite, elle recommande l'intégration du dépistage précoce des

<sup>13</sup> OMS (2020), <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/686-senegal-fact-sheets.pdf>

<sup>14</sup> Information du MSAS (12 février 2021)

MNT dans les services de santé, afin qu'il puisse être effectué de manière systématique en tant qu'activité de routine. Pour une mise en œuvre efficace des traitements, elle prévoit la mise à jour et l'application des protocoles, la prise en charge précoce des cas, l'éducation thérapeutique du patient, le renforcement fonctionnel des laboratoires et de l'imagerie ainsi que la promotion des méthodes de diagnostic rapide. Par ailleurs, la ligne d'action 46 fait état de la nécessité des activités suivantes pour lutter efficacement contre les MNT : 1)mise en place d'un cadre multisectoriel pour développer les actions préventives comme l'exercice physique, la lutte contre le tabagisme, l'abus d'alcool et la mauvaise alimentation, 2)développement du partenariat public privé (PPP) pour mobiliser les ressources, 3)promotion de la mobilisation de ressources endogènes, 4)renforcement de la sensibilisation à l'endroit des populations 5)diagnostic précoce et prise en charge efficiente des maladies non transmissibles, 6)suivi et évaluation des interventions et 7)recherche opérationnelle. Dans ce cadre, un niveau de priorité élevé est accordé à la lutte contre l'insuffisance rénale, permettant t la prévention des maladies rénales, la création de nouveaux centres de dialyse, la formation de néphrologues et la réalisation de transplantations rénales. Hormis cela, les soins de santé bucco-dentaire, les opérations de chirurgie de la cataracte et la santé mentale sont également cités comme enjeux prioritaires. Des mesures de lutte contre les MNT plus exhaustives sont élaborées dans le « Plan stratégique de lutte contre les maladies non transmissibles (2017-2020) », qui se fixe les objectifs présentés dans le tableau 2-1.

Tableau 2-1 : Objectifs généraux et spécifiques du Plan stratégique lutte contre les MNT 2017-2020

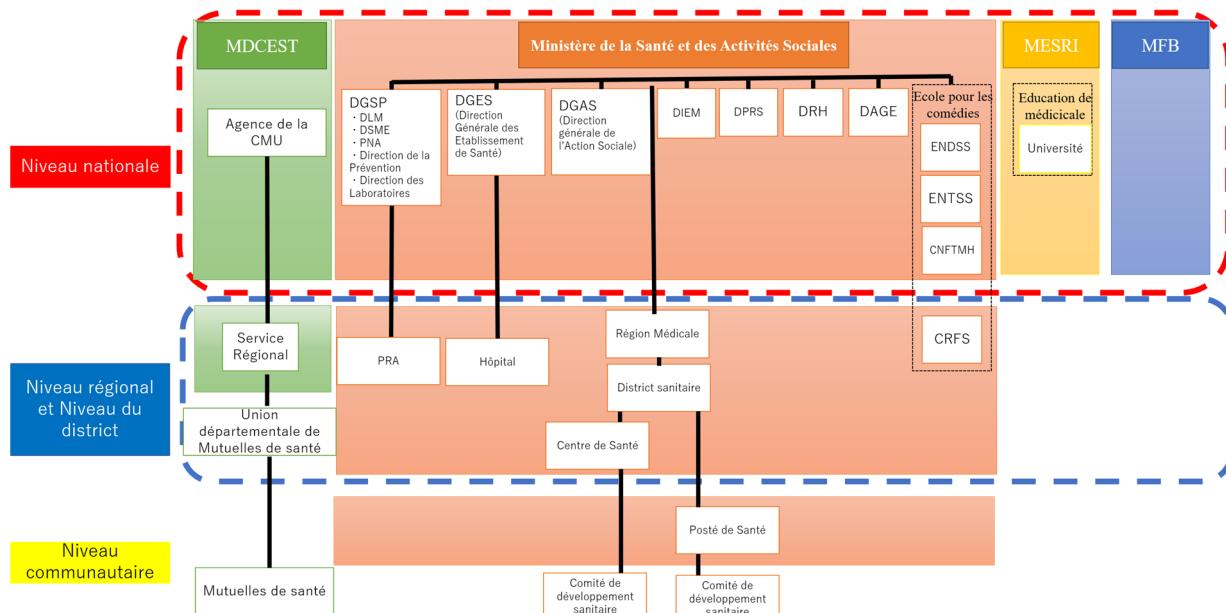
Objectifs généraux	
1	Limiter le taux de morbidité lié aux MNT
2	Réduire le nombre de décès prématurés liés aux MNT
Objectifs spécifiques	
Diminuer les facteurs de risque comportementaux	
1	Maintenir la prévalence de l'obésité à moins de 6,4%
2	Réduire de 6 % la prévalence de l'activité physique insuffisante chez les adultes de 18 ans et plus
3	Maintenir la prévalence du diabète à moins de 2,1%
4	Baisser de 12,5 % la prévalence de l'HTA chez les personnes âgées de 18 ans et plus
5	Réduire de 15 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 18 ans et plus
6	Maintenir la prévalence de l'usage nocif de l'alcool chez les adultes à moins de 0,9%
7	Réduire de 10% la prévalence de la dépigmentation artificielle chez les personnes âgées de 18ans et plus.
Améliorer l'égalité des chances dans l'accès à la prise en charge, à la promotion et à la prévention des MNT	
8	Porter à 90% la proportion d'hémophiles pris en charge selon le protocole national en vigueur
9	Porter à 90% la proportion de drépanocytaires pris en charge selon le protocole national en vigueur
10	Porter à au moins 50% la proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant déjà effectué un test de dépistage du cancer du col de l'utérus
11	Faire passer à plus de 90% la couverture vaccinale contre le VPH chez les filles de 9 à 14 ans
12	Porter la couverture vaccinale HepB J0 à plus de 80%
Améliorer les compétences individuelles en matière de santé et de lutte contre les MNT	
13	Faire passer à au moins 80% le nombre de personnes qui connaissent les 4 principaux facteurs de risque associés aux MNT (alimentation trop grasse, trop huileuse, trop sucrée, trop salée, insuffisance de la consommation de légumes et fruits, obésité et manque d'activités physiques, tabagisme et alcoolisme)
14	Porter à au moins 80% le nombre de personnes qui sont au courant de l'existence de lois protégeant contre certains facteurs de risque des MNT (tabac, alcool, composition des aliments, produits de dépigmentation, environnement)
15	Faire passer à au moins à 50% le nombre de personnes qui affirment avoir réduit leur consommation de sel
16	Porter à au moins 50% le nombre de personnes qui affirment avoir augmenté leur activité physique pour la prévention des MNT
17	Réduire de 30% le nombre de personnes qui pensent être exposées à la pollution de l'air interne (fumée, encens...)
18	Augmenter de 50% le nombre de personnes qui pensent que les frais de prise en charge des MNT dans les structures sanitaires sont à leur portée

Pour atteindre les objectifs ci-dessus, les problèmes ci-après doivent être résolus: 1)faiblesse de l'approche multisectorielle, 2)insuffisance des mesures de réduction des facteurs de risque, 3)manque de dépistage et de traitement, 4)manque de suivi, d'études et de recherches, et 5)utilisation inefficace des ressources financières. Un exemple concret d'approche multisectorielle vulnérable est le manque de collaboration entre le MSAS et les niveaux périphériques, comme l'ont souligné les enseignements du projet Better Hearts Better Cities (BHBC). Lorsque le district sanitaire (DS) met en œuvre des mesures contre l'HTA, il est supposé prendre en charge les coûts de l'activité de sensibilisation et de dépistage alors qu'il n'a pas suffisamment de capacité, pour mener à bien l'activité, en raison d'un manque de ressources financières.

Comme énoncé dans les actions politiques du deuxième prêt en yens à l'appui des politiques de développement au Sénégal (DPL2), un comité a été formé en janvier 2021 pour évaluer le « Plan stratégique de lutte contre les maladies non transmissibles (2017-2020) » et élaborer une nouvelle stratégie. Les travaux d'évaluation et d'élaboration de ces deux documents respectifs sont actuellement en cours. En raison notamment de l'impact de la COVID-19, l'objectif est d'élaborer, dans le courant de l'année 2021, le « Plan accéléré de lutte contre les MNT 2022-2023 ». En outre, les autres documents stratégiques, le « Plan stratégique intégré sur les maladies non transmissibles 2017-2020 », le « plan stratégique de lutte contre le cancer 2015-2019 » et le « Plan opérationnel de lutte contre les maladies cardiovasculaires et métaboliques 2015-2019 », nécessitent tous une mise à jour, mais cela n'a pas été fait par manque de ressources.

Afin de remédier aux cinq problèmes susmentionnés, une collaboration entre les acteurs présentés à la figure 2-3 et un renforcement de ces acteurs est indispensable, et, de même, la collaboration avec des secteurs autres que le MSAS (Ministère de l'Agriculture, Ministère du Travail, Ministère de l'Éducation etc.) est importante en matière de lutte contre les MNT. Pour remédier à la « 1)faible approche multisectorielle », la collaboration entre plusieurs ministères est nécessaire : le MSAS, chargé de la politique de santé et de la fourniture des services de santé, le Ministère du développement communautaire de l'équité sociale et territoriale, qui inclut l'Agence nationale de la Couverture maladie universelle (ANACMU), en charge du système de gratuité et des régimes d'assurance maladie communautaires, le Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, en charge de l'enseignement médical, et le Ministère des Finances et du Budget, en charge du budget national et de la fiscalité. À cette fin, le comité multisectoriel de lutte contre les MNT a été constitué par un arrêté en date du 11 septembre 2019 (arrêté du ministre de la Santé et de l'Action sociale). Le comité se réunit présentement tous les trois à six mois, une feuille de route a été établie, et diverses activités sont réalisées conformément à cette feuille de route. Cependant, le fait que les rencontres trimestrielles avec l'ANACMU qui constituaient l'un des objectifs du « Plan stratégique de lutte contre les maladies non transmissibles (2017-2020) » n'aient pas été réalisées et que le rapport d'un autre projet (Better Hears Better Cities) indique que l'implication des collectivités territoriales est insuffisante, montre que cette approche multisectorielle reste un défi. Face à « 2)l'insuffisance des mesures de réduction des facteurs de risque », et au «3)manque de dépistage et de traitement », plusieurs entités du MSAS sont impliquées au niveau central, notamment la DLM, en charge de la lutte contre les MNT, la Direction de la prévention, en charge de la prévention primaire, la Direction des laboratoires, en charge de la prévention secondaire, ainsi que la DES, la Direction des ressources humaines (DRH), la Direction des infrastructures, des équipements et de la

maintenance (DIEM) et la Pharmacie Nationale Approvisionnement (PNA), en charge de la lutte contre les MNT. Au niveau déconcentré, les régions médicales (RM) et les districts sanitaires (DS) sont en charge de la politique et de l'administration, tandis que les centres de santé (CS) et les postes de santé (PS) fournissent les services médicaux de base, et les hôpitaux, les soins médicaux de niveau supérieur. De surcroît, la Direction de la planification, de la recherche et des statistiques (DPRS) est en première ligne de l'action engagée face au «4) manque de suivi, d'études et de recherches », et la Direction de l'administration générale et de l'équipement (DAGE) face à «5) l'inefficience de l'utilisation des ressources financières ». Il est ainsi nécessaire de renforcer la collaboration au sein du MSAS.



MDCEST : Ministère du Développement Communautaire, de l'Equité sociale et Territoriale, MESRI : Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, MFB : Ministère des Finances et du Budget, DGSP : Direction Générale de la Santé Publique, DLM : Direction de la Lutte contre la Maladie, DSME : Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, PNA : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement, DIEM : Direction des Infrastructures des Equipements et de la Maintenance, DPRS : Direction de la Planification de la Recherche et des Statistiques, DRH : Direction des Ressources Humaines, DAGE : Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement, ENDSS : Ecole National de Développement Sanitaire Social, PRA : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement

Figure 2-3 : Organigramme des mesures de lutte contre les MNT au Sénégal

C'est la DLMNT créée en 2013, qui est au cœur de la lutte contre les MNT au niveau central. Elle compte actuellement 10 agents, répartis en trois bureaux d'activité et six bureaux de lutte contre les maladies. En outre, un comité ad hoc, composé de médecins spécialistes universitaires et hospitaliers et de personnes concernées dans d'autres secteurs, a été mis en place et travaille en étroite collaboration avec la division. On trouvera l'organigramme de cette division à la figure 2-4. Le grand nombre de maladies non transmissibles concernées et le large éventail de modes d'intervention font ressortir le manque de ressources humaines. Le budget limité de la DLMNT constitue lui aussi un obstacle à la mise en œuvre des activités. Pour résoudre le problème, la DLMNT a soumis à la date du 23 juin 2021 un « projet de déclaration ministérielle » une lettre de demande au ministre de la Santé et de l'Action sociale, demandant que la lutte contre les MNT fasse l'objet d'un programme. L'élaboration d'un programme devrait permettre d'augmenter le budget, de renforcer les compétences en matière de lutte contre les maladies, d'accroître les ressources humaines et d'agrandir les bureaux.

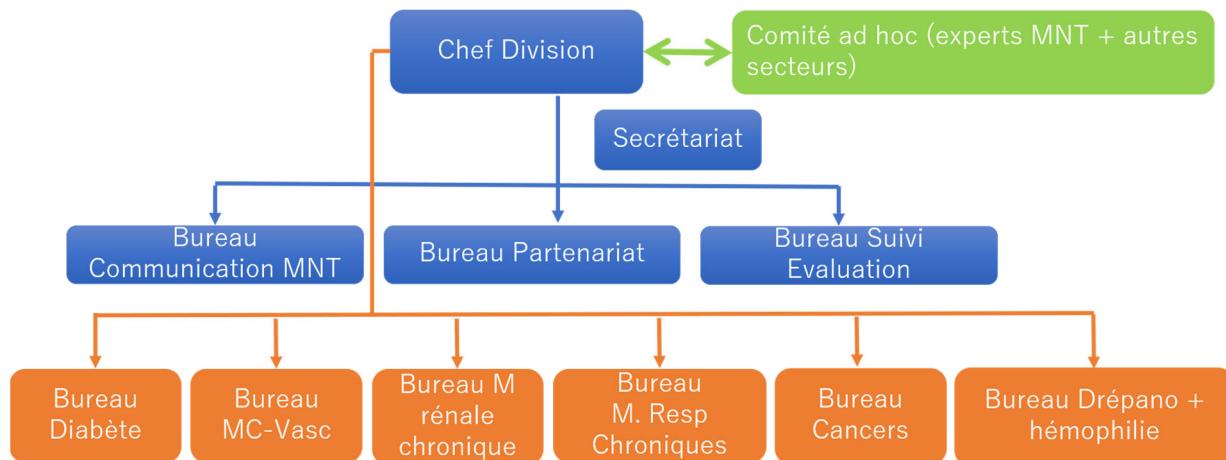


Figure 2-4 : Organigramme de la DLMNT

#### Problèmes identifiés dans le cadre de l'Enquête

- ✓ Retards dans l'élaboration du « Plan accéléré de lutte contre les MNT 2022-2023 » et d'autres documents stratégiques à partir de 2021, et manque de capacités et de budget pour la mise en œuvre des plans.
- ✓ Faiblesse de l'approche multisectorielle
- ✓ Insuffisance des mesures pour réduire les facteurs de risque
- ✓ Manque de ressources de la DLMNT

## 2) Financement de la santé

Les dépenses publiques intérieures en matière de santé représentent 0,9% du PIB du Sénégal, ce qui est nettement inférieur à la moyenne de 1,9% en Afrique subsaharienne. De ce fait, les dépenses gouvernementales de santé par habitant au Sénégal sont de 11,5 dollars par an (2017), soit moins de la moitié de la moyenne de l'Afrique subsaharienne (30,2 dollars) et de la moyenne de 27,9 dollars des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (tableau 2-2). Ces 11,5 dollars incluant également les services de santé maternelle et infantile existants et la lutte contre les maladies infectieuses, le budget public alloué à la lutte contre les MNT est actuellement très limité. Il existe des méthodes de diagnostic et de traitement spécifiques à chacune des MNT, mais à l'heure actuelle, même si les progrès de la technologie médicale permettent des interventions plus efficaces, nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire ne disposent pas de ressources financières suffisantes pour pouvoir prévenir, diagnostiquer et traiter toutes les maladies. Malgré une telle situation, à cause de l'absence d'allocations budgétaires prenant en compte les priorités, fondées sur le plafonnement global et sur les taux d'incidence, la quasi-totalité des mesures de lutte contre les MNT ne sont que partiellement subventionnées, ce qui empêche de diagnostiquer et de traiter les patients à différents stades et qui constitue par conséquent un défi majeur. Par ailleurs, le budget du MSAS est planifié sous la forme de quatre programmes (1)pilotage, coordination et gestion, 2)santé de base, 3)santé de référence, et 4)protection sociale), et, dans le plan d'investissement 2020-2024, les MNT sont citées comme l'un des défis sanitaires nécessitant des actions de prévention et de promotion de la santé. Pour ce qui concerne le Document de programmation pluriannuelle des dépenses 2019-2021, dans le 1)programme de pilotage, de coordination et de gestion, une ligne de 120 000 000 FCFA par an (0,16% du total) a été allouée aux « coûts du projet de lutte

contre les MNT », mais les autres postes sont planifiés de manière globale, confondus avec les autres maladies, et il n'y a pas d'indication claire d'un budget spécifiquement consacré aux MNT. Selon les informations recueillies, les revenus de l'État devraient augmenter, notamment du fait que le gouvernement sénégalais prépare une politique de taxation pour la santé qui, en plus de la taxe actuelle sur l'alcool (50% plus une taxe supplémentaire de 1500 à 5000 FCFA par litre), de la taxe sur les boissons gazeuses et les jus de fruits (5%), de la taxe sur le tabac (65%), de la taxe sur le café (5%), de la taxe sur le thé (5%) et de la taxe sur les graisses (10 à 15%), inclura à partir de 2021, une taxe sur les bouillons solides, et du fait que l'exploitation du pétrole, sera mise en œuvre en 2022. Toutefois, il n'est pas certain que cela induira une augmentation du budget consacré à la lutte contre les MNT.

Figure 2-2 : Comparaison des dépenses de santé avec celles d'autres pays (2017)

Indicateurs financiers de la santé	Sénégal	Moyenne Afrique subsaharienne	Moyenne pour les pays à revenu faible et intermédiaire	Japon	Objectifs internationaux
Dépenses publiques nationales de santé en pourcentage du PIB (%)	0.9	1.9	1.3	9.2	5.0
Dépenses publiques nationales de santé par habitant (taux du dollar américain: dollar américain)	11.5	30.2	27.9	3,505.8	86.3

Source : Base de données de l'Organisation mondiale de la santé sur les dépenses mondiales de santé

Malgré ces dépenses de santé extrêmement faibles, il existe un système de gratuité des soins composé de quatre programmes (1)personnes âgées, 2)césarienne, 3)dialyse, 4)enfants de moins de cinq ans), qui inclut notamment le traitement par dialyse, considéré comme un traitement médical coûteux, ce qui constitue l'un des facteurs de pression sur la politique financière en matière de santé.

Le Sénégal dispose également d'une assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires et d'une assurance maladie pour les entreprises privées. En outre, les personnes du secteur informel, qui représentent 90% de la population, sont couvertes par un système de mutuelles de santé communautaires volontaires. Cependant, avec seulement 33% (2019) de la population éligible adhérent à ces mutuelles, de nombreux Sénégalais sont contraints de payer de leur poche leurs soins de santé, ce qui reste un défi majeur du point de vue de l'équité, principe mis en avant dans la couverture de santé universelle. En outre, même pour cette minorité de personnes qui bénéficient de la couverture maladie, la couverture du traitement des MNT est considérablement limitée. Les paquets de prestations et les taux hors-poche de l'assurance maladie communautaire sont présentés dans le tableau 2-3. En raison de la faible réserve de fonds de nombreuses mutuelles de santé communautaires et du risque de difficultés financières que cela implique, les maladies chroniques telles que l'HTA et le diabète ainsi que les hospitalisations de plus d'une semaine ne sont pas couvertes<sup>15</sup>. Dans cette situation de limitation du recours à l'assurance maladie communautaire pour les maladies chroniques, les subventions du

<sup>15</sup> Au Sénégal, il n'y a pas de système de frais médicaux unifié, donc les frais d'examen médical et les frais d'hospitalisation pour les établissements médicaux varient en fonction de chaque établissement de santé.

Gouvernement ont été adaptées. En octobre 2019, la gratuité du premier traitement de chimiothérapie pour le cancer du col de l'utérus et du sein a été officiellement annoncée, et le traitement des cancers des enfants est réalisé gratuitement avec le soutien du Groupe franco-africain d'oncologie pédiatrique (GFAOP). Depuis 2004, 300 millions de dollars (165 billions FCFA) par an ont été alloués annuellement sous forme de subventions, ce qui a permis de rendre disponible l'insuline au prix de 1 000 FCFA par le flacon. Cependant, ces subventions ne s'appliquent pas aux médicaments antidiabétiques oraux, ce qui constitue un problème important. Il existe également d'importantes subventions sur les médicaments, octroyées par un fonds renouvelable appelé l'Initiative de Bamako. Des médicaments tels que notamment l'amiodipine (pour l'HTA), le captopril (pour l'HTA) et la metformine (pour le diabète) sont fournis à bas prix dans les établissements médicaux, grâce à cette subvention. Par exemple, la quantité d'amiodipine nécessaire pour un mois peut être acquise pour 1 000 CFA. Mais, en cas de rupture de stock, il arrive que ces produits doivent être achetés dans des pharmacies privées à un prix plus élevé, se montant à cinq fois le prix subventionné. De surcroît, en cas d'association de plusieurs hypotenseurs différents, il faut acheter des médicaments non subventionnés, si bien que l'Initiative de Bamako ne suffit pas à alléger totalement le fardeau financier pour les patients.

Figure 2-3 : Paquets de soins de l'assurance maladie

Types de prestations	Taux hors poche	Types de prestations	Taux hors poche
<b>A. Ambulatoire</b>		<b>C. Hospitalisation</b>	
Petite chirurgie ambulatoire	20%	Forfait de séjour	20%
Mise en observation	20%	Radiographie/ Scanner/ Echographie	20%
Soins dentaires	20%	Analyses médicales/ Laboratoire	20%
Radiographie/ Scanner/ Echographie	20%	Médicaments de spécialité ou de marque	50%
Echographie	20%	Médicaments génériques	20%
Analyses médicales/ Laboratoire	50%	Consommables médicaux	20%
Médicaments de spécialité ou de marque	20%	Chirurgie	20%
<b>B. Transport</b>		<b>D. Maternité</b>	
Ambulance	20%	Consultation gynécologie	20%
		Consultation prénatale	20%
		Accouchement avec complications	20%

Source : Manuel de procédures de gestion des mutuelles de santé

#### Problèmes identifiés dans le cadre de l'Enquête

- ✓ Un budget mal défini et insuffisant pour la lutte contre les MNT
- ✓ La majorité des Sénégalais issus du secteur informel qui représente plus de 90 % de la population n'étant pas assurés, leurs dépenses médicales sont à leur propre charge.
- ✓ Même pour les personnes assurées, des frais de traitement d'un montant élevé restent à leur charge, en raison de l'absence de couverture du traitement des MNT par l'assurance maladie communautaire.
- ✓ Il y a des subventions et des mesures de gratuité des services, mais non adaptées aux médicaments et services (diagnostic, traitement) considérés comme d'un haut rapport coût-efficacité

### 3) Prestation des services de santé

Le Sénégal compte 1 613 établissements de santé publics et 2 754 établissements de santé privés. Les principaux établissements de santé publics sont sous la tutelle du MSAS, avec 12 hôpitaux de haut niveau, de niveau 3 ou spécialisés (EPS 3), 17 hôpitaux publics de niveau 2 (EPS 2) et 10 hôpitaux de district de niveau 1 (EPS 1)<sup>16</sup>. Au niveau des soins de santé primaires (SSP), il existe 99 CS et 1 478 PS. En termes d'accès physique, la distance moyenne nationale est de 4,9 km entre le lieu de résidence et le poste de santé, de 14,6 km entre le lieu de résidence et le centre de santé, et de 40,1 km entre le lieu de résidence et l'hôpital, et l'accès physique aux soins étant particulièrement difficile en milieu rural, on peut affirmer que l'accès aux soins en matière de MNT, depuis les analyses et les SSP jusqu'aux soins avancés , est faible. Par exemple, l'hôpital de Richard Toll (EPS 1) dans la région de Saint-Louis, que nous avons visité, ne disposant pas d'un équipement médical suffisant pour le dépistage, les patients sont référés vers l'hôpital régional de Saint-Louis (EPS 2), mais celui-ci, bien que situé dans la même région, est distant de 110 km. Il nous a été signalé qu'il serait préférable que les patients pauvres soient au niveau de l'EPS 1 chaque fois que possible .

Des protocoles relatifs aux MNT ont été établis en 2016, avec le budget et l'appui technique de la Coopération technique belge (CTB) pour les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies respiratoires chroniques<sup>17</sup>. Ces protocoles ne concernent pas les cancers, les maladies rénales ou la drépanocytose. Selon le rapport de ce comité d'élaboration des protocoles, les problèmes à résoudre en matière de fourniture de services liés aux MNT identifiés sont la faible capacité de coordination<sup>18</sup>, le faible taux de dépistage au niveau des activités de prévention primaire, l'absence de directives nationales sur l'ensemble des maladies métaboliques, l'insuffisance du dépistage et de la prise en charge à tous les niveaux du diabète, de l'HTA, de l'hyperlipidémie et de l'obésité, l'implication insuffisante des communautés et des groupes de patients, ainsi que le manque de produits pharmaceutiques indispensables considérés comme nécessaires à la prévention secondaire. Pour ce qui concerne le diabète, l'HTA, les accidents vasculaires cérébraux, le rhumatisme articulaire aigu, l'asthme et la BPCO, une formation sur le paquet de prévention et de prise en charge intégrée a été dispensée à 118 agents de santé (dans les régions de Thiès, Diourbel, Fatick, Kaffrine et Kaolack). Présentement, en 2021, le document « Normes et Protocoles de prise en charge de l'HTA et du diabète suivant les algorithmes du WHO PEN » est en cours de finalisation avec le soutien de l'OMS et de l'Amref. Il est prévu d'y définir clairement les domaines de responsabilité des différents établissements médicaux, mais le budget pour les formations sur le terrain après l'établissement des protocoles, n'est pas assuré, ce qui constitue un problème à résoudre.

En ce qui concerne la sensibilisation à la prévention, le document « Stratégies et plan de communication 2017-2019 » a été établi, et la sensibilisation est mise en œuvre selon trois stratégies : 1)Promouvoir la prévention des MNT au sein des populations, 2)Développer la concertation et l'échange entre les acteurs pour

<sup>16</sup> Chiffres obtenus en ajoutant aux données du rapport annuel de suivi de la carte sanitaire 2019 les nouveaux hôpitaux achevés en 2021

<sup>17</sup> Recueil de protocoles pour la prise en charge des maladies non transmissibles (2016)

[https://extranet.who.int/ncdcs/Data/SEN\\_D1\\_INT\\_PROTOCOLES\\_MALADIES\\_CHRONIQUES-4.pdf](https://extranet.who.int/ncdcs/Data/SEN_D1_INT_PROTOCOLES_MALADIES_CHRONIQUES-4.pdf)

<sup>18</sup>Les acteurs pour lesquelles une coordination est considérée comme nécessaire dans le cadre du Comité national multisectoriel sont : les ONG, les collectivités territoriales, la société civile, les acteurs au niveau communautaire, le ministère des Finances, qui gère les taxes sur l'alcool et le tabac, les secteurs du sport et de la psychologie, l'armée, le secteur privé, le ministère de la Communication et les sages-femmes traditionnelles communautaires.

affiner les stratégies de communication sur les MNT, et 3)Promouvoir le marketing social sur les MNT. Cependant, aucun plan concret spécifique consacré à l'HTA ou au diabète n'a été prévu. De ce fait, chaque établissement de santé réalise, dans le cadre de ses activités de communication externe, des actions de sensibilisation et de dépistage auprès de la population, mais les contraintes budgétaires et de ressources humaines font qu'il est difficile de le faire de façon régulière. Une ébauche de document en matière d'Information-Education-Communication (IEC) /Communication Pour le Changement de Comportement (CCC) a également été établie en 2019, mais n'a pas été utilisée sur le terrain depuis ce temps, par manque de financement.

**Problèmes identifiés dans le cadre de l'Enquête**

- ✓ Insuffisance de mesures pour les populations qui ont des difficultés à accéder aux soins de santé, du fait de la distance physique qui les sépare des structures de santé.
- ✓ Financement des formations et du suivi après l'entrée en vigueur des « Normes et Protocoles de prise en charge de l'HTA et du diabète, suivant les algorithmes du WHO PEN »
- ✓ Dispositif de mise en œuvre insuffisant pour une sensibilisation régulière à la prévention

#### 4) Ressources humaines

Au Sénégal, comme le montre le tableau 2-4, la couverture en termes de ressources humaines pour la santé est proche des normes de l'OMS et du PNDSS, mais le pays est confronté à des problèmes tels que le déploiement inégal des ressources humaines concentrées dans les zones urbaines et l'émigration.

Figure 2-4 : Couverture en médecins, infirmiers et sages-femmes selon les normes OMS /PNDSS (2019)

Catégorie	Effectif	Couverture	Norme OMS	Norme PNDSS
Médecin	1552	10444	1/10000	ND
Infirmier	3554	4589	ND	1/5000
Sage-Femme	2196	1730	ND	1/1500

Source : Annuaire statistique des ressources humaines (2019)

En 2019, le Sénégal comptait 1 117 médecins au Sénégal, dont la répartition par spécialité est présentée dans le tableau 2-5 . Parmi les médecins impliqués dans les MNT, il y a 77 médecins cardiaques, qui représentent un nombre relativement important par rapport aux autres spécialités dans beaucoup de régions. Cependant, 53 d'entre eux étant affectés à Dakar, on constate une concentration dans la capitale. Les autres médecins spécialistes des MNT sont en poste dans trois régions pour les pneumologues, quatre régions pour les neurologues et neuf régions pour les néphrologues, mais, en fait, près de la moitié d'entre eux sont déployés à Dakar. En plus du fait que les médecins spécialistes des MNT sont inégalement répartis et en nombre insuffisant, le métier même de diététicien, personnage qui devrait jouer le rôle le plus central dans la prévention des MNT, n'existe pas (il y a deux médecins nutritionnistes à Dakar). Cette insuffisance du nombre de médecins spécialistes et de diététiciens fait obstacle à une prise en charge efficace et experte des MNT.

En ce qui concerne les spécialités considérées comme nécessaires à chaque niveau de service, il a été souligné qu'à cause de la quasi-absence d'anesthésistes, de cardiaques, de néphrologues et de neurologues au niveau EPS1 (hôpitaux de district), particulièrement dans les zones rurales, malgré les taux élevés d'incidence et de

mortalité, la population ne bénéficie pas de services de qualité dans ces domaines<sup>19</sup>. Trois hôpitaux de niveau EPS 1 ont été visités, et alors qu'il n'y avait pas un seul médecin spécialiste dans ces domaines à l'hôpital de Richard Toll (région de Saint-Louis), pour ce qui concerne l'hôpital Roi Baudouin et l'hôpital Youssou Mbargane Diop (région de Dakar), il y avait beaucoup de médecins spécialistes non affectés par l'État, mais employés sous contrat à partir des recettes propres générées par chaque hôpital. Au niveau EPS2 (hôpitaux régionaux), l'affectation de cardiologues est considérée comme répondant aux critères à hauteur de 64 %, mais, malgré l'existence de besoins en neurologues, neurochirurgiens, néphrologues et oncologues, le nombre de ces spécialistes sur place est loin des effectifs considérés comme nécessaires. De surcroît, il a été souligné que même au niveau des EPS 3, niveau auquel la répartition des médecins spécialistes est considérée comme inégale, le taux de satisfaction des besoins est faible : 29% pour les neurologues, 29% pour les oncologues, et 43% pour les neurochirurgiens. La DLMNT étudie un système qui imposerait aux médecins bénéficiant d'une bourse pour une formation spécialisée l'obligation de travailler dans les zones rurales.

L'exode des professionnels de santé vers l'étranger constitue également un sérieux problème. Selon une enquête réalisée dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, le problème de l'exode des professionnels de santé est dans le cas du Sénégal plus prononcé chez les médecins. Cette enquête réalisée en 2008 a montré que 678 médecins sénégalais travaillaient à l'étranger, alors que seuls 640 étaient restés dans le pays<sup>20</sup>. Les principales destinations sont la France (603), les États-Unis (40) et la Belgique (12). 51% des médecins sénégalais sont partis à l'étranger, tandis que le taux d'exode des infirmier(e)s se limite à 27%.

Tableau 2-5 : Répartition par type de médecin par région

Catégorie socioprofessionnelle	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tambacounda	Thiès	Ziguinchor	Total
<b>Médecin généraliste</b>															
Médecin	767	141	81	44	79	29	48	96	75	84	24	96	255	159	1992
Chirurgien	111	12	3	1	3	1	4	5	3	8	1	4	17	9	182
<b>Médecin spécialiste lié à cette enquête</b>															
Médecin cardiologue	53	3	2		1			1	1	4		2	7	3	77
Médecin neurologue	16									1			2	2	21
Médecin Néphrologue	10	3			1		2	1	1	1		1	3	2	25
Médecin diabétologue	3									1			1		5
Médecin pneumologue	14									1				1	16
Médecin gynécologue obstétricien	66	11	3	2	2	1	1	3	3	4	2	2	12	5	117
Médecin cancérologue	13														13
Médecin nutritionniste	2														2
Médecin endocrinologue	1														1

<sup>19</sup> Carte sanitaire du Sénégal 2018. Volume 5

<sup>20</sup> New data on African health professionals abroad (Nouvelles données sur les professionnels de santé africains à l'étranger), Michael A Clemens et Gunilla Pettersson, Human Resources for Health (2008)

Catégorie socioprofessionnelle	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tambacounda	Thiès	Ziguinchor	Total
Médecin gastro entérologue	15	1								1			1	1	19
Chirurgien viscérale et digestive	6							1							7
Chirurgien oncologue	3														3
Chirurgien urologue-andrologue	21	3	2	1	1		1	2	1	2		1	5	2	42
Médecin neurochirurgien	9				1								1	1	12
Autres médecins specialists															
Chirurgien orthopédiste	3														3
Chirurgien généraliste	27	5	1		1	1	2		1	4	1	1	5	2	51
Chirurgien Maxillo - Facial	2														2
Chirurgien orthopédiste	21	3			1		1	1	1	1		1	5	3	38
Chirurgien parodontologiste	1														1
Chirurgien pédiatre	16	1								1		1		2	21
Chirurgien plasticien	3														3
Médecin anatomopathologiste	7									1				1	9
Médecin anesthésiste-réanimateur	56	2						1		4		1	5	3	72
Médecin bactériovirologie	6														6
Médecin biologiste	21	1							1	1			1	2	27
Médecin biophysique	1														1
Médecin cytogénéticien	5	1													6
Médecin dermatologue venerologue	22	1			1			1		2			5	2	34
Médecin du travail	9	2										2	1	1	15
Médecin ergothérapeute	1														1
Médecin gériatre	5														5
Médecin Hématologue	7													1	8
Médecin infectiologue	18						1		1				1	2	23
Médecin Interniste	7									2			2		11
Médecin microbiologiste														1	1
Médecin ophtalmologiste	22	3							1	1			3	1	31
Médecin orthopédiste													1		1
Médecin oto rhino laryngologue	25	1			1		1	1	1	1			7	1	39
Médecin parasitologue	8												1		9
Médecin pédiatre	73	7	1	1	1	1	1			4	1	1	9	3	103
Médecin pédo-	4														4

Catégorie socioprofessionnelle	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tambacounda	Thiès	Ziguinchor	Total
psychiatre															
Médecin physicien	6														6
Médecin physicien nucléaire	1														1
Médecin physiologiste													1		1
Médecin Physique et Réadaptation	2														2
Médecin psychiatre	30		1					1		2		1	1	1	37
Médecin radiologue	47	2	1				1	1	1	2		1	3	2	61
Médecin rhumatologue	6														6
Médecin spécialiste en Santé Publique	49	5	7	1	4		2		1	3		2	10	2	86
Médecin stomatologue	1														1
Médecin toxicologue	1														1
Médecin urgentiste	12	3						1	1	1					18
Psychomotricien	1														1

Source : Annuaire statistique des ressources humaines (2019)

Le tableau 2-6 présente les institutions de formation du personnel de santé dans l'ensemble du pays. Les principaux centres de formation de médecins sont l'Université de Dakar (Université Cheikh Anta Diop de Dakar), l'Université de Saint-Louis (Université Gaston Berger), l'Université de Ziguinchor (Université Assane-Seck) et l'Université de Thiès (Université Iba Der Thiam), la faculté de médecine de l'Université de Dakar ayant formé 250 diplômés en 2019 et 1 910 diplômés au cours des 10 dernières années (tableau 2-7) (l'Université de Kaolack dispose également d'une faculté de médecine, mais les cours n'ont pas encore démarré). Il faut huit ans à un médecin généraliste pour obtenir son diplôme universitaire (six ans de formation théorique et pratique, un an de pratique dans un établissement médical et un an de pratique en zone rurale). Il y a ensuite un cursus de spécialisation.

Pour obtenir le titre de cardiologue, il faut suivre une formation de spécialisation de quatre ans. Au Sénégal, le programme de spécialisation en cardiologie a été établi il y a 40 ans, et concerne chaque année un nombre fixe de 30 médecins. 20 places sont réservées au Sénégalais et 10 places aux étrangers. Dans ce cadre réservé aux étudiants étrangers sont accueillis des médecins venant notamment du Bénin, de Guinée, de Côte d'Ivoire ou du Cameroun. Les principaux hôpitaux universitaires accueillant ces formations sont l'hôpital Aristide le Dantec et l'hôpital de Fann. Après l'obtention de la spécialité, il existe des formations de deux ans sur les domaines de sous-spécialité (diplômes) dont 1)la réadaptation cardiaque, 2)l'HTA, 3)les examens d'imagerie diagnostique (IRM cardiaque, scanner, angiographie, échocardiographie), 4)les stimulations cardiaques, 5)la prévention, ces formations étant principalement proposées à l'étranger, notamment en France et en Belgique.

Pour ce qui concerne les diabétologues, il n'existe pas de cursus de spécialisation dans ce domaine au Sénégal, et les diabétologues acquièrent, après avoir passé leur doctorat en médecine en huit ans, cette spécialité par une formation de quatre ou cinq ans, principalement à l'étranger (en France et au Canada). Le Sénégal a un

lien particulièrement fort avec l'Université de Montpellier en France, dans laquelle huit médecins ont fait des études. Il n'existe pas de cours spécialisés au Sénégal, mais un cursus diplômant d'un an sur le diabète pour les médecins généralistes est en cours de préparation à l'université de Dakar.

Tableau 2-6 : Institutions en charge de la formation dans le domaine sanitaire au Sénégal

	Secteur			Total
	Public	Privé non lucratif	Privé à but lucratif	
Facultés de médecine	5	0	2	7
Faculté de stomatology	1	0	0	1
Faculté de Pharmacie	1	0	1	2
Institutions de formation des infirmiers d'Etat, assistants infirmiers d'Etat et sages-femmes d'Etat	8	0	40	48
Institution de formation des techniciens supérieurs de la santé	1	3	0	4
Institution de formation en hygiène	1	0	0	0
Ecole de santé publique/environnement sanitaire	1	0	0	1

Source : Annuaire statistique des ressources humaines (2019)

Tableau 2-7 : Nombre de diplômés en médecine

	Université Dakar	Université Thiès	Université Saint Louis	Université Ziguinchor
2012	215	***	***	***
2013	202	***	***	***
2014	243	***	***	***
2015	270	***	***	***
2016	206	***	***	***
2017	268	***	***	***
2018	256	***	***	***
2019	250	36	22	22
Total	1910	36	22	22

Source : Elaboré par un enquêteur

Une formation continue dans les établissements santé est dispensée par les différents hôpitaux et universités. Pour cette raison, les professeurs d'université travaillent en général simultanément comme médecins dans les hôpitaux régionaux. Dans la région de Ziguinchor, par exemple, tous les médecins participent à environ cinq sessions de formation par an, consacrées aux différentes maladies. En juin 2021, est prévue une formation sur la cardiologie, portant sur 1)l'état actuel de l'HTA, 2)les complications des troubles neurologiques sous l'effet de l'HTA, 3)l'HTA pendant la grossesse (points à vérifier par les obstétriciens), 4)les reins et l'HTA, 5)la COVID-19 et l'HTA, 6)un exemple de réponse d'urgence en matière d'HTA dans la région de Ziguinchor, et 7)la prise en charge des adénomes hypophysaires. Il est à prévoir que les régions démunies d'université soient particulièrement dans l'incapacité d'assurer ces formations.

Les agents de santé communautaires (ASC), quant à eux, sont employés grâce aux revenus des services de santé et des médicaments des comités de développement sanitaire (CDS) introduits en 2018. Ils jouent un rôle important dans la prévention et la détection précoce des MNT au sein de leurs communautés. Les principaux agents de santé communautaires sont présentés dans le tableau 2-8. La DLMNT est en train de finaliser les outils de formation MNT suivants, en vue de la prévention de l'HTA et de l'hyperglycémie: 1)Cahier de l'acteur communautaire de santé sur la prévention de l'HTA et du diabète, et 2)Guide du formateur des acteurs communautaires de santé sur la prévention de l'HTA et du diabète. Le budget de ces formations n'est pas

assuré, et les formations sur le terrain constituent un défi.

Figure 2-8 : Type et Rôle des agents de santé communautaire

Type	Rôle
Agent de santé communautaire (ASC)	Il est une personne qui a reçu une formation et qui est chargée de dispenser des soins curatifs de base, des soins préventifs et promotionnels dans une case de santé.
Matrone	Elle est une personne qui a reçu une formation et qui est chargée d'assister la mère pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et les suites de couches (respect des consultations prénatales, orientation des femmes pour assurer une assistance par du personnel qualifié lors de l'accouchement) ; elle dispense aussi des soins préventifs et promotionnels dans une case de santé comme l'ASC.
Bajenu gox	Elle est la « marraine » de quartiers ou de villages. Elle fait la promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile au niveau individuel, familial et communautaire ; aide les relais en prenant en charge les cas de réticence, conseille les familles, accompagne les femmes enceintes/mères au niveau des structures, fait le plaidoyer.
Relais communautaire	Il est une personne formée chargée de mener des activités d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, des activités préventives et des activités promotionnelles.

Source : POLITIQUE NATIONALE DE SANTE COMMUNAUTAIRE (2018)

#### Problèmes identifiés dans le cadre de l'Enquête

- ✓ Les médecins généralistes sont affectés conformément aux normes de l'OMS et aux normes nationales, mais leur formation en MNT est insuffisante.
- ✓ Pénurie de médecins spécialistes des MNT et répartition inégale concentrée dans les zones urbaines
- ✓ Le métier de diététicien, qui devrait jouer un rôle central dans les mesures de prévention des MNT, n'existe pas.
- ✓ Les formations sur les MNT ne sont pas encore dispensées aux personnels de santé communautaires.

## 5) Produits et technologies médicaux essentiels

Le manque et l'entretien d'équipement médical est un problème. L'équipement de base requis pour les postes de santé n'est pas conforme aux normes. L'équipement (nombre déficient) du PS en 2019 est la jauge de hauteur (2297), les frais de livraison (1460) et le stéthoscope (1018). Il est également signalé qu'il y a une pénurie d'échelles (138) et de sphygmomanomètres (718) qui doivent être utilisés pour les MNT. Au CS, le manque d'autoclaves (317), de concentrateurs d'oxygène (159) et d'analyseurs automatiques (110) est particulièrement perceptible.

L'accès aux principaux médicaments de base liés aux MNT est une condition préalable aux mesures de prévention secondaires des MNT. L'OMS recommande trois (3) listes de médicaments standard hautement prioritaires pour la prévention et la gestion des MNT (1) Best Buy (20 médicaments), 2) Ensemble d'interventions essentielles contre les MNT(PEN)(31 médicaments), 3)Kit technique cardiaque (9 médicaments)) Il est clair que les médicaments essentiels contre les MNT sont compris sur la liste des médicaments au Sénégal (1) 95% de Best Buy (19 médicaments), 2) 90% de PEN (28 médicaments) et 3) 89% de Kit technique cardiaque (8 médicaments)) en comparaison avec la moyenne des autres 137 pays (1) 86% de Best Buy (17 médicaments), 2) 90% de PEN (28 médicaments) et 3) 95% de Kit technique cardiaque (8,5 médicaments)).<sup>21</sup>

<sup>21</sup>Selection of WHO-recommended essential medicines for non-communicable diseases on National Essential Medicines Lists (Sélection des médicaments essentiels recommandés par l'OMS pour les maladies non transmissibles sur les listes nationales de médicaments esl.pone.0220781 9 août 2019

Cependant, le rapport d'examen constate que les difficultés d'accès réel aux médicaments relatifs aux MNT ont été importantes par le passé, même lorsque des médicaments essentiels figuraient sur les listes nationales de médicaments essentiels. Selon la revue annuelle conjointe (RAC) de 2020, la disponibilité des médicaments essentiels en 2019 était de 66,67%. Les médicaments essentiels de base nécessaires pour lutter contre les maladies cardiovasculaires et le diabète sont disponibles dans le système public par le biais de la PNA, ainsi que dans les officines. Il a été rapporté qu'en 2013, dans le système public, la fréquence des ruptures de stock de ces médicaments de base nécessaires à la lutte contre les MNT était beaucoup plus élevée que pour les médicaments généraux<sup>22</sup>. Les raisons invoquées par la PNA pour expliquer cette situation de rupture de stock de médicaments essentiels en matière de MNT sont l'indisponibilité du budget au moment voulu et le manque de moyens de transport pour approvisionner les zones éloignées à partir des pharmacies régionales d'approvisionnement<sup>23</sup>. Pour remédier à ce problème, le programme Jegesi naa/Yeksi naa, consistant à externaliser la gestion de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique vers le secteur privé, a été lancé en 2016. Cependant, le programme est confronté à toutes sortes de problèmes, de nombreuses voix s'élevant contre le fait que les districts sanitaires qui sont proches des pharmacies régionales d'approvisionnement soient également tenus de supporter les coûts de transport des districts sanitaires éloignés.

Si des ruptures de stock sont signalées, il a également été fait état, lors de la 1<sup>ère</sup> mission au Sénégal, de cas où de la metformine (antidiabétique) était disponible dans les stocks, mais avait atteint sa date de péremption sans être consommée. Il y a des disparités dans les pratiques médicales des différents médecins en matière d'examens et de prescription, et l'absence de normalisation de ces pratiques a également été pointée comme l'une des raisons de cette instabilité de l'approvisionnement en médicaments. Selon l'Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS), en 2013, l'insuline n'était disponible que dans 2 % des établissements de santé offrant des services de diabétologie, le glibenclamide dans 3 % et la metformine<sup>24</sup><sup>25</sup> dans 4 %. La tendance s'est ensuite légèrement améliorée, la metformine devenant disponible dans près de 17% des établissements en 2019, mais les autres médicaments sont restés à un niveau aussi bas qu'auparavant, la situation du glibenclamide accessible dans seulement 4% des établissements et de l'insuline dans seulement 5% des établissements perdurant encore. En revanche, il est signalé que les tests de glycémie sont disponibles dans 82 % des établissements<sup>26</sup>. La disponibilité des médicaments essentiels de base nécessaires pour lutter contre les maladies cardiovasculaires était également extrêmement faible en 2013, avec seulement 1% des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (énalapril), 3% des diurétiques antihypertenseurs (thiazides), 2% des bêtabloquants (aténolol) et 4% des inhibiteurs calciques rapportés comme étant disponibles.<sup>27</sup> En 2019, la situation s'est améliorée pour atteindre 40 % pour les inhibiteurs calciques, mais elle est restée faible pour les autres médicaments, tous disponibles à moins de 10 %.

Néanmoins, en se limitant aux huit hôpitaux visités lors des missions au Sénégal, il a été constaté qu'une proportion de ces médicaments plus grande qu'en 2019, année de réalisation de l'enquête, était dorénavant

<sup>22</sup> Plan opérationnel de lutte contre les maladies cardiovasculaires et métaboliques (2017-2019), ministère de la Santé et de l'Action sociale  
<sup>21</sup> MSAS, Plan opérationnel de lutte contre les maladies cardiovasculaires et métaboliques (2017-2019),

<sup>24</sup> ANSD (2013) Enquête continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS), Sénégal

<sup>25</sup> PATH (2016). Explorer la Disponibilité, les Prix et l'Accessibilité Financière des Médicaments et Technologies Essentielles du Diabète au Sénégal

<sup>26</sup> ANSD (2013) Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS), Sénégal

<sup>27</sup> ANSD (2015) ECPSS

mise à disposition. Dans la présente enquête, la fourniture de quatre médicaments antihypertenseurs (aténolol, amlodipine, captopril et furosémide) et de trois types de médicaments antidiabétiques (glimepiride, insuline et metformine) a été étudiée au moyen d'un questionnaire administré aux établissements médicaux visités. Il n'y avait qu'à l'hôpital de Rishard Toll (région de Saint-Louis) que tous ces médicaments étaient constamment approvisionnés, mais pour les autres hôpitaux également, comme le montre le tableau 2-9 ci-dessous, une amélioration considérable a été constatée. Dans les huit hôpitaux visités, les réponses obtenues ont indiqué que le nombre total de médicaments constamment fournis pour l'HTA (quatre types) était de 20, le nombre total de médicaments fournis occasionnellement était de 14 et le nombre total de médicaments non fournis était de 4. Les réponses obtenues dans ces huit hôpitaux ont par ailleurs indiqué que le nombre total de médicaments constamment fournis pour le diabète (3 types) était de 12, le nombre total de médicaments fournis occasionnellement était de 8, et le nombre total de médicaments non fournis était de 1. Ainsi, bien qu'il reste encore des problèmes à résoudre en matière de stabilité de l'approvisionnement, du moins dans les établissements médicaux étudiés, on constate que l'approvisionnement en médicaments pour l'HTA et le diabète s'est amélioré. Quant aux maladies respiratoires, là aussi, la disponibilité des bronchodilatateurs (salbutamol) était faible, à 26% en 2019, mais lors de la présente enquête, 75% des hôpitaux visités (8 hôpitaux) ont déclaré qu'ils étaient disponibles en permanence.

Figure 2-9 : État de l'approvisionnement en médicaments contre l'hypertension/le diabète dans les hôpitaux enquêtés

	HOGIP	Abass Ndao	Thiès	Ndioum	Ziguinchor	Roi Baudouin	Youssou Mbargan	Richard Toll	TOTAL
<b>MNT</b>									
<b>HTA (types4)</b>									
○	2	3	2	2	1	3	3	4	20
△	2	0	1	2	2	0	0	0	14
×	0	1	1	0	1	0	1	0	4
<b>Diabète (types3)</b>									
○	2	2	0	1	2	0	2	3	12
△	0	1	3	2	1	0	1	0	8
×	1	0	0	0	0	0	0	0	1

○ = Toujours fourni, △ = Partiellement (parfois) fourni, × = Non fourni

Antihypertenseurs (aténolol, amlodipine, captopril, flusémide), antidiabétiques (glimepiride, insuline, metformine)  
Source : Elaboré par un enquêteur

Selon les résultats d'une enquête menée par l'Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD), la disponibilité des médicaments tend à être élevée dans les hôpitaux et faible dans les centres et postes de santé. Comme la présente enquête ne cible que trois régions relativement limitées aux zones urbaines, et en plus de cela se limite à huit hôpitaux, il n'est pas possible d'opérer une comparaison simpliste avec les résultats de l'enquête de l'ANSD, qui a une portée nationale et inclut les centres et postes de santé, étant donné que les donateurs ont mis en œuvre des projets d'HTA, principalement dans les zones urbaines, et que les patients non informés ont été identifiés et que des activités de plaidoyer pour la fourniture de médicaments ont été simultanément déployées, on peut supposer que cela a entraîné une certaine amélioration de l'approvisionnement en médicaments. En effet, il a été rapporté que les responsables de PATH et d'IntraHealth, parallèlement à la mise en œuvre de leurs projets, ont activement plaidé auprès du gouvernement sénégalais

pour une augmentation des subventions gouvernementales pour les médicaments contre les maladies non transmissibles au nom du principe « Pas d'étagères vides ». L'insuffisance du budget national pour les médicaments essentiels contre les MNT ayant également été soulignée par le passé, et le gouvernement, en réponse à ce plaidoyer, s'est engagé dans une augmentation du montant de ces subventions. Ainsi, alors que le budget alloué par le Gouvernement sénégalais à la subvention de l'insuline était de 250 millions de FCFA, il a été porté à un montant annuel d'environ 300 à 500 millions de FCFA. Un budget de 250 millions de FCFA couvre les besoins que de 20% des diabétiques de type1, et comme ces personnes ne représentent que 10% de tous les diabétiques (y compris les personnes diabétiques de type2), ce budget national ne couvre pas les besoins en insuline des 90% de diabétiques restants<sup>28</sup>. Cependant, il est supposé que, dans la mesure où les patients qui ne savent pas qu'ils souffrent de la pathologie n'étant pas détectés en raison du manque de dépistage et du fait que les protocoles de traitement du diabète n'étaient pas encore largement diffusés, les médecins ne sont pas en mesure de délivrer activement des ordonnances. Il est également souligné que même si toutes les personnes diabétiques devaient avoir besoin des médicaments appropriés, un dispositif organisationnel permettant de fournir tous ces médicaments n'est pas encore établi à l'heure actuelle. En l'absence de médicaments dans les établissements de santé, les patients doivent les acheter à l'officine à un prix cinq fois supérieur, et, même si les personnes en mesure de payer ces prix peuvent poursuivre les traitements, il est à présumer que cela constitue une cause d'exclusion des patients les plus pauvres. Le tableau 2-10 présente des coûts des services nécessaires en matière de traitement des patients diabétiques.

Tableau 2-10 : Exemple de coûts des services nécessaires pour le traitement des personnes diabétiques

Service	Montant	Fréquence
Consultation	1 000 FCFA	3-4 fois par an
Conseil	2 000 FCFA	3-4 fois par an
Test de glycémie	3 000 FCFA	3-4 fois par an
Insuline	75 000 FCFA	Chaque mois
Soin des pieds	5 000 FCFA	Chaque mois
Amputation du membre inférieur	600 000 FCFA	-

\* L'insuline étant subventionnée par le MSAS, le prix réellement payé par les patients est bien inférieur à cela.

Source : Plan opérationnel de lutte contre les maladies cardiovasculaires et métaboliques 2017-2019

#### Problèmes identifiés dans le cadre de l'Enquête

- ✓ Manque d'équipement médical nécessaire pour les MNT
- ✓ Instabilité de l'approvisionnement en médicaments (problème de stock de médicaments insuffisant conjugué à un problème d'élimination de médicaments non utilisés).
- ✓ Si un médicament n'est pas en stock, les patients sont obligés de l'acquérir à un prix élevé dans des pharmacies privées, ce qui accroît leur charge.
- ✓ Insuffisance de budget pour les médicaments dont la demande augmente au fur et à mesure que des patients non avertis sont détectés.

<sup>28</sup> MSAS, Plan stratégique de lutte contre le diabète

## 6) Information sanitaire

Au Sénégal, l'enquête STEPS développée par l'OMS a été réalisée en 2015, mais, le MSAS ayant indiqué que les données, etc. par région ne sont pas conservées, des informations détaillées ne peuvent être étudiées pour l'instant. Une deuxième enquête STEPS était prévue pour 2020 avec le soutien notamment de l'OMS, de l'UNICEF et de LuxDev, mais elle a été reportée à cause de la COVID-19, et l'objectif était de la réaliser dans le courant de l'année 2021. D'autres outils d'information sanitaire existants: le « système d'information sanitaire de district (DHIS2) », la « carte sanitaire », qui fournit des informations sur l'aménagement des établissements de santé, les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), permettent de collecter, d'analyser et d'exploiter ces informations de santé. En particulier, la plateforme DHIS2 est utilisée par plus de 95% des établissements de santé, mais les indicateurs relatifs aux MNT ne sont pas inclus dans les données saisies mensuellement, et la DLMNT ainsi que la Division du système d'information sanitaire et sociale (DSISS) de la DPRS travaillent ensemble à préparer la collecte des indicateurs MNT. Par conséquent, les données sur la mortalité, l'incidence et la prévalence sont actuellement limitées. Les principaux indicateurs actuellement envisagés sont la prestation de services et la mortalité pour cinq maladies (l'HTA, le diabète, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies respiratoires chroniques et les cancers), et une saisie mensuelle au niveau des postes de santé, des centres de santé et des hôpitaux est prévue. Les problèmes à résoudre concernant le DHIS2 sont ceux du manque de précision et d'exhaustivité de ses données, de la non-prise en compte des informations concernant les hôpitaux privés et du manque de valorisation des données dans des mesures visant à améliorer les résultats. En ce qui concerne les indicateurs de santé utilisés dans le paquet des maladies cardiovasculaires, la nécessité d'une intégration future avec le DHIS2 a été soulignée. Par ailleurs, le « Plan stratégique de lutte contre les MNT (2017-2020) » souligne également le manque de suivi et de recherches sur les impacts et les problèmes des programmes ainsi que sur la charge de morbidité.

### Problèmes identifiés dans le cadre de l'Enquête

- ✓ Des stratégies et des plans insuffisants qui ne sont pas en mesure d'exploiter les informations de santé à cause de l'absence des données les plus récentes sur les MNT
- ✓ Des formations et des dispositifs de suivi insuffisants après l'intégration des indicateurs de MNT dans le DHIS2
- ✓ Manque de recherches sur l'impact et les problèmes des programmes

## CHAPITRE3. Situation et défis des établissements de santé

### 3.1 Fonctions, répartition et prestations des établissements de santé

Comme indiqué au point 3) de la section 2.2. du chapitre 2 (Prestation des services de santé), le Sénégal compte 1 613 établissements de santé publics et 2 754 établissements de santé privés. Les principaux établissements de santé publics sont placés sous la tutelle du MSAS, avec 12 hôpitaux de haut niveau (EPS 3), 17 hôpitaux publics de niveau 2 (EPS 2) et 10 hôpitaux de district de niveau 1 (EPS 1), repartis dans les 14 régions, comme le montre la figure 3-1. Il existe également des établissements de santé primaires ainsi que 99 centres de santé primaires et secondaires et 1 478 postes de santé. Le tableau 3-1 donne un aperçu de ces différents établissements.

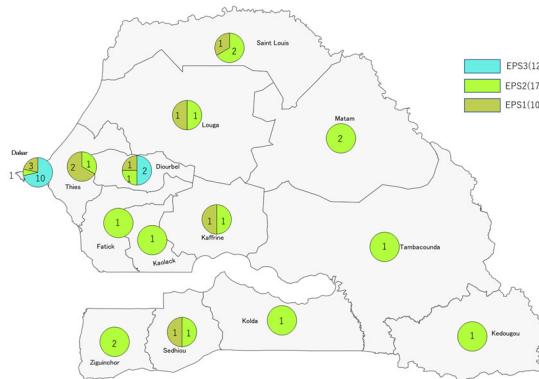


Figure 3-1 : Disposition des hôpitaux dans chaque région

Tableau 3-1 : Nombre de lit et services par type de structure sanitaire

	Nombre de EPS	Nombre de lits	Services
EPS3	12	Plus de 300	Médecine interne, Cardiologie, Neurologie, Pneumologie, Néphrologie-hémodialyse, Dermatologie, Maladies infectieuses et tropicales, Rhumatologie, Endocrinologie-métabolisme, Gastro-entérologie, Pédiatrie, Psychiatrie/psychologie clinique, Hématologie clinique, Soins palliatifs, Gériatrie et gérontologie, Service d'Accueil et d'Urgence, Médecine du travail, Chirurgie viscérale, Chirurgie orthopédique, Chirurgie plastique et réparatrice/service des brûlés Chirurgie pédiatrique, Urologie-andrologie, ORL et chirurgie cervico-faciale, Ophtalmologie, Neurochirurgie, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, Gynéco-obstétrique, Cancérologie, Chirurgie maxillo-faciale ou stomatologie, Odontologie, Anesthésie-réanimation, Rééducation fonctionnelle, etc
EPS2	17	Plus de 150	Médecine interne, Cardiologie, Neurologie, Pneumologie, Néphrologie, Dermatologie, Rhumatologie, Gastro-entérologie, Psychiatrie, Gériatrie, Chirurgie générale et viscérale, Chirurgie orthopédique, Urologie-andrologie, Chirurgie pédiatrique, ORL et Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie, Ophtalmologie, Neurochirurgie, Gynéco-obstétrique, Odontostomatologie, Anesthésie-réanimation, Pédiatrie, Service d'Accueil et d'Urgence (SAU), Rééducation fonctionnelle, etc
EPS1	10	Plus de 75	Médecine générale, Gynéco-obstétrique, Chirurgie générale, Chirurgie dentaire, Anesthésie-réanimation, Pédiatrie, Service d'Accueil et d'Urgence, etc
Centre de santé de niveau 2	99	Plus de 50	Chirurgie, Médecine générale, Hospitalisation médecine, Cabinet bucco-dentaire, Unité de soins oculaires, Imagerie médicale, Laboratoire d'analyse, Maternité
Centre de santé de niveau 1		Plus de 20	Médecine Générale, Hospitalisation médecine, Cabinet bucco-dentaire, Dispensaire/TRI, Maternité, Laboratoire d'analyse, Imagerie médicale, Unité de soins oculaires
Poste de santé	1,478	3 lits	Dispensaire/Médecine, Maternité, Dépôt de pharmacie

Source : Carte sanitaire

En ce qui concerne les structures liées aux MNT, le Sénégal compte actuellement 26 centres de dialyse, mais, alors que chacun d'entre eux devrait en principe être géré par au moins un médecin néphrologue, ce sont des infirmiers-chefs qui sont en charge de leur fonctionnement. 73 infirmier(e)s spécialisé(e)s dans la dialyse ont été formés et sont chargés de gérer les centres de dialyse. Il est également rapporté que les soins de 20% seulement des patients nécessitant une dialyse étant assurés, ce sont généralement des employés travaillant dans de grandes entreprises qui bénéficient de la dialyse.<sup>29</sup> La dialyse est couverte par le système de gratuité des soins, mais en raison de l'équipement et du personnel limités des centres qui sont en mesure d'offrir des services de dialyse, 75 % des patients, même s'ils utilisent ce système de gratuité des soins, meurent en réalité sans pouvoir accéder à un traitement par dialyse, parce que n'étant qu'enregistrés que sur une liste d'attente. De plus, bien que le système soit dit de gratuité des soins, les soins ne sont pas entièrement gratuits pour les patients. Si les séances et les kits de dialyse sont gratuits, les patients doivent néanmoins payer de leur poche les médicaments antihypertenseurs, les comprimés de fer, la vitamine D et les agents stimulant l'érythropoïèse.

En outre, il existe neuf cliniques du diabète et de l'hypertension artérielle, mises en place avec le soutien de l'entreprise privée française Sanofi, au sein des établissements suivants :Centre de santé Philippe Maguilenne Senghor de Yoff, Centre de santé Mame Abdoul Aziz des Parcelles assainies, Hôpital Saint-Jean de Dieu de Thiès, Centre de Santé de Mbour, Centre de Santé de Popenguine, Hôpital régional de Ziguinchor, Hôpital régional de Matam, Centre de santé de Diourbel et Hôpital Matlaboul Fawzaini, qui offrent des services spécifiques en matière de tension artérielle et de diabète.

Dans le cadre de l'Enquête, une étude par questionnaire sur l'état de prestation de services dans les établissements médicaux de niveau 3, de niveau 2 et de niveau 1 a été menée dans les quatre régions cibles. Le contenu de cette enquête est récapitulé dans le tableau 3-2 (le questionnaire pour l'enquête sur les établissements de santé est joint en annexe 2).

Tableau 3-2 : Informations sur les services offerts pour chaque niveau d'établissement de santé dans les quatre régions

	HOGIP	Abass Ndao	Thiès	Ndioum	Ziguinchor	Roi Baudouin	Youssou Mbargane	Richard Toll
Niveau d'EPS	3	3	2	2	2	1	1	1
Région	Dakar	Dakar	Thiès	Saint-Louis	Ziguinchor	Dakar	Dakar	Saint-Louis
<b>Dépistage des MNT</b>								
Mesure du poids	Pratiquée dans tous les établissements							
Mesure du tour de poitrine	Pratiquée dans tous les établissements							
Mesure de la hauteur	Pratiquée dans tous les établissements							
Mesure de la pression artérielle	○	×	○	×	○	○	×	×
Test de glycémie simplifié	Pratiqué dans tous les établissements							
Inspection visuelle du col de l'utérus (IVA/IVL)	○	×	○	×	○	○	×	×
Palpation mammaire	Pratiquée dans tous les établissements							

<sup>29</sup> Global Dialysis Perspective (Perspective mondiale de la dialyse) : Sénégal Abdou Niang et Ahmed Tall Lemrabott, 2020

	HOGIP	Abass Ndao	Thiès	Ndioum	Ziguinchor	Roi Baudouin	Youssou Mbargane	Richard Toll
Conseil	○	○	○	×	○	○	×	○
Activités de promotion de la santé	○	○	○	×	○	○	×	×
<b>Diagnostic</b>								
Hémoglobine A1c Pratiquée dans tous les établissements								
Lipides	○	○	○	○	○	○	○	○
Radiologie	○	○	○	○	×	×	×	×
Échocardiographie	○	○	○	×	×	×	×	×
Electrocardiogramme	○	○	○	○	○	○	○	○
Glande thyroïde	○	○	○	×	○	○	○	○
Vitamines D	○	×	○	×	×	○	×	×
Peptide-C	×	×	○	×	×	×	×	×
Protéine C-réactive	○	○	○	○	○	○	○	○
Nombre de patients externes (moyenne mensuelle)								
Cancer	-	0	29	1	-	-	-	-
Diabète	-	550	184	7	-	67	73	-
Maladies cardiovasculaires	-	318	337	81	-	154	171	-
Maladies cérébrovasculaires	-	2	22	0	-	-	133	-
Nombre de patients hospitalisés (moyenne mensuelle)								
Cancer	82	0	3	1		×	-	0
Diabète	7	50	15	20	22	×	-	23
Maladies cardiovasculaires	37	0	20	28	54	×	-	3
Maladies cérébrovasculaires	30	2	9	0		×	-	4
Nombre d'opérations (moyenne mensuelle)								
Cancer	-	0	1	1	12	×	-	-
Diabète	0	20	-	2	20	×	-	-
Maladies cardiovasculaires	0	0	-	0	0	×	-	-
Maladies cérébrovasculaires	-	0	-	0	0	×	-	-
Nombre d'examens (moyenne mensuelle)								
Analyses biochimiques	4 767	3 919	5 020	1 000	3 086	1 660	-	786
Analyses de sang	3 612	1 495	5 970	1 650	1 802	489	-	1 348
Bilans hormonaux	1 070	1 223	875	680	-	-	-	0
Principaux personnels médicaux en rapport avec les MNT								
Cardiologue	○	○	○	○	×	○	○	×
Néphrologue	○	×	○	○	○	○	×	×
Urologue	○	○	○	×	○	○	○	×
Oncologue	○	×	-	×	×	×	×	×
Neurologue, Neurochirurgien	○	×	○	×	○	○	×	×
Diabétologue	×	○	×	×	×	×	○	×
Chirurgien orthopédiste	○	×	○	○	○	×	○	×
Endocrinologue	×	×	-	×	○	×	×	×
Chirurgien des organes internes	○	×	○	×	×	×	×	×
Médecin radiologue	○		-	-				
Médecin généraliste	×	○	○	○	○	○	○	○
Techniciens de laboratoire, infirmier(e)s/sages-femmes, travailleurs sociaux	○	○	○	○	○	○	○	○
Finances								
Budget annuel moyen (FCFA)	8,5 milliard	2,8 milliard	3,1 milliard	21 million	1,5 milliard	1 milliard	500 million	-
Médicaments de base								

	HOGIP	Abass Ndao	Thiès	Ndioum	Ziguinchor	Roi Baudouin	Youssou Mbargane	Richard Toll
<b>HTA (4 types)</b>								
○	2	3	2	2	1	3	3	4
△	2	0	1	2	2	0	0	0
✗	0	1	1	0	1	0	1	0
<b>Diabète (3 types)</b>								
○	2	2	0	1	2	0	2	3
△	0	1	3	2	1	0	1	0
✗	1	0	0	0	0	0	0	0
<b>Cancer (12 types)</b>								
○	7	0	9	0	0	1	0	0
△	4	0	2	0	0	0	1	0
✗	1	12	1	12	12	0	11	12
<b>Asthme et BPCO (1 type)</b>								
○	1	1	0	1	1	1	0	1
△	0	0	1	0	0	0	1	0
✗	0	0	0	0	0	0	0	0

○ = toujours disponible, △= partiellement (parfois) disponible, ✗= non disponible

IVA/IVL : inspection visuelle à l'acide acétique et au soluté de Lugol

En matière de médicaments de base, parmi les médicaments de la liste nationale des médicaments essentiels, seuls les médicaments suivants ont fait l'objet d'une vérification de leur présence lors des entretiens : Antihypertenseurs (atenolol, amlodipine, captopril, furosemide), Médicaments contre le diabète (glimepiride, insuline, metformine), Cancer (carboplatine, cisplatin, doxorubicine, épirubicine, étoposide, methotrexate, paclitaxel, vincristine, bevacizumab, ibandronate, folinate de calcium, 5-fluorouracile), asthme et BPCO (salbutamol)

« - » = éléments pour lesquels aucune réponse n'a été obtenue

### 3.2 Le système de référence

Le système de référence au Sénégal étant défini pour chaque maladie, celui des MNT doit être défini dans le document «Normes et Protocoles de prise en charge de l'Hypertension artérielle et du Diabète selon le WHO PEN», qui est en cours préparation . En règle générale, un poste de santé, qui, comme indiqué à la section 3.1 « Fonctions et répartition des établissements de santé », est un établissement de santé de niveau inférieur, est censé référer les patients à un centre de santé ou à un hôpital, qui sont des établissements de santé de niveau supérieur, mais, en plus du fait que les services requis ne sont pas fournis dans l'établissement de niveau inférieur, et, en l'absence d'un système d'amende dans le cas où un patient accède à un établissement santé de niveau supérieur, sans lettre de référence / recommandation médicale, l'accès libre à ces établissements étant toléré, dans beaucoup de cas, des patients qui peuvent se le permettre financièrement, ou qui sont plus proches d'un hôpital que d'un centre de santé, vont directement se rendre à l'hôpital de niveau supérieur. Si le système de référence n'est pas dûment respecté, les services qui peuvent être fournis par des établissements de niveau inférieur seront également fournis par des établissements de niveau supérieur, et le problème qui se posera alors est que ces établissements de niveau supérieur exécuteront des tâches supplémentaires, en dehors des services qu'ils doivent intrinsèquement fournir au moment où ils devraient principalement prendre en charge les patients en situation d'urgence.

Les patients souffrant d'HTA ou de diabète sont référés par le poste de santé à un centre de santé disposant d'un médecin généraliste et, si nécessaire, à un hôpital disposant d'un médecin spécialiste. Une fois qu'un patient est opéré ou a reçu un traitement dans un établissement de santé de niveau supérieur, un suivi régulier est censé être réalisé dans le centre de santé ou le poste de santé le plus proche, mais il a été rapporté que cette contre-référence (orientation d'un patient d'un établissement de niveau supérieur vers un établissement de niveau inférieur) ne fonctionnait pas bien. Il n'y a pas non plus de données enregistrées sur les contre-références de la part des établissements de niveau supérieur. En outre, certains hôpitaux, dans le cas où ils ne

disposent pas la spécialité dont le patient a besoin, orientent le patient vers un hôpital qui en dispose, en écrivant une lettre de référence, après avoir vérifié cet hôpital peut accueillir ce patient. Une solution à l'inefficience de ce système de référence est mise en œuvre notamment par le biais d'une formation sur les techniques nécessaires pour les consultations, qui est dispensée par les médecins spécialistes des MNT concentrés à Dakar à des médecins généralistes des hôpitaux de niveau inférieur, mais le problème est qu'une formation suffisante n'est pas mise en œuvre.

**Problèmes identifiés dans le cadre de l'enquête**

- ✓ Les spécialistes ne peuvent pas se concentrer sur le travail initialement prévu, en raison d'un système de référence insuffisant, à cause du libre accès
- ✓ Manque de formation des médecins généralistes en MNT

### 3.3 Infrastructures, ressources humaines et budget des hôpitaux à chaque niveau

Le tableau 3-3 présente les normes en ressources humaines et équipements des établissements sanitaires.

Tableau 3-3 : Normes en ressources humaines et équipements des établissements sanitaires

	Ressources humaines	Équipements
EPS3	Médecin généraliste (4), Pédiatre(4), Chirurgien-Dentiste (2), Cardiologue (2), Cardiologue (3), Métaboliseur endocrinien (2), Chirurgien maxillo-facial (2), Hématologue (2), Spécialiste en médecine des voyages (1), Chirurgien cardiovasculaire (3), Chirurgien plasticien (2), Spécialiste respiratoire (2), Néphrologue (2), dermatologue (2 ), rhumatologue (2), spécialiste de la digestion (2), psychiatre (2), urologue (3), chirurgien pédiatrique (3), obstétricien et gynécologue (3) , Chirurgien général (2), Chirurgien orthopédiste (2), Neurochirurgien (3), oto-rhino-laryngologie et chirurgien cervico-facial (2), anesthésie (3), ophtalmologiste (2), chirurgien urgentiste (3), cancérologue (2), anatomopathologiste (2) et bien d'autres comédiens, etc	Équipement de base d'un EPS2, IRM, angiographie, compteur électrochirurgical, système d'oxygène médical, bistouri électrochirurgical, microscope chirurgical, agitateur, appareil d'endoscopie, etc.
EPS2	Technicien en radiologie (1), pédiatre (2), médecin généraliste (2), chirurgien généraliste (1), chirurgien-dentiste (1), anesthésiste (2), obstétricien-gynécologue (2), ingénieur biomédical (1), pharmacien (1), préparateur de médicaments (1), technicien de santé (3), anesthésiste (6), technicien d'imagerie (2), technicien dentaire (1), technicien de laboratoire (1), technicien d'hygiène (1) ), ophtalmologiste (2), Technicien de maintenance (2), Infirmier régulier (38), Aide-soignant (40), Assistant social (1), Responsable hygiène (4), Sage-femme (10), Account manager (3), etc.	Équipement de base d'un EPS1, équipement d'hémodialyse, lit d'urgence, défibrillation, échographie Doppler, électromyogramme, pousse seringue, échographie ophtalmique, équipement de radiothérapie, salle de télémédecine, etc.
EPS1	Pédiatre (1), médecin généraliste (2), Chirurgien général (1), Chirurgien-dentiste (1), Ingénieur biomédical (1), Pharmacien (1), Section de préparation des médicaments (1), Technologue de la santé (4) , Technicien en anesthésie ( 2), Technicien en imagerie (1), Technicien dentaire (1), Technicien en inspection (1), Technologue en santé publique (1), Technicien d'entretien (1), Infirmier régulier (14), Infirmier auxiliaire (10) , Travailleur social (1) , responsable hygiène (4), sage-femme (7), chargée de clientèle (1), etc.	Ambulance, ambulance médicalisée, mammographie, électrocardiogramme, fauteuil dentaire, radiographie dentaire, spectrophotomètre, analyseur automatique biochimique, analyseur de sang, électrocardiogramme, autoclave, appareil d'anesthésie, respirateur, moniteur de surveillance, etc.
Centre de santé de niveau	Médecin généraliste (1), chirurgien général (1), chirurgien-dentiste (1), pharmacien (1), préparateur de médicaments (1), technicien de santé (1), technicien en anesthésie (1), technicien dentaire (1), technologue en hygiène (1), technicien de	Microscopes, centrifugeuses, spectrophotomètres, automutons, appareils à rayons X, ultrasons, unités dentaires, ambulances, radiographies dentaires mobiles, autoclaves, défibrillateurs,

2	maintenance (1), infirmier régulier (1), aide-soignant (7), assistant social (1), agent de santé (3), sage-femme (5), chargé de clientèle (1), etc.	concentrateurs d'oxygène, moniteurs de surveillance, agitateurs, distillateurs d'eau, Réfrigérateur, appareil d'anesthésie, autoclave d'anesthésie, plafond -type éclairage opératoire, éclairage opératoire mobile, évier stérile, table d'opération, etc.
Centre de santé de niveau 1	Médecin généraliste (1), Préparation de médicaments (1), technicien de santé (1), technicien dentaire (1), technologue en hygiène (1), technicien d'entretien (1), infirmière d'état (10), aide-soignant (7), travailleur social (1), Hygiène (3), sage-femme (3), etc.	Microscopes, centrifugeuses, spectrophotomètres, automutons, appareils à rayons X, ultrasons, unités dentaires, ambulances, radiographies dentaires mobiles, autoclaves, défibrillateurs, concentrateurs d'oxygène, moniteurs de surveillance, agitateurs, distillateurs d'eau, Réfrigérateur, appareil d'anesthésie, autoclave d'anesthésie, plafond -type éclairage opératoire, éclairage opératoire mobile, évier stérile, table d'opération, etc.
Poste de santé	Infirmière (1), sage-femme (1), assistant infirmière (1)	Table d'examen, pèse-personne/échelle de taille pour nouveau-né, tensiomètre, thermomètre, stéthoscope, lit d'obstétrique, lit d'accouchement, lit de nouveau-né, etc.

Source : Carte sanitaire

Aucun budget n'est dédié à la lutte contre les MNT, ni pour les hôpitaux, ni au niveau des régions ou des districts sanitaires. Les budgets annuels moyens des sept hôpitaux des quatre régions étudiées sont présentés au chapitre 3, section 3.1, tableau 3-2. Chaque hôpital gère ses propres recettes et dépenses de manière indépendante. La part des subventions gouvernementales dans le revenu des hôpitaux est très limitée. Par exemple, en 2019, les subventions accordées par le Gouvernement représentaient 14% des revenus de l'hôpital régional de Thiès, la part des soins facturés aux patients et aux assurances étant la plus élevée (78%). Au niveau des districts sanitaires également, les soins et consultations facturés aux patients et aux assurances constituent la principale source de revenus des centres de santé et des postes de santé, ces revenus étant gérés par les comités de développement sanitaire (CDS). Ces revenus sont par ailleurs gérés sur deux comptes distincts, l'un pour les médicaments et l'autre pour les prestations de soins. En ce qui concerne les dépenses, il a été procédé à l'exécution et au suivi des budgets conformément aux plans de travail annuel (PTA) de chaque établissement. L'utilisation du compte des médicaments est fixée à 65%, destinés à l'achat de médicaments et 10% aux frais de personnel pour la gestion des médicaments. Pour les prestations de soin, 20% sont destinés aux frais de personnel, 25% au personnel de santé communautaire, etc., 5% au carburant, 5% aux frais de personnel des travailleurs sociaux et 10% aux activités d'éducation et de sensibilisation à la santé, y compris la formation et l'appui aux programmes. Pour le contrôle budgétaire, le maire et la personne en charge des audits comptables du centre de santé réalisent les audits internes, tandis qu'une personne en charge des audits comptables du MSAS procède aux audits externes de l'exécution du budget.

### 3.4 Situation des hôpitaux cibles du projet de coopération financière non remboursable

#### 3.4.1 Raisons du choix et présentation sommaire des hôpitaux cibles

Dans le cadre de l'enquête, l'hôpital régional de Thiès, l'hôpital régional de Zinguinchor, l'hôpital Roi Baudoin et l'hôpital Youssou Mbargane Diop ont été sélectionnés comme hôpitaux cibles pour un projet de coopération financière non remboursable. La DGES a indiqué qu'elle souhaitait que la priorité soit accordée aux régions (Kaolak, Thiès et Ziguinchor) où il est prévu, comme indiqué dans le plan d'investissement sectoriel (PIS) 2020-2024, de faire passer les hôpitaux régionaux du niveau 2 au niveau 3. En outre, à Dakar, le souhait d'une prise en compte des hôpitaux Roi Baudoin et Youssou Mbargane Diop, mentionnés dans le PSI, a été exprimé. La région de Kaolack a été exclue car des informations obtenues préalablement ont clairement montré qu'elle ne dispose pas de terrains suffisants pour un projet de coopération financière non remboursable. Le tableau 4-3 fournit une présentation sommaire des quatre hôpitaux cibles:

Tableau 3-4 : Présentation sommaire des hôpitaux cibles

Nom de l'hôpital	Hôpital régional de Thiès	Hôpital régional de Zinguinchor	Hôpital Roi Baudoin	Hôpital Youssou Mbargane Diop
Localisation	Thiès	Ziguinchor	Guédiawaye, Dakar	Rufisque,Dakar
Type d'hôpital	EPS 2	EPS 2	EPS 1 (Passé du statut de centre de santé à celui d'EPS 1 en 2010)	EPS 1 (Passé du statut de centre de santé à celui d'EPS 1 en 2010)
Année de création	Ouvert en tant qu'hôpital obstétrique et de gynécologie en 1978	Ouvert en 1970 en réhabilitant le bâtiment d'un établissement de communication militaire	2010 (fondé en 1984 en tant que centre de santé)	2010 (fondé en 1994 en tant que centre de santé)
Nombre de lits	410	155	80 (63 lits fonctionnels)	89

#### 3.4.2 Comparaison du nombre de soignants et des installations pour les soins

En ce qui concerne les professionnels de santé des hôpitaux cibles, les informations obtenues à partir du questionnaire (annexe 2) sont présentées dans le tableau 3-5. Pour les types de soins assurés au sein de chaque hôpital, et des autres points concernant les bâtiments, le tableau 3-6 a été élaboré sur la base des plans d'implantation des bâtiments obtenus lors des missions au Sénégal et des informations tirées du questionnaire. La comparaison du nombre de professionnels de santé (tableau 3-5) et des types de soins (tableau 3-6) avec le contenu du tableau 3-2 « services offerts pour chaque niveau d'établissement de santé dans les quatre régions » a permis de constater que, même si certains types de soins ne sont pas assurés, les hôpitaux régionaux de Thiès et de Ziguinchor remplissent quasiment les critères d'un EPS 2, et que les hôpitaux Roi Baudouin et Youssou Mbargane Diop satisfont quasiment aux critères d'EPS 1.

Tableau 3-5 : Nombre de professionnels de santé des hôpitaux cibles

	Hôpital régional de Thiès	Hôpital régional de Zinguinchor	Hôpital Roi Baudouin	Hôpital Youssou Mbargane Diop
<b>Professionnels de santé généralistes</b>				
Médecins généralistes	13	7	3	9
Chirurgiens généralistes	2	1	1	1
Pharmacien	2	1	1	2
Biologistes	4	1	1	-
Techniciens de laboratoire	22	7	8	6
Techniciens supérieurs en anesthésie/réanimation	5	3	2	7
Infirmier(e)s/ Sages-femmes	127	48 (30/18)	46 (21/25)	39 (10/29)
Techniciens en radiologie	2	2	-	1
Manipulateurs en électroradiologie	4	3	4	2
Techniciens en imagerie	6	1	3	2
Techniciens supérieurs en ophtalmologie	3	1	2	1
Travailleurs sociaux	3	3	1	3
Petit total	193	78	72	73
<b>Médecins spécialistes</b>				
Chirurgiens cardiaques	3	-	1	1
Cardiologues	3	0	1	1
Chirurgiens orthopédistes	5	2	-	1
Neurologues	2	1	1	-
Néphrologues	3	1	1	-
Médecins anesthésistes/réanimateurs	2	-	1	-
Urologues	3	1	1	1
Ophthalmologues	2	1	-	1
Otolaryngologues	11	2	1	-
Endocrinologues, neurochirurgiens	-	1	-	-
Pédiatres	4	1	2	2
Chirurgiens pédiatriques	-	2	-	-
Obstétrique et gynécologie	3	2	4	4
Ophthalmologues	2	1	-	1
Petit total	40	15	12	11
Grand total	233	93	84	84

Tableau 3-4 : Types de soins assurés par les hôpitaux cibles

Nom de l'établissement	Hôpital régional de Thiès	Hôpital régional de Zinguinchor	Hôpital Roi Baudouin	Hôpital Youssou Mbargane Diop
Accueil	○			
Services administratifs	○	○	○	○
Pharmacie	○	○	○	○
Service de comptabilité	○	○		
Dermatologie	○	○	○	
Cardiologie	○			
Médecine interne	○		○	○
Neurologie	○			
Diabétologie	○	○		
Cardiologie	○	○	○	○
Service de dialyse	○	○	○	
Néphrologie				
Chirurgie	○			○
Salle(s) d'opération	○	○	○	○
Consultation de cardiologie	○			
Laboratoire (s)	○	○	○	○
Chirurgie du cerveau		○		
Ophthalmologie	○	○	○	○
Dentisterie		○		
Service d'obstétrique et de gynécologie	○	○	○	○
Banque de sang	○		○	○
Service de pédiatrie	○	○	○	○

Service de soins intensifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Service de chirurgie orthopédique	<input type="radio"/>			
Service de radiologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Générateur d'oxygène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Blanchissage, nettoyage et couture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Cantine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Cuisine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Service d'entretien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mosquée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Morgue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilettes publiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Salle de prière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Incinérateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Logements (pour le directeur et pour les médecins)	<input type="radio"/>			
Salle de vaccination				<input type="radio"/>
Service des urgences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	En cours de construction
Bureau du personnel de santé publique			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3.4.3 Informations détaillées sur les hôpitaux cibles

Voici maintenant les informations générales recueillies sur les quatre hôpitaux cibles ainsi que les informations sur l'état de leurs activités, sur leurs revenus et leurs dépenses, leurs dispositifs de gestion de la maintenance, sur l'état de leurs infrastructures, et la nature de leurs demandes.

#### (1) Hôpital régional de Thiès

##### 1) Présentation générale

L'emplacement de l'hôpital est proche du centre de Dakar (environ 50km), et la population environnante s'étend sous la forme d'une cité-dortoir, ce qui en fait le seul hôpital régional de type urbain, en situation de congestion. Il est implanté sur un terrain rectangulaire plat, d'environ 300m dans l'axe nord-sud et 200m dans l'axe est-ouest, d'une superficie de 6,4ha. Il y a plus de 30 bâtiments sur ce site, avec une surface de plancher totale de 15 300m<sup>2</sup>, ce qui donne un coefficient d'emprise au sol de 24%, mais le fait que les bâtiments sont tous construits en style pavillon et reliés par des couloirs, et la présence d'espaces de parking en tous lieux donnent une impression de grande densité. De plus, les bâtiments de l'hôpital débordent de patients et de leurs accompagnateurs en raison de la superficie réduite des différents services et de l'étroitesse des salles d'attente. En 2000 et en 2001, dans le cadre d'une aide financière non remboursable du Japon, des travaux de peinture et des travaux construction d'un bâtiment de radiologie ont notamment été réalisés. Les plans de structure en sont disponibles, et la profondeur de la semelle isolée n'est que de 60cm, le sol d'assise étant proche de la surface. L'équipement médical est vétuste dans son ensemble et a besoin d'être renouvelé dans beaucoup de cas. Beaucoup de matériels tombés en panne ne peuvent être réparés en l'état, car les pièces de rechange ne sont plus disponibles. Les matériels qui ne peuvent pas être pris en charge par les techniciens de l'hôpital doivent être envoyés au concessionnaire pour réparation. Un contrat de gestion de la maintenance est passé pour les scanners.

##### 2) Situation des activités

Les chiffres des patients ambulatoires, des patients hospitalisés, des interventions chirurgicales et des examens par département, tels que présentés dans le rapport annuel 2019, figurent dans les tableaux 3-7 à 3-10.

Tableau 3-7 : Chiffres des patients externes

Service	2017		2018		2019	
	Première consultation	Reconsultation	Première consultation	Reconsultation	Première consultation	Reconsultation
Enregistrement général	14 132	14 132	12 975	12 975	14 825	14 825
Soins d'urgence	2 750	2 750	-	-	2 876	2 876
Cardiologie	137	4 921	94	5 022	909	5 553
Chirurgie générale	693	2 332	557	1 488	847	1 984
Chirurgie orthopédique	763	6 886	815	5 156	1 111	5 772
Chirurgie d'urgence	13 498	13 498	-	-	13 764	13 764
Dermatologie	123	4 694	121	4 399	2 159	5 011
Réhabilitation	574	7 418	-	3 976	482	6 749
Obstétrique et gynécologie	-	16 856	-	-	6 707	18 852
Médecine interne	1 258	1 953	-	-	540	2 853
Ophthalmologie	3 767	8 666	-	-	4 906	10 749
Oto-rhino-laryngologie	606	5 693	558	2 922	3 783	6 592
Pédiatrie	880	7 457	331	3 833	6 486	7 482
Gastro-entérologie	4 862	11 233	4 405	10 058	4 989	10 460
Urologie	399	4 850	469	4 548	2 584	4 775
Total	44 442	113 339	20 235	54 377	66 968	118 297

Source : Rapport de présentation du rapport de gestion 2019

Tableau 3-8 : Chiffres des patients hospitalisés

Elément	2017	2018	2019
Nombre de lits	338	-	371
Nombre de jours en lit d'hôpital	37 981	-	61 545
Nombre de patients hospitalisés (valeur calculée)	14 088	-	16 064
Nombre de jours de séjour moyen (valeur calculée)	2,70	-	3,83
Taux d'occupation des lits (valeur calculée)	30,8%	-	45,4%
Nombre de patients sortis de l'hôpital	13 326	-	15 266
Nombre de décès	762	-	798
Nombre de maternités	4 967	-	5 746
Nombre de césariennes	1 801	-	1 929

Les données de 2018 ne sont pas finalisées.

Source : Rapport de présentation du rapport de gestion 2019

Tableau 3-9 : Nombre d'opérations par service

Nom du service	2017	2018	2019
Gastro-entérologie	320	-	330
Chirurgie orthopédique	401	-	375
Neurochirurgie	32	-	82
Obstétrique et gynécologie	198	-	214
Urologie	606	632	616
Ophthalmologie	346	-	259
Oto-rhino-laryngologie	351	-	468
Autres urgences	1 105	-	996
Examens préopératoires d'anesthésie	2 750	-	2 876
Sutures et autres petits traitements	8 042	-	4 581
Plâtres	6 818	-	7 279

Les données de 2018 ne sont pas finalisées.

Source : Rapport de présentation du rapport de gestion 2019

Tableau 3-10 : Nombre d'examens

Type d'examen	2017	2018	2019
(Imagerie diagnostique)			
Radiographies sans rendez-vous	17 158		25 663
Radiographies sur rendez-vous	355		492
Diagnostics par ultrasons	3 069		3 173
Endoscopies	1 266	1 487	942
Scanners	5 663	3 919	6 528
Echographies Doppler	273		
Echographies	1 521	1 080	1 127
(Examens de laboratoire)			

Biochimie	38 502	36 116	72 899
Dépistage des parasites	4 284	3 524	4 285
Hématologie	53 407	54 657	66 387
Sérologie			
Hormones	3 244	3 068	2 016
Bactéries			
Immunité sérique	11 379	10 459	12 158
Pathologie	1 240	1 537	1 799
Analyses microbiologiques (Examens cardiovasculaires)			4 285
ECG	2 833		4 182
Échographies Doppler	1 768	1 730	1 862

Source : Rapport de présentation du rapport de gestion 2019

### 3) Chiffres des recettes et des dépenses

On trouvera dans les tableaux 3-11 et 3-12 les recettes et les dépenses telles que présentées dans le rapport annuel 2019.

Tableau 3-11 : Chiffres des recettes (FCFA)

	2017	2018	2019
(Revenus propres)			
Produits pharmaceutiques	251 160 844	261 192 386	254 564 975
Services	2 004 069 614	2 048 824 515	2 365 823 490
Autres	930 000	2 760 000	1 206 500
Petit total	2 256 160 458	2 312 776 901	2 621 594 965
(Subventions gouvernementales)			
Frais de fonctionnement	280 639 200	356 024 000	356 024 000
Frais d'investissement	503 666 501	5 352 480	4 697 490
Dons			
Autres			
Programmes	64 200 000	48 150 000	64 200 000
Subventions pour des activités en cours de réalisation			
Report	77 162 613	51 801 595	
Autres subventions	6 372 900	41 500 000	
Petit total	932 041 214	461 328 075	426 421 490
Total	3 188 201 672	2 774 104 976	3 048 016 455

Source : Rapport de présentation du rapport de gestion 2019

Tableau 3-12 : Chiffres des dépenses (FCFA)

	2017	2018	2019
Frais de personnels	1 354 639 404	1 406 288 535	1 572 420 223
Dépenses de fonctionnement	1 132 383 427	1 034 512 751	1 248 132 970
Investissements en capitaux	353 389 321	92 818 322	40791885
Total	2 840 412 152	2 533 619 608	2 861 345 078

Source : Rapport de présentation du rapport de gestion 2019

### 4) Dispositif de gestion de la maintenance

La maintenance dans l'hôpital est assurée par les 18 techniciens du service de maintenance, qui dépend directement du directeur de l'hôpital. Ce service est constitué de 3 plombiers, 2 électriciens, 3 techniciens en ingénierie médicale, 3 menuisiers, 1 soudeur, 1 agent de génie civil, 3 techniciens en climatisation et 1 secrétaire. Lorsqu'une panne dépasse les capacités techniques de ce personnel, le travail de réparation est confié au concessionnaire concerné. Pour ce qui concerne l'unité de production d'oxygène, le MSAS a un contrat avec un concessionnaire qui procède à des inspections mensuelles régulières et effectue les réparations nécessaires. Un contrat d'entretien régulier a été passé avec le concessionnaire pour les scanners qui sont inspectés tous les trois mois et, en cas de panne, les pièces de rechange doivent être achetées à part pour pouvoir effectuer la réparation. Le budget pour l'achat et la maintenance des matériels est planifié et approuvé

chaque année. En 2021, il est prévu un budget de 210 millions de FCFA pour les équipements médicaux, de 34 millions de FCFA pour les machines et de 20 millions de FCFA pour le mobilier. Un budget de 10 millions de FCFA a également été prévu pour les pièces de rechange des équipements médicaux. Par conséquent, on peut dire qu'un budget a été prévu en la matière jusqu'à un certain point. En ce qui concerne la formation des techniciens en génie médical, il existe une institution au Sénégal (le Centre national de formation des techniciens en maintenance hospitalière (CNFTMH) de Diourbel), qui a formé 8 techniciens/an dans le passé et forme ces derniers temps 12 techniciens/an. Il n'y a pas d'écoles du niveau ingénieur dans le pays, et il faut pour cela étudier à l'étranger, notamment en France. Il y a également beaucoup de personnes diplômées d'écoles supérieures d'électricité et d'électronique qui, ayant acquis de l'expérience dans ce domaine, travaillent comme techniciens en ingénierie médicale.

## 5) Situation de l'aménagement des infrastructures

### i. Électricité

Une alimentation électrique de 3 000V fournie par la société d'électricité locale est amenée en tirant une ligne dans le local électrique situé près de l'entrée nord-ouest, puis un transformateur de 945KVA permet de distribuer de l'électricité de basse tension aux différents bâtiments. La fréquence des coupures de courant semble élevée, puisqu'il s'en est produit à plusieurs reprises durant notre enquête. Le système de production d'électricité de secours est équipé de générateurs diesel de 500KVA et 250KVA. Le réservoir de carburant pour les générateurs a une capacité de 2 000 litres, mais il a été rapporté qu'à cause de la fréquence des coupures de courant, le contenu du réservoir est régulièrement vérifié pour éviter que le carburant ne s'épuise, et le souhait a été exprimé de mettre en place un réservoir de carburant supplémentaire d'une capacité de 2 000 litres. Des panneaux solaires ont été installés sur les toits des services d'obstétrique-gynécologie et de pédiatrie, permettant de produire jusqu'à 164kW d'électricité, mais, n'étant pas équipés de batteries pour le stockage de l'électricité, ils ne peuvent être utilisés que pendant la journée.

### ii. Alimentation en eau

L'alimentation en eau est assurée par le réseau hydraulique urbain, qui dispose d'un réservoir d'eau situé près du local d'alimentation électrique à l'entrée nord-ouest. L'eau est pompée dans un château d'eau construit dans le cadre d'une coopération financière non remboursable mise en œuvre en 2000, d'où elle est distribuée aux différents bâtiments. Aucun traitement de la qualité de l'eau n'est effectué au niveau de l'hôpital.

### iii. Évacuation des eaux

Les canalisations d'assainissement public sont enterrées sous les voies publiques dans le périmètre du site de l'hôpital (sur quatre côtés) et plusieurs points dans l'hôpital sont raccordés à ce réseau d'assainissement public.

### iv. Climatisation

Il y a des climatiseurs muraux dans les salles de consultation, les salles de traitement, les laboratoires et autres pièces où travaillent les médecins, les infirmier(e)s, les techniciens de laboratoire, etc., mais pas dans les couloirs ordinaires ni dans les salles d'attente, qui sont ventilés naturellement. Comme il n'y a pas non plus de ventilateurs, les patients doivent attendre les consultations dans un cadre de mauvaise qualité.

## v. Conditions des sols de fondation du site

Les plans de conception du bâtiment de radiologie construit dans le cadre d'une coopération financière non remboursable, mise en œuvre en 2020 sont disponibles, et les plans de structure montrent que le bâtiment est soutenu par des semelles isolées, que la profondeur d'excavation est de 600mm pour les semelles isolées, de 1600mm pour les poutres de fondation, et qu'il n'y a pas de pieux, ce qui laisse penser qu'une couche de latérite spécifique aux sols africains se forme à partir de la surface, le sol de fondation peut se trouver à proximité de la surface, mais ce point doit être confirmé par une étude de sol dans le cadre de la conception détaillée.

## vi. Superficie des bâtiments

La superficie des différents bâtiments est indiquée dans le tableau 3-13. Sur la partie nord-est du site, il y a une zone vacante en forme de L, d'environ 3 800m<sup>2</sup>, qui peut accueillir une construction.

Tableau 3-13 : Superficie des bâtiments de l'hôpital de Thiès

N°	Nom du bâtiment	Superficie (m <sup>2</sup> )	N°	Nom du bâtiment	Superficie (m <sup>2</sup> )	N°	Nom du bâtiment	Superficie (m <sup>2</sup> )
1	Service de dialyse (24 places)	461	11	Services administratifs	294	21	Service d'obstétrique et de gynécologie	842
2	Cantine	512	12	Nouveau bâtiment administratif	956	22	Service des urgences	751
3	Service de maintenance	536	13	Blanchisserie	556	23	Logement (Directeur)	189
4	Pharmacie	245	14	Orthopédie-traumatologie	956	24	Logement (Comptable)	189
5	Mosquée	291	15	Chirurgie – 1	852	25	Logement (Médecin-chef)	189
6	Morgue	128	16	Chirurgie – 2	840	26	Logement (Médecin)	189
7	Salle de prière (hommes)	655	17	Toilettes publiques	131	27	Logement (Médecin)	189
8	Unité de soins intensifs	250	18	Médecine interne	956	28	Logement (Médecin)	189
9	Bloc opératoire	956	19	Radiologie et bloc opératoire	1 876	29	Laboratoire	168
10	Service de pédiatrie	956	20	Château d'eau	12	30	Banque de sang	
Petit total		4 990	Petit total		7 429	Petit total		2 901
						Total		15 320

## 6) Contenu de la requête de l'hôpital

- ✓ Installations, équipements pour les consultations et les traitements liés au diabète
- ✓ Installations, équipements pour les consultations et les traitements liés à la cardiologie
- ✓ Installations, équipements pour les consultations et les traitements en néphrologie
- ✓ Installations, équipements pour les consultations et les traitements liés à la cancérologie
- ✓ Aménagement d'un service de confection des médicaments
- ✓ Services d'hospitalisation dans les différents services
- ✓ Renouvellement de l'équipement, car une grande partie de l'équipement médical est vétuste et ne peut être réparée, les pièces de rechange n'étant plus fabriquées.
- ✓ Mise en place de l'IRM, qui constitue une exigence pour les hôpitaux de niveau 3
- ✓ Du fait du caractère très saumâtre de l'eau de la ville et de l'eau de puits, équipements d'adoucissement

de l'eau

✓ Formations d'amélioration des compétences pour le personnel médical et le personnel de maintenance

## (2) Hôpital régional de Ziguinchor

### 1) Présentation générale

Cet hôpital n'est pas encombré. Il est implanté sur un site en forme rectangulaire, d'environ 440 m dans l'axe est-ouest et 200 m dans l'axe nord-sud, d'une superficie de 8,8ha. Sur la partie ouest du site, se trouve un espace vide de 1,8ha, qui était utilisé comme terrain de football, mais qui présentement n'est plus utilisé. Il est prévu dans le futur de construire des logements pour les médecins, qui peuvent être érigés sur ce terrain. (Voir le document annexe 3 : photos du site et plan d'implantation des bâtiments). Le terrain donne sur une route principale du côté nord, évitant ainsi tout problème d'accès, et permettant également d'aménager un parking. Au sud du site, se trouve l'aéroport de Ziguinchor. (voir le document annexe 4) À l'exception du nouveau service des urgences et du bâtiment nouvellement construit (dont une partie sert également de salle de consultation externe), bon nombre d'installations existantes sont dans un état très dégradé, à un niveau tel qu'il est nécessaire de les réhabiliter ou de les reconstruire. L'université de Ziguinchor, qui est également un hôpital universitaire, doit rénover ses installations et son équipement médical, et a également besoin de salles de séminaires destinées à l'enseignement, etc.

A côté de l'hôpital régional de Ziguinchor, se trouve un autre hôpital régional, également de niveau 2, l'hôpital régional de la Paix. Il s'agit d'un nouvel hôpital, qui a ouvert ses portes en 2016. Il dispose de beaucoup de médecins spécialistes, et a également le statut d'hôpital universitaire, puisqu'il est du ressort de l'Université de Ziguinchor.

### 2) État des activités

Les chiffres concernant les patients externes, les patients hospitalisés, les interventions chirurgicales et les examens par département, ainsi que les recettes et les dépenses, tels que présentés dans le rapport annuel 2019, figurent dans les tableaux 3-14 à 3-17.

Tableau 3-14 : Chiffres des patients externes

	2017	2018	2019
Patients en première consultation	71 136	59 138	60 438
Patients en reconsultation	42 895	36 854	38 474
Total	114 031	95 992	98 912

Source : Rapport de présentation du rapport de gestion 2019

Tableau 3-15 : Chiffres des patients hospitalisés

Elément	2017	2018	2019
Nombre de lits	155	-	-
Nombre de jours en lit d'hôpital	27 459	22 782	22 006
Nombre de patients hospitalisés	6 489	5 630	6 206
Nombre de jours de séjour moyen (valeur calculée)	4,23	4,05	3,55
Taux d'occupation des lits (valeur calculée)	48,5%	40,3%	38,9%
Nombre de patients sortis de l'hôpital	1 903	1 737	2 174
Nombre de décès	665	625	625
Nombre de maternités	1 903	1 737	2 174
Nombre de césariennes	665	625	625

Source : Rapport de présentation du rapport de gestion 2019

Tableau 3-16 : Nombre d'opérations par service

Nombre total d'opérations	2017	2018	2019
Abdomen	682	604	692
Chirurgie orthopédique	396	314	351
Obstétrique et gynécologie	727	666	776
Oto-rhino-laryngologie	183	183	131
Examens préopératoires d'anesthésie	1 939	1 528	1 864
Physiothérapie	6 717	4 640	5 182

Source : Rapport de présentation du rapport de gestion 2019

Tableau 3-17 : Nombre d'examens

Type d'examen	2017	2018	2019
(Imagerie diagnostique)			
Radiographies	7 561	6 624	7 302
Scanners	2 339	2 550	3 202
Echographies	1 822	1 928	2 127
ECG	1 433	1 596	1 618
(Examens de laboratoire)			
Biochimie	32 070	35 539	37 042
Bactéries	1 110	1 690	2 711
Hématologie	17 325	18 357	21 630
Sérologie, autres examens	6 848	6 600	8 025

Source : Rapport de présentation du rapport de gestion 2019

### 3) Chiffres des recettes et des dépenses

Les tableaux 3-18 et 3-19 présentent les recettes et les dépenses telles que présentées dans le rapport annuel 2019.

Tableau 3-18 : Chiffres des recettes (FCFA)

	2019
(Revenus propres)	
Produits pharmaceutiques	74 883 270
Services	1 001 351 020
Autres	-
Petit total	1 076 234 290
(Subventions)	
Subventions, dons	474 305 134
Subventions et autres	-
Autres	42 827 622
Petit total	517 132 756
Total	1 593 367 046

Source : Rapport de présentation du rapport de gestion 2019

Tableau 3-19 : Chiffres des dépenses

	2017	2018	2019
Frais de personnels	768 653 714	811 302 854	906 723 629
Dépenses de fonctionnement	1 355 296 721	1 355 296 721	1 355 296 721
Investissements en capitaux	-	-	365 500 000
Total	2 123 950 435	2 166 599 575	2 627 520 350

Source : Rapport de présentation du rapport de gestion 2019

### 4) Dispositif de gestion de la maintenance

La maintenance au sein de l'hôpital est assurée par les 11 techniciens (bientôt 10 avec le départ à la retraite de l'un d'entre eux) du service de maintenance, qui dépend directement du directeur de l'hôpital. Ce service est constitué de 2 plombiers, 2 électriciens, 3 techniciens en ingénierie médicale, 1 menuisier, 1 plâtrier, et 1

technicien en climatisation. Toutes les installations et tous les équipements sont entretenus par ces 11 personnes. Les consommables nécessaires à l'hôpital sont achetés globalement par appel d'offres. Les pièces de rechange sont acquises sur demande du service de maintenance auprès du service des achats. En raison du manque de budget de l'hôpital, certains équipements n'ont pas été réparés car les pièces de rechange n'ont pas pu être achetées immédiatement. Pour certains équipements, il est parfois difficile de se procurer une pièce de rechange à cause de l'absence de revendeur ou de l'arrêt de fabrication. Le service d'entretien effectue non seulement des réparations, mais aussi des activités de maintenance préventive. Les gros équipements sont contrôlés tous les trois mois, et les autres équipements sont contrôlés tous les mois selon un calendrier établi à cet effet. Lorsqu'une panne dépasse les capacités techniques du service, le travail de réparation est confié au concessionnaire concerné. Pour l'unité de production d'oxygène, le MSAS a passé un contrat avec un concessionnaire qui procède directement à des inspections mensuelles régulières et aux réparations nécessaires. Les appareils de dialyse font également l'objet d'un contrat passé avec le concessionnaire et, là encore, il est procédé à une inspection chaque mois. Pour les réparations, les pièces de rechange doivent être achetées séparément.

## 5) État d'aménagement des infrastructures

### i. Électricité

Pour l'électricité fournie par la compagnie d'électricité locale, le poste de transformation est situé au nord-ouest du site, le long de la route principale. La fréquence des coupures de courant semble plutôt élevée, puisqu'il s'en est produit à plusieurs reprises au cours notre enquête. Les installations de production d'électricité de secours sont composées d'un générateur de 250kVA (capacité du réservoir de carburant de 800 l) couvrant l'ensemble des services de consultation et d'un générateur diesel de 250kVA pour les trois salles d'opération, 20litres de carburant étant prévus lorsqu'il est procédé à une opération. Il y a également un générateur électrique diesel de 135KVA destiné à l'usage exclusif du générateur d'oxygène.

Il n'y a pas d'équipement photovoltaïque.

### ii. Alimentation en eau

L'approvisionnement en eau est assuré par le réseau hydraulique urbain, à partir duquel l'eau est pompée vers un château d'eau situé au sud-ouest du site, qui alimente en eau les différents bâtiments. Aucun traitement de la qualité de l'eau n'est effectué au niveau de l'hôpital.

### iii. Évacuation des eaux

Des canalisations d'assainissement public sont enterrées sous la route, au nord du site et plusieurs points de l'hôpital sont raccordés à ce réseau public d'assainissement.

### iv. Climatisation

Il existe des climatiseurs muraux dans les salles de consultation, les salles de traitement, les laboratoires et autres pièces où travaillent les médecins, les infirmier(e)s, les techniciens de laboratoire, etc., mais pas dans les couloirs ordinaires ni dans les salles d'attente, qui sont ventilés naturellement. Dès lors qu'il n'y a pas non plus de ventilateur, les patients doivent attendre les consultations dans un cadre de mauvaise qualité.

#### v. Etat des sols de fondation du site

Lors des missions au Sénégal, il n'a pas été possible de consulter les plans de conception (plan de structure) de l'époque de la construction de l'hôpital. Par conséquent, si une construction doit être réalisée ici, une étude géologique doit être réalisée pour identifier les conditions du sol de fondation.

#### vi. Superficie des bâtiments

La superficie des différents bâtiments et services de consultation est indiquée dans le tableau 3-20. Sur la partie ouest du site, il y a un espace vide de 1,8 ha, pouvant accueillir des bâtiments.

Tableau 3-20 : Superficie des bâtiments de l'hôpital de Ziguinchor

N°	Nom du bâtiment	Superficie (m <sup>2</sup> )	N°	Nom du bâtiment	Superficie (m <sup>2</sup> )
1	Clinique du diabète et de l'hypertension artérielle	144	11	Laboratoire(s)	315
2	Cardiologie	36	12	Bloc opératoire	378
3	Néphrologie	36	13	Salle de stérilisation centrale	90
4	Diabétologie	36	14	Radiologie	144
5	Chirurgie orthopédique	36	15	Laboratoire de cardiologie	45
6	Cancérologie	36	16	Pharmacie	72
7	Chirurgie	36	17	Salle de séminaire	108
8	Dermatologie	36	18	Services hospitaliers	774
9	Ophthalmologie	36	19	Parties communes	2 500
10	Oto-rhino-laryngologie	36	20	Locaux des équipements	200
Petit total		468	Petit total		4 248
			Total		4 716

#### 6) Contenu de la requête de l'hôpital

- ✓ Il existe une clinique du diabète et de l'hypertension artérielle, les patients orientés vers cette clinique y sont dépistés puis envoyés dans les différents services. Remède à apporter au problème de vétusté du bâtiment de la clinique du diabète et de l'hypertension artérielle (fuites d'eau dans le toit), équipements thérapeutiques
- ✓ Installations, équipements pour les consultations et les traitements liés au diabète (dermatologie et ophthalmologie)
- ✓ Installations et équipements pour les consultations et les traitements liés à la cardiologie (HTA)
- ✓ Installations, équipements pour les consultations et les traitements en néphrologie
- ✓ Installations, équipements pour les consultations et les traitements liés à la cancérologie
- ✓ Secteur d'analyses (analyses de glycémie, d'urine, etc.)
- ✓ Aménagement d'un service de confection des médicaments
- ✓ Renouvellement de l'équipement, car une grande partie de l'équipement médical est vétuste et ne peut être réparé, les pièces de rechange n'étant plus fabriquées.
- ✓ Du fait du caractère très saumâtre de l'eau de la ville et de l'eau de puits, équipements d'adoucissement de l'eau
- ✓ Réservoirs d'huile pour générateurs
- ✓ Formations d'amélioration des compétences pour les personnels soignants et de maintenance
- ✓ Salle de conseil psychologique
- ✓ Salle de séminaire

### (3) Hôpital Roi Baudoin

#### 1) Présentation générale

Il est situé dans à Guédiawaye, une banlieue densément peuplée de Dakar. Grâce au tarif peu élevé des hospitalisations, il est apprécié des populations à faible revenu.

L'hôpital est passé du statut de centre de santé à celui d'hôpital de niveau 1, mais c'est un établissement à l'ancienne, de structure pavillonnaire, où les salles de consultation et les services sont installés dans des bâtiments séparés reliés par des couloirs. Le bâtiment est étroit et il y a beaucoup de différences de niveau du sol dans les couloirs, ainsi qu'entre les couloirs et les bâtiments, ce qui empêche d'utiliser les brancards et pose problème en matière de soins. Par ailleurs, l'établissement ne dispose pas de bloc opératoire pour l'obstétrique.

Tous les documents ayant été éliminés lorsque l'hôpital est passé du statut de centre de santé à celui d'hôpital de niveau 1, il n'existe aucun plan d'arpentage ou plan d'implantation de la construction. Au nord du site, il y a un terrain vague en forme de triangle (d'environ 2 200 m<sup>2</sup>) qui, mesuré sur place au ruban d'arpenteur, fait 75m d'un côté et 61m de l'autre, et sur lequel une installation peut être construite, mais, la superficie disponible étant limitée à cause de la forme du site et de la réalisation d'une nouvelle route, les dimensions de l'installation seraient réduites. (Voir document annexe 4). Il existe une route le long du bloc de délimitation du site, de telle sorte qu'il n'y aurait pas de problème d'accès pour les engins de construction, mais il est à craindre qu'une extension des constructions n'aggrave le problème de l'insuffisance du stationnement. Pour cette raison, si une future coopération est mise en œuvre, il semble pertinent de se limiter à la fourniture et au renouvellement des équipements médicaux, sans construire d'installations.

#### 2) État des activités

Les chiffres relatifs aux patients externes, aux patients hospitalisés, aux interventions chirurgicales et aux examens par département, ainsi que les recettes et les dépenses telles qu'elles figurent dans le rapport annuel 2019, se trouvent dans les tableaux 3-21 à 3-23.

Tableau 3-21 : Chiffres des patients externes

	2017	2018	2019
Patients en première consultation	-	-	-
Patients en reconsultation	58 604	52 322	71 193
Total	58 604	52 322	71 193

Source : Rapport de présentation du rapport de gestion 201

Tableau 3-22 : Chiffres des patients hospitalisés

Elément	2017	2018	2019
Nombre de lits	80	80	80
Nombre de jours de séjour (valeur calculée)	13 952	13 601	13 607
Nombre de patients hospitalisés (valeur calculée)	4 346	4 706	4 708
Nombre moyen de jours de séjour	3,2	2,9	2,9
Taux d'occupation des lits	47,8%	46,6%	46,6%
Nombre de décès	29	24	64
Nombre de maternités	4 301	4 225	4 964
Nombre de césariennes	1 072	969	1 054
Nombre de traitements chirurgicaux	1 409	1 493	2 474

Source : Rapport de présentation du rapport de gestion 2019

Tableau 3-23 : Nombre d'examens

Type d'examen	2017	2018	2019
Nombre d'imageries diagnostiques	18 020	18 312	21 450
Nombre d'examens de laboratoire	38 019	42 767	73 819

Source : Rapport de présentation du rapport de gestion 2019

### 3) Chiffres des recettes et des dépenses

On trouvera dans les tableaux 3-24 et 3-25 les recettes et les dépenses telles que présentées dans le rapport annuel 2019.

Tableau 3-24 : Chiffres des recettes

	2017	2018	2019
(Revenus propres)			
Produits pharmaceutiques	74 476 220	80 522 421	122 542 310
Services	687 559 043	706 699 676	887 193 038
Autres	-	-	-
Petit total	762 035 263	787 222 097	1 009 735 348
(Subventions)			
Subventions gouvernementales	85 367 000	85 367 000	85 397 000
Frais de fonctionnement non rémunérés	-	-	-
Autres	-	-	-
Petit total	85 367 000	85 367 000	85 397 000
Total	847 402 263	872 589 097	1 095 132 348

Tableau 3-25 : Chiffres des dépenses

	2017	2018	2019
Frais de personnels	307 870 725	359 267 719	435 094 647
Dépenses de fonctionnement	408 758 902	457 140 295	517 922 557
Investissements en capitaux	17 929 253	29 070 794	50 900 000
Total	505 997 573	505 997 573	505 997 573

### 4) Dispositif de gestion de la maintenance

Un technicien est affecté au service de maintenance. Ce technicien assure la maintenance de toutes les installations (à l'exception de l'unité de production d'oxygène). Pour l'unité de production d'oxygène, le MSAS a un contrat avec un concessionnaire qui procède directement à des inspections mensuelles régulières et aux réparations nécessaires. Ce technicien n'étant pas un spécialiste des équipements médicaux, il est fait appel à des prestataires extérieurs lorsque cela est nécessaire pour cet équipement. Cela est actuellement possible grâce au petit nombre d'équipements. La maintenance préventive n'est pas suffisamment mise en œuvre.

### 5) Contenu de la requête de l'hôpital

- ✓ Le service de médecine interne étant constitué d'une grande salle, réhabilitation pour en faire un service assurant plus d'intimité.
- ✓ Nécessité d'un bloc opératoire en obstétrique.
- ✓ Réhabilitation du laboratoire et de la salle de radiologie.
- ✓ Introduction de nouveaux équipements médicaux et renouvellement des équipements existants.
- ✓ Les services sont situés dans des bâtiments séparés, reliés par des couloirs, mais du fait de cette structure pavillonnaire, la planification des flux est mauvaise il y a beaucoup de différences de niveau de sol, ce qui est un obstacle en matière de soins et doit faire l'objet d'améliorations.

## (4) Hôpital Youssou Mbargane Diop

### 1) Présentation générale

Il est situé à Rufisque, une banlieue densément peuplée de Dakar. Grâce au tarif peu élevé des hospitalisations, il est apprécié des populations à faible revenu. L'hôpital ayant été créé par changement de statut d'un centre de santé, il a été rénové et agrandi à un certain point, mais il ne parvient pas à satisfaire la demande. C'est un établissement à l'ancienne, de structure pavillonnaire, où les salles de consultation et les services sont installés dans des bâtiments séparés reliés par des couloirs. Avec des bâtiments étroits et beaucoup de différences de niveau de sol, il ne constitue pas un cadre adapté aux soins médicaux, ce qui est problématique. Selon le plan d'arpentage, le site est de forme quasi rectangulaire, s'étendant sur quelque 118 m d'est en ouest et sur quelque 170m du nord au sud, avec une superficie de 1,89ha. Il y a sur le site 18services dans des bâtiments de type pavillonnaire, d'une surface de plancher totale de 4 513m<sup>2</sup> comme indiqué dans le tableau ci-dessous, et certains de ces pavillons sont reliés entre eux par des couloirs, ce qui limite les voies accessibles aux véhicules et induit un manque de places de stationnement. Le coefficient d'emprise au sol est de 24%, ce qui est peu, mais il n'y a pas d'espace pouvant accueillir la construction d'un bâtiment d'une certaine ampleur (voir le document annexe 4). L'équipement médical est vétuste dans son ensemble et a besoin d'être renouvelé dans beaucoup de cas. L'hôpital ne disposant que du strict minimum d'équipements médicaux de base, l'ajout d'autres équipements est d'une grande nécessité.

### 2) État des activités

Les informations sur les chiffres des patients externes, des patients hospitalisés, des interventions chirurgicales par service et des examens n'ayant pu être obtenus dans le rapport annuel 2019, les chiffres des recettes et des dépenses sont présentés dans le tableau 3-26.

Tableau 3-26 : Chiffres des recettes et des dépenses (2019)

Recettes	Dépenses	
(Revenus propres)	Frais de personnels	309 118 910
Produits pharmaceutiques	Dépenses de fonctionnement	196 878 663
Services	Investissements en capitaux	-
Autres	Total	505 997 573
Petit total	484 492 579	
(Subventions)		
Subventions gouvernementales	76 004 000	
Frais de fonctionnement non rémunérés	-	
Autres	10 000 000	
Petit total	86 004 000	
Total	570 496 579	

### 3) Dispositif de gestion de la maintenance

Il n'existe pas de service de maintenance et les pannes sont du ressort du service administratif qui confie les réparations à des prestataires extérieurs. Pour l'unité de production d'oxygène, le MSAS a passé un contrat avec un concessionnaire qui procède directement à des inspections mensuelles régulières et aux réparations nécessaires.

### 4) État de l'aménagement des infrastructures

Afin de répondre à la demande pressante de soins médicaux, de rénover les installations médicales vétustes

et d'améliorer la prestation des services médicaux, l'hôpital envisage actuellement les trois plans de reconstruction suivants:

- ✓ Démantèlement des bâtiments vétustes et construction d'un nouvel hôpital sur le site actuel.
- ✓ Utilisation d'un site totalement différent pour construire un nouvel hôpital.
- ✓ Il existe un terrain vacant limitrophe, situé à l'ouest du site, appartenant à un particulier, dont l'achat est envisagé conjointement avec la commune.

La superficie des bâtiments existants est indiquée dans le tableau 3-27. Le terrain vacant adjacent à l'hôpital, mesuré au ruban d'arpenteur, est en forme rectangulaire de 78m dans l'axe est-ouest et de 250m dans l'axe nord-sud (1,95ha). Il dispose de voies d'accès au nord et au sud, et des espaces de stationnement peuvent également être aménagés. Le problème est qu'il y a trois ou quatre habitations occupées illégalement sur le terrain adjacent le long de la route, et des négociations seront nécessaires, pour décider si ces logements peuvent être démolis, ou si leurs occupants doivent être exclus du site. Ce terrain adjacent était autrefois une mare, que le propriétaire actuel a remblayée pour en faire une parcelle. En l'absence d'informations sur le sol, il est nécessaire d'effectuer un sondage pour étudier le sol d'assise. Quand l'acquisition du site de relocalisation prévu sera achevée, la construction sera possible, mais les choses n'étant pas encore décidées, la construction ne peut être planifiée, pour le moment.

Tableau 3-27 : Superficie des bâtiments

N°	Nom du bâtiment	Superficie (m <sup>2</sup> )
1	Services administratifs	325,3
2	Service de pédiatrie	159,3
3	Pharmacie	344,0
4	Laboratoire et service d'ophtalmologie	365,9
5	Service de chirurgie	393,1
6	Service de consultation obstétricale	251,7
7	Maternité	242,9
8	Service prénatal-postnatal	426,4
9	Service des urgences	127,0
10	Bâtiment des services sociaux et de la salle de réunion	267,4
11	Service de vaccination	125,1
12	Service d'hygiène publique	73,5
13	Service de médecine interne	327,9
14	Service de médecine interne	
15	Morgue	82,5
16	Service de maintenance	64,4
17	Mosquée	56,9
18	Service des urgences (en cours de construction)	880,0
		Total 4 513,2

## 5) Contenu de la requête de l'hôpital

- ✓ Les lits étant disposés dans une grande salle, réhabilitation pour un service assurant plus d'intimité.
- ✓ Accroissement du nombre de lits
- ✓ Introduction de nouveaux équipements médicaux et renouvellement des équipements existants.
- ✓ Les services sont situés dans des bâtiments séparés, reliés par des couloirs, mais à cause de cette structure pavillonnaire, la planification des flux est faible. De plus, les nombreuses différences de niveau de sol constituent un obstacle aux soins, et aux améliorations à apporter à l'ensemble de l'hôpital.

## CHAPITRE4. La lutte contre les MNT au Sénégal et ses enjeux

### 4.1 Maladies cardiovasculaires et diabète

Comme indiqué au chapitre 2, 2.1(2) « Structure des maladies et facteurs de risque », l'incidence de l'HTA est de 29,8% et celle du diabète de 3,4%. Parmi ces cas, selon l'analyse en cascade de la figure 4-1, 25% des personnes à risque d'HTA au Sénégal savent qu'elles sont hypertendues, 7% sont sous traitement, et pour seulement 3% d'entre elles, cette maladie est diagnostiquée, traitée et contrôlée<sup>30</sup>. De même, seules 28% des personnes atteintes de diabète savent qu'elles en sont atteintes, 14% sont sous traitement, et elles ne sont que 11% à être diagnostiquées, traitées et sous contrôle, ces chiffres permettant de comprendre la présence de toutes sortes d'obstacles à l'accès aux services de santé<sup>31</sup>.

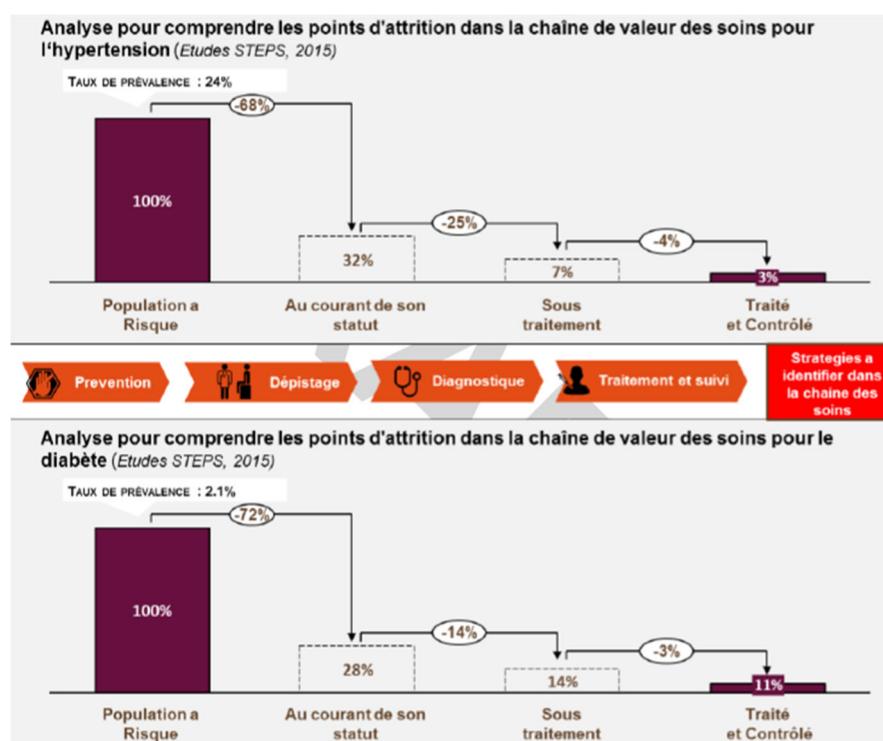


Figure 4-1 : Cascade du continuum de soin de diabète et d'hypertension

Afin d'augmenter la proportion de personnes diagnostiquées, traitées et sous contrôle, il est nécessaire d'analyser à laquelle de ces étapes les patients n'accèdent pas aux services de santé : 1) le dépistage qui est la première étape 2) le taux de consultation initiale qui est la deuxième étape, et 3) les consultations suivies qui sont la troisième étape. Dans le cas du Sénégal, le facteur le plus important d'abandon sans traitement des patients qui ignorent leur état est la première étape du dépistage, un dépistage que 68% des patients hypertendus et 72% des patients diabétiques ratent. Le poste de santé de Ndom (région de Thiès), qui a été visité lors de la première mission au Sénégal, a indiqué que le dernier dépistage qu'il avait réalisé, avec des fonds extraordinaires, datait de 2018, tandis que le poste de santé de Néma (région de Ziguinchor) réalisait un dépistage chaque année sur financement du CDS. Cependant, la couverture est limitée par rapport à la population concernée et, bien que la situation soit différente selon les établissements, il y a un nombre non

<sup>30</sup> Plan opérationnel de lutte contre les maladies cardiovasculaires et métaboliques (2017-2019), ministère de la Santé et de l'Action sociale

<sup>31</sup> Plan opérationnel de lutte contre les maladies cardiovasculaires et métaboliques, 2017-2019

négligeable de zones qui n'ont pas accès au dépistage. La DLMNT elle aussi à l'intention d'intégrer dorénavant le renforcement de l'extension du dépistage dans le Plan accéléré de lutte contre les MNT qu'elle prévoit d'élaborer.

À la deuxième étape, même s'ils sont dépistés et diagnostiqués comme atteints d'HTA ou du diabète, 25% des hypertendus et 14% des diabétiques ne sont pas traités. Cela est dû, pour ce qui est du côté demande, au fait que la proportion des patients souffrant d'HTA ou de diabète, qui présentent peu de symptômes subjectifs, consultant de leur propre initiative dans un établissement médical est généralement plutôt faible, et que, dans beaucoup de cas, ils ne le font que lorsque leurs symptômes s'aggravent, alors qu'il est trop tard. L'hôpital régional de Ziguinchor a rapporté qu'en mai 2021, 10 amputations de membres inférieurs ont été pratiquées sur des patients qui avaient consulté une fois que leur diabète s'était aggravé.

En ce qui concerne la qualité des examens, il a clairement été constaté que les capacités des examens de confirmation du diagnostic n'étaient pas constantes. Selon le médecin en charge du diabète à l'hôpital régional de Saint-Louis, à l'issue d'une enquête sur les causes de la persistance de valeurs anormales d'HbA1C, il est apparu que le laborantin avait dilué la pipette avec une quantité supérieure à la dose requise, ce qui avait affecté les résultats du test. C'est selon ce médecin la raison pour laquelle les tests de confirmation sont parfois sous-traités à des laboratoires privés d'un haut niveau de fiabilité. Bien que le MSAS indique que des contrôles aussi bien internes qu'externes en matière de précision des examens sont réalisés, on ne peut pas dire, en tous cas pour les capacités d'examen en région, que ces contrôles de précision sont mis en œuvre.

De surcroît, il est rapporté que beaucoup de personnes dépistées dans les postes de santé, qui doivent faire confirmer le diagnostic par un médecin du centre de santé, y renoncent parce qu'elles n'ont pas les moyens de payer les 18 000 FCFA nécessaires pour un diagnostic définitif d'HTA.<sup>32</sup> Même si le diagnostic est confirmé par la suite, l'absence de standardisation du traitement et de prescription par les médecins a été pointée du doigt, comme l'une des raisons de l'absence de mise en œuvre du traitement. Grâce à l'initiative de Bamako, des médicaments tels que l'amlopipine et la metformine sont disponibles, même au niveau des postes de santé, mais il est rapporté qu'à cause de l'absence de standardisation du traitement, le problème se pose aussi concernant des médicaments qui, ayant atteint leur date limite de consommation, doivent inéluctablement être jetés. L'opinion a aussi été exprimée que, pour établir les diagnostics d'HTA, les mesures devraient être effectuées non seulement dans les établissements médicaux, mais aussi à domicile. Dans les cas où l'on ne sait pas ce qui, dans les habitudes de vie quotidienne, provoque l'HTA, il arrive que de simples conseils permettent de revenir à une valeur normale. Pour cette raison, il a été souligné qu'il n'est pas toujours juste de tout miser sur le traitement médicamenteux de prévention secondaire.

À la troisième étape, il est clair que, parmi les patients qui ont pu être mis sous traitement, tant l'HTA (4%) que le diabète (3%) sont dans une situation non contrôlée bien que des médicaments aient été administrés. Les médicaments nécessaires évoluent en fonction du stade de l'HTA, mais à l'heure actuelle, en matière d'antihypertenseurs, seuls les traitements sur la base d'un médicament unique sont proposés dans les établissements médicaux, et quand on recourt à une combinaison de deux ou trois médicaments il faut les

---

<sup>32</sup> Les 18 000 CFA se décomposent ainsi : électrocardiogramme (5 000 CFA), créatine (3 000 CFA), anémie (4 000 CFA) et cholestérol (5 000 CFA).

acquérir dans une pharmacie du secteur privé, alors que de nombreux patients n'ont pas les moyens d'acheter ces médicaments qui sont coûteux et ne sont pas couverts par l'assurance. Comme indiqué au chapitre 2, section 2.2, point 2) « Financement de la santé », la prise en charge limitée par l'assurance maladie communautaire des services liés aux maladies chroniques constitue un obstacle majeur à la poursuite du traitement. Quant au diabète, le gouvernement subventionne l'insuline, mais il n'y a pas de subventions pour l'étape précédente du traitement par voie orale, ce qui constitue l'une des raisons d'abandon du traitement par les patients. Il y a également des problèmes en matière d'observance du traitement par les patients, certains d'entre eux, notamment les personnes analphabètes, n'étant pas capables de s'auto-injecter l'insuline. Dans le cas de la Chine, la couverture à 100 % par l'assurance est censée avoir été atteinte en 2009, mais les dépenses des patients externes souffrant de maladies chroniques telles que les MNT qui n'étaient pas couvertes par l'assurance, si bien que le nombre de ménages supportant une charge financière dévastatrice n'a pas diminué après la réalisation de cette couverture à 100%. Cela montre à quel point il importe de subventionner les services liés aux maladies chroniques pour atteindre la couverture universelle des soins de santé.

En cas d'aggravation d'une HTA ou d'un diabète, un traitement par dialyse devient nécessaire. Cependant, à cause d'une offre limitée de ce service, beaucoup de patients sont placés sur des listes d'attente et 75% des patients ayant besoin d'une dialyse décèdent sans avoir bénéficié de ce traitement<sup>33</sup>. Dans certains cas, la présence d'un établissement de santé ne garantit pas la présence d'un service idoine, sachant que même dans les EPS3, la proportion de structures disposant de services de cardiologie, de pneumologie, d'endocrinologie et métabolisme, de gastro-entérologie, etc. se situe entre 30 et 70 %.

#### Problèmes identifiés dans le cadre de l'Enquête

- ✓ Manque de conseils à la population. À cause de cela, consultations trop tardives
- ✓ Manque de budget gouvernemental et de système de gestion pour une extension du dépistage
- ✓ Manque de contrôle de la précision des examens
- ✓ Avec des traitements prescrits qui diffèrent en fonction des médecins, les services relatifs aux MNT ne sont pas standardisés.
- ✓ Manque de dispositif de suivi des patients par les professionnels de santé (y compris les agents de santé communautaires et les associations de patients)
- ✓ Absence de mise en place de services médicaux de haut niveau (notamment en matière de dialyse)

## 4.2 Facteurs de risque direct des MNT

### (1) Contexte des facteurs de risque

Une culture dans laquelle le surpoids est perçu comme un signe de prospérité économique est également pointée du doigt comme l'une des causes de l'obésité, notamment chez certaines femmes<sup>34</sup>. Cette tendance, en général particulièrement marquée dans les pays en développement, a été également constatée au Sénégal

<sup>33</sup> Global Dialysis Perspective : Sénégal (Perspective mondiale de la dialyse : Sénégal) Abdou Niang et Ahmed Tall Lemrabott, KIDNEY360 1:538-540, 2020

<sup>34</sup> OMS, série de rapports techniques. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Genève: Rapport d'une consultation de l'OMS; 2003.

par des études antérieures<sup>35</sup>. Néanmoins bien que l'obésité ( $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ ) soit comprise dans ce pays comme générant le risque de développer des MNT, le surpoids ( $IMC 25-29,9 \text{ kg/m}^2$ ) est considéré comme la morphologie la plus souhaitable socialement. Des entretiens avec des personnes ressources de l'Université de Saint-Louis, qui ont fait état d'une incidence particulièrement élevée de l'HTA et du diabète au Sénégal, ont confirmé que ces facteurs culturels sont les principaux facteurs de risque, un constat également établi dans le cadre de l'Enquête. S'il est important de communiquer sur la dangerosité du surpoids à l'aide de preuves scientifiques et de messages culturellement acceptables, comme il s'agit d'une question touchant également aux valeurs, il faut adopter une approche prudente, notamment en évitant les messages dévalorisant trop la forte corpulence.

## **(2) Changement des habitudes alimentaires**

Les entretiens et les études d'observation montrent également que les habitudes alimentaires générales du temps présent ont largement évolué par rapport à celles des Sénégalais ruraux de quelques générations auparavant. Parmi elles, l'ataya (une petite tasse de thé avec 3 cuillères à café de sucre par tasse = environ 15 grammes), coutume originaire de Mauritanie et qui s'est également imposée au Sénégal, étant pratiquée plusieurs fois par jour, on peut observer que cette coutume à elle seule dépasse déjà la recommandation de l'OMS de 25 grammes de sucre par jour. Par ailleurs, la préparation du plat national sénégalais, le thiéboudienne, fait appel en plus du sel à des quantités considérables de bouillon solide, de sauce soja, d'huile, etc., ce qui augmente probablement la quantité de chlorure de sodium caché, cause d'augmentation de la tension artérielle. Si la cuisine traditionnelle était peu calorique et basée sur les légumes et les céréales, les habitudes alimentaires actuelles, à base de riz importé et de saveurs riches, associées au manque d'exercice, constituent elles aussi un facteur favorisant l'obésité.

## **(3) Manque d'exercice**

En général, les modalités du travail en milieu urbain sont dans beaucoup de cas celles d'un travail de bureau sédentaire, qui induit une tendance au manque d'exercice. Certaines études montrent que les jeunes de Dakar ont tendance à éviter la prise de poids en faisant régulièrement de l'exercice, tandis que les femmes d'un certain âge sont très enclines à réduire autant que possible les activités physiques au quotidien<sup>36</sup>. Une étude sur le terrain dans la région de Saint-Louis a également souligné le fait que, d'une manière générale, cette région subissant fortement l'influence de la Mauritanie, les femmes d'un certain âge ont en général tendance à rejeter l'activité physique. Cependant, il est souligné que cette tendance à prendre du poids en réduisant l'activité physique est également présente chez les femmes d'un certain âge vivant à Dakar<sup>37</sup>. En particulier dans les zones urbaines pauvres, la réussite économique d'un ménage tend à être jugée à l'aune de la prise de poids de la femme, ce qui encourage le manque d'exercice<sup>38</sup>.

<sup>35</sup> Cohen et al. Large Body Size as a Socially Valued Factor Determining Excess Weight and Obesity in the Context of the Nutritional Transition in Senegal (La valorisation sociale de l'embonpoint comme déterminant du surpoids et de l'obésité dans un contexte de transition nutritionnelle au Sénégal) dans Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris - avril 2018 DOI : 10.3166/bmsap-2018-0006

<sup>36</sup>Idem

<sup>37</sup>Emmanuel Cohen et al., Biocultural determinants of overweight and obesity in the context of nutrition transition in Senegal: a holistic anthropological approach (Déterminants bioculturels du surpoids et de l'obésité dans le contexte de la transition nutritionnelle au Sénégal : une approche anthropologique holistique), dans le Journal of Biosocial Science (2019), 51; 4, 469-490

<sup>38</sup>Idem

Problèmes identifiés dans le cadre de l'Enquête

- ✓ Contexte culturel promouvant la surcharge pondérale
- ✓ Habitudes alimentaires induisant des excès de sel, de sucre et d'huile
- ✓ Un mode de vie et un contexte culturel qui facilitent le manque d'exercice

## CHAPITRE5. État de la coopération avec les PTF

### 5.1 État de la coopération avec les différents PTF

Le tableau 5-1 présente les PTF actuellement actifs dans le secteur de la santé au Sénégal qui ont des activités directement liées aux MNT.

**Tableau 5-1 : Activités des PTF dans le domaine desMNT au Sénégal**

Entité	Nature du soutien
OMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien à l'établissement des « Normes et Protocoles de prise en charge de l'Hypertension artérielle et du Diabète selon le WHO PEN »</li> <li>▪ Élaboration, en collaboration avec la DLMNT et le SNEIPS, de supports de sensibilisation relatifs à la COVID-19 et aux MNT</li> <li>▪ L'OMS a développé m-Diabète, un système qui utilise les SMS pour envoyer des messages aux patients. Il est prévu d'étendre maintenant ce système, pour développer le système m-Hypertension.</li> </ul>
Intra Health, Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Initiative Better Hearts Better Cities (BHBC, 2017-2021) : amélioration du traitement de l'hypertension (soins standardisés, développement de systèmes d'amélioration de la qualité), renforcement des soins communautaires, amélioration et renforcement de l'accès aux médicaments de traitement, mise en œuvre à Dakar Ouest de la version pilote d'un programme de lutte contre la tension artérielle sur les lieux de travail. On constatait en septembre 2019 une amélioration substantielle de la proportion de personnes recevant un traitement contre l'HTA après qu'elle a été diagnostiquée, proportion passée à 83% (25 % dans la figure 4-1), ainsi que pour la proportion de personnes dont l'hypertension est contrôlée : 28 % (4 % dans la figure 4-1). Le projet devant se terminer fin 2021, il est envisagé un projet qui prendrait la relais. (financé par la Fondation Novartis). Les zones cibles sont les districts sanitaires Ouest, Nord, Centre, Sud et Guédiawaye de la région de Dakar.</li> </ul>
Agence belge de développement (Enabel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il nous a été indiqué que cette agence ne mène présentement aucune activité relative aux MNT, bien qu'elle ait apporté en 2016 son soutien à l'établissement de protocoles de soins pour les MNT (HTA, diabète, maladies respiratoires chroniques).</li> </ul>
Agence luxembourgeoise pour la coopération au développement (LuxDev)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sa coopération passe principalement par un soutien financier, notamment à l'étude STEPS 2021.</li> <li>▪ Octroi d'équipements de diagnostic et de thérapie du cancer à 75 prestataires de services dans les sept régions cibles de Louga, Saint-Louis, Matam, Dakar, Kaolack, Fatick et Diourbel</li> </ul>
CHAI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Appui à la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles. Notamment, soutien au dépistage du papillomavirus humain à l'aide de la technologie GeneXpert et au renforcement de la prévention du cancer du col de l'utérus dans les régions de Dakar, Thiès et Fatick. Le projet prenant fin en 2021, il est envisagé un projet qui prendrait la relève.</li> </ul>
PATH	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lutte contre l'HTA en collaboration avec les médecins du travail des grandes entreprises privées sénégalaises telles que les Grands Moulins et la SONATEL</li> <li>▪ Healthy Heart Africa (2021-2022) : ce programme a été lancé pour étendre la portée géographique de l'initiative BHBC. La zone cible est constituée de deux districts sanitaires dans la région de Dakar (Guédiawaye et Mbao), un district sanitaire dans la région de Thiès (Mbour) et un autre dans la région de Saint-Louis (Saint-Louis).</li> </ul>
Amref	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Projet Healthy Heart Africa (2020-2023) : renforcement du dépistage et de la prise en charge de la tension artérielle et du diabète s'adressant aux établissements médicaux et aux agents de santé communautaires. La zone cible est constituée de deux districts sanitaires dans la région de Tambacounda (Tambacounda et Koumpentoum) et de deux districts sanitaires dans la région de Kolda (Kolda et Vélingara).</li> <li>▪ Soutien à l'établissement des « Normes et Protocoles de prise en charge de l'Hypertension artérielle et du Diabète selon le WHO PEN »</li> </ul>
ENDA santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en œuvre notamment de tests du VPH dans la région de Ziguinchor</li> </ul>
Novo Nordisk	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien à la mise en œuvre d'un projet ayant pour objectif de renforcer, de 2017 à 2020, les capacités de l'hôpital régional de Kaolack et de l'hôpital de Ndamatou en matière de prise en charge des patients atteints de diabète de type 1 et de type 2</li> </ul>
SOSECAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formation sur la prise en charge de l'HTA dispensée à 25 médecins dans les régions de Louga, Saint-Louis et Matam en février 2020</li> </ul>

Parmi toutes ces initiatives, ce sont les projets IntraHealth et PATH qui, particulièrement actifs sur le terrain, serviront de référence pour la formulation d'un projet sur l'HTA et le diabète, et avec lesquels une collaboration est nécessaire. On trouvera ci-dessous une description détaillée du contenu de leurs activités :

## 1) IntraHealth (USAID)

IntraHealth est au stade final de la mise en œuvre, entre 2017 et 2021, du projet « Better Hearts Better Cities » (BHBC) dans cinq districts sanitaires de Dakar (Dakar Ouest, Dakar Nord, Dakar Centre, Dakar Sud et Guédiawaye). Les principales activités réalisées sont les suivantes : 1)Organisation d'un atelier d'examen des indicateurs en matière de MNT à introduire dans le DHIS2, 2)Organisation de formations à l'intention des médecins généralistes, des infirmier(e)s, des sages-femmes et des équipes cadre de district sur la prise en charge de l'HTA, 3)Renforcement des capacités des personnels de santé communautaire, 4)Mise en œuvre de campagnes de dépistage, etc. En 2019, 14 841 personnes ont été testées, parmi lesquelles 3 986 (27%) souffraient d'HTA. Ensuite, à l'issue d'un renforcement des communautés et des services de santé, en septembre 2019, comme indiqué à la figure 5-1, 83% des patients étaient « sous traitement » et 28% étaient « sous contrôle », ce qui fait montrer d'une amélioration par rapport à la figure 4-1 qui sert de référence. Sachant que le taux de contrôle moyen est de 10% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et de 25% dans les pays à revenu élevé, l'étude montre qu'il est néanmoins possible d'atteindre un taux de contrôle élevé de 28% au Sénégal, un pays dans lequel l'accès aux médicaments et aux personnels médicaux est limité.

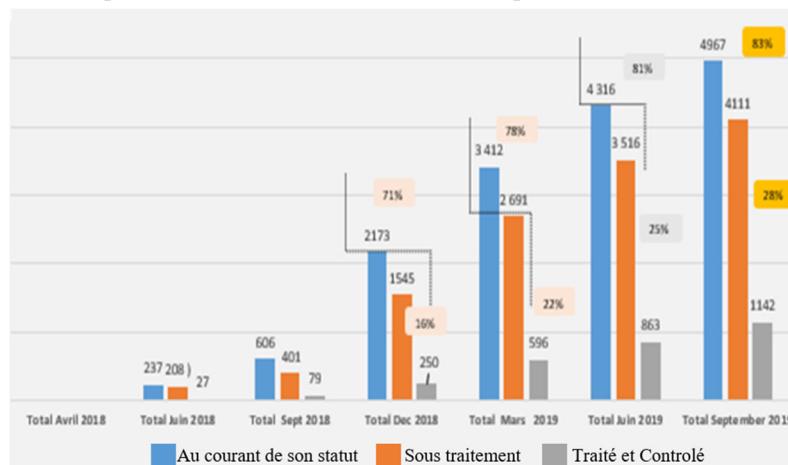


Figure 5-1 : Analyse en cascade de l'HTA après l'intervention du projet BHBC

Le défi à Dakar consiste dorénavant à savoir comment instituer un mécanisme (de contre-référence) en collaborant avec les médecins généralistes et les centres de santé (niveau inférieur), pour alléger la charge de travail concentrée dans les hôpitaux de niveau supérieur, du fait des patients en prévention secondaire, dont le nombre ne cesse de croître au niveau des médecins cardiologues. Par exemple, selon un cardiologue de l'hôpital Youssou Mbaragene Diop, dans les environs de Dakar, couvrant à lui seul une zone comptant 600 000 habitants, si l'identification de patients ignorant les pathologies dont ils souffrent se poursuit à ce rythme, le système implosera dans cette localité. La collaboration avec les centres de santé étant indispensable, il semble que la coopération technique de la JICA pourrait soutenir l'édification de ce modèle de collaboration, en incluant des formations destinées aux médecins généralistes des centres de santé.

Il est, par contre, difficile d'affirmer que des projets similaires peuvent être mis en œuvre dans d'autres régions, comme à Dakar,. Par exemple, la région de Saint-Louis a fait état de difficultés éprouvées pour expliquer les traitements et promouvoir le partage de l'information sanitaire, à travers des activités de sensibilisation visant les populations à faible niveau d'alphabétisation, notamment les pêcheurs. Le taux d'abandon des traitements, lié notamment aux difficultés financières des patients, est lui aussi élevé. Par

ailleurs, la situation actuelle, résultant, entre autres, de la pression exercée par le projet en matière de médicaments essentiels, fait que ceux-ci ont été distribués en priorité à Dakar, et ne sont arrivés dans les régions qu'en quantités limitées au strict minimum. Il est donc important de tenir compte de cette situation différente de celle de Dakar et de se référer aux résultats du projet BHBC lors de la formulation du projet. Les enseignements concrets tirés du projet BHBC sont les suivants :

- ✓ Institutionnalisation des directives et des normes au niveau district
- ✓ Facilitation de la numérisation des données relatives à la pression artérielle.
- ✓ Extension des ressources financières : plaider pour que les collectivités territoriales puissent prendre en charge le budget des activités dans le domaine de la lutte contre l'HTA (importance de l'approche multisectorielle)
- ✓ Demander l'augmentation de l'appui des bailleurs de fonds.
- ✓ Pérennisation de la formation mensuelle des professionnels de santé
- ✓ Poursuite d'un suivi régulier
- ✓ Élaboration d'un plan de pérennisation du projet.
- ✓ Gratuité de la mesure de la pression artérielle et des diagnostics de confirmation pour les populations pauvres
- ✓ Poursuite des activités de sensibilisation et institutionnalisation d'un suivi-évaluation continu

## 2) PATH

Grâce à un appui d'AstraZeneca, qui fournit un vaccin contre la COVID-19, PATH a lancé le projet « Healthy Heart Africa » pour une période de deux ans, à compter de janvier 2021. Ce projet, qui vise à mettre à l'échelle le projet BHBC mis en œuvre jusqu'à présent par IntraHealth, apporte aussi sa contribution dans plusieurs autres pays africains. BHBC prévoit de former des professionnels de la santé et des agents de santé communautaires, et dans le même temps de mener des campagnes de sensibilisation auprès des communautés, ainsi que d'aider à un suivi numérique des dossiers des patients, en développant notamment des e-traceurs. Certains districts des régions de Dakar, Thiès et Saint-Louis étant ciblés par ce projet, il sera indispensable de clarifier avec BHBC la répartition des rôles lors de la sélection des sites d'un futur projet JICA. En même temps, il est nécessaire de partager les informations et de collaborer avec BHBC pour standardiser l'approche à adopter au niveau du MSAS.

Parmi les réalisations antérieures de BHBC figurent l'élaboration de lignes directrices pour l'enseignement des MNT par les enseignants des écoles primaires et la mise en œuvre d'un projet d'amélioration de la gestion de l'HTA sur les lieux de travail, avec un financement de Novartis, exécuté dans le cadre du projet de contrôle de la tension artérielle dans les établissements médicaux cibles du BHBC mentionné ci-dessus, et visant à rehausser le taux de détection et la gestion de l'HTA chez les employés sur leur lieu de travail, tout en améliorant les connaissances sur les maladies cardiovasculaires. Le pourcentage d'employés qui ont commencé un traitement après avoir reçu un diagnostic confirmant une HTA sur leur lieu de travail est passé, en comparant la situation avant et après le démarrage du projet, de 7% à 30%, celui des personnes ayant pu contrôler leur hypertension a également augmenté de 35% à 39%.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Ndione et al. BMC Public Health (2021) 21:1108 <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11109-9> *Fostering cardiovascular health at work - case study from Senegal* (Favoriser la santé cardiovasculaire au travail - étude de cas au Sénégal)

## CHAPITRE6. Possibilités de coopération de la JICA

### 6.1 Problèmes prioritaires au Sénégal

#### 6.1.1 Problèmes identifiés par l'enquête

La DLMNT, créée en 2013, a réalisé sa première enquête STEPS en 2015 et a mis en œuvre une série de politiques et d'interventions dans le cadre du « Plan stratégique de lutte contre les maladies non transmissibles (2017-2020) ». Actuellement, bien que l'incidence et la mortalité des MNT soient élevées, le faible niveau de sensibilisation de la population, les retards dans le dépistage et l'insuffisance des services font que, dans de nombreux cas, des patients qui auraient pu bénéficier de la prévention voient leur maladie s'aggraver. En raison notamment de la pénurie de spécialistes et de leur répartition privilégiant les zones urbaines, ainsi que du manque d'infrastructures et d'équipements, les patients ont tendance à se concentrer dans les principaux hôpitaux où se trouvent les médecins spécialistes, si bien que, pour fournir des services efficaces, de nombreux acteurs ont appelé à une décentralisation rapide vers les établissements médicaux dans lesquels travaillent les médecins généralistes. La promotion de la décentralisation des services MNT profitera également aux personnes en situation de pauvreté qui ne peuvent accéder aux services de santé de niveau supérieur, en raison de la charge financière qu'ils représentent. Les obstacles financiers constituent un défi majeur, empêchant, surtout aux personnes vivant dans la pauvreté, de démarrer et de poursuivre un traitement, car les subventions des traitements tels que l'insuline sont limitées et il est parfois nécessaire de les acheter dans des pharmacies privées, et parce que les patients doivent payer eux-mêmes les mesures de la pression artérielle et les tests de confirmation. Avec la deuxième enquête STEPS et le « Plan accéléré de lutte contre les MNT 2022-2023 » qui fait suite au plan précédent en cours d'élaboration en 2021, les mesures de lutte contre les MNT au Sénégal devraient maintenant passer à la vitesse supérieure. Au niveau des autres bailleurs également, certains pays et certaines ONG se sont lancés dans un soutien fondé sur des financements de grandes firmes pharmaceutiques, mais ce soutien étant de moindre ampleur que celui apporté à la santé maternelle et infantile et au traitement des maladies infectieuses, les attentes sont désormais fortes quant au rôle que pourrait jouer la JICA.. Les problèmes identifiés dans les différentes sections du présent rapport sont présentés dans le tableau 6-1 :

Tableau 6-1 : Récapitulatif des résultats de l'Enquête

Élément	Problème à résoudre	Nécessité d'une coopération technique
Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Retards pris dans l'élaboration d'une « stratégie accélérée de lutte contre les MNT » et d'autres documents stratégiques à partir de 2021, et manque de capacités et de budget pour la mise en œuvre des plans.</li> <li>▪ Faiblesse de l'approche multisectorielle</li> <li>▪ Insuffisance des mesures pour réduire les facteurs de risque</li> <li>▪ Manque de ressources de la DLMNT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien à l'établissement et à la mise en œuvre de documents de stratégie et de planification</li> <li>▪ Renforcement des capacités en matière de planification et de mise en œuvre des politiques/stratégies pour réaliser une diminution des facteurs de risque de MNT et une approche multisectorielle</li> <li>▪ Soutien à des activités permettant de remédier au manque de ressources de la DLMNT (promotion de la programmation, etc.)</li> </ul>

Élément	Problème à résoudre	Nécessité d'une coopération technique
Financement de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un budget mal défini et insuffisant pour la lutte contre les MNT</li> <li>▪ La majorité des Sénégalais issus du secteur informel, qui représente plus de 90 % de la population, n'étant pas assurés, leurs dépenses de santé sont à leur propre charge.</li> <li>▪ Même les personnes assurées, doivent prendre en charge des frais de traitement d'un montant élevé à cause de l'absence de couverture du traitement des MNT par l'assurance maladie communautaire.</li> <li>▪ Il y a des subventions et des mesures de gratuité des services, mais non appliquées à des médicaments et services (diagnostic, traitement) considérés comme d'un haut rapport coût-efficacité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien à une planification permettant de bien définir le budget pour la lutte contre les MNT</li> <li>▪ Amélioration du système d'assurance maladie, des subventions et les services gratuits</li> </ul>
Service de soins médicaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insuffisance de mesures pour les populations qui ont des difficultés à accéder aux soins de santé du fait de la distance physique qui les sépare des structures sanitaires.</li> <li>▪ Financement des formations et du suivi après l'entrée en vigueur des « Normes et Protocoles de prise en charge de l'Hypertension artérielle et du Diabète selon le WHO PEN »</li> <li>▪ Dispositif de mise en œuvre insuffisant pour une sensibilisation régulière à la prévention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien à la mise en place de dispositifs pour la fourniture de services de dépistage aux groupes à haut risque</li> <li>▪ Soutien à la normalisation des soins médicaux par la diffusion de protocoles.</li> <li>▪ Soutien à l'institution d'un dispositif de mise en œuvre permettant de réaliser une sensibilisation régulière à la prévention</li> </ul>
Personnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les médecins généralistes sont déployés conformément aux normes de l'OMS et aux normes nationales, mais leur formation en MNT est insuffisante.</li> <li>▪ Pénurie globale de médecins spécialistes des MNT et répartition inégale, avec une bonne partie d'entre eux concentrée à Dakar</li> <li>▪ Le métier de diététicien, qui devrait jouer un rôle central dans les mesures de prévention des MNT, n'existe pas.</li> <li>▪ Les formations sur les MNT ne sont pas encore dispensées aux personnels de santé communautaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien à des formations pour un renforcement des capacités des professionnels de la santé et des agents de santé communautaires</li> <li>▪ Soutien aux politiques en faveur de la fixation des médecins spécialistes dans les zones rurales</li> <li>▪ Soutien technique pour des activités de sensibilisation nutritionnelle</li> </ul>
Equipements médicaux, produits pharmaceutiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque d'équipement médical, principalement en matière de diagnostic</li> <li>▪ Instabilité de l'approvisionnement en médicaments (problème de stock de médicaments insuffisant conjugué à un problème d'élimination de médicaments non utilisés).</li> <li>▪ Si un médicament n'est pas en stock, les patients sont obligés de l'acquérir à un prix élevé dans des pharmacies privées, ce qui accroît leur charge.</li> <li>▪ Insuffisance du budget pour les médicaments dont la demande augmente à mesure que sont détectés des patients ignorant leur statut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fourniture d'équipements, renforcement des dispositifs de maintenance</li> <li>▪ Soutien à l'amélioration des systèmes de distribution et des dispositifs de gestion, pour une fourniture stable de médicaments à bas prix.</li> </ul>
Informations sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des stratégies et des plans mettant à profit les informations de santé ne sont pas élaborés à cause de l'absence de données les plus récentes sur les MNT.</li> <li>▪ Organisation de formations et de dispositifs de suivi après l'intégration des indicateurs de MNT dans le DHIS2</li> <li>▪ Manque de recherches sur l'impact et les problèmes des programmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien à la mise en œuvre de l'enquête STEPS 2021</li> <li>▪ Renforcement du recours au DHIS2 et du dispositif de suivi</li> </ul>
Situation générale des établissements médicaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les spécialistes ne peuvent pas se concentrer sur le travail initialement prévu en raison d'un système de référence insuffisant, à cause du libre accès</li> <li>▪ Manque de formation des médecins généralistes en MNT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibilisation des patients pour qu'ils respectent le système d'orientation</li> <li>▪ Soutien à la formations des médecins généralistes en MNT</li> </ul>

Élément	Problème à résoudre	Nécessité d'une coopération technique
Lutte contre les MNT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque de conseils à la population. A cause de cela, consultations trop tardives</li> <li>▪ Manque de budget gouvernemental et de système de gestion pour une extension du dépistage</li> <li>▪ Manque de contrôle de la précision des examens</li> <li>▪ Avec des traitements prescrits par les médecins disparates, les services liés aux MNT ne sont pas standardisés.</li> <li>▪ Manque d'un dispositif de suivi des patients par les professionnels de santé (y compris les agents de santé communautaires et les associations de patients)</li> <li>▪ Absence de services médicaux de haut niveau (notamment en matière de dialyse)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Renforcement de la sensibilisation de la population et élaboration d'outils IEC/CCC appropriés</li> <li>▪ Fourniture de services de dépistage à la population</li> <li>▪ Amélioration de la précision des examens</li> <li>▪ Soutien à la mise en œuvre de formations sur les protocoles pour la standardisation des soins médicaux</li> <li>▪ Renforcement du dispositif de suivi des patients</li> <li>▪ Mise en place de soins médicaux avancés</li> </ul>
Facteurs de risque des MNT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contexte culturel promouvant la surcharge pondérale</li> <li>▪ Habitudes alimentaires induisant des excès de sel, de sucre et d'huile</li> <li>▪ Un mode de vie et un contexte culturel qui facilitent le manque d'exercice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Renforcement de la sensibilisation de la population en matière de prévention des MNT</li> </ul>

Comme le montre le tableau 6-1, les problèmes étant nombreux et divers, et couvrant un champ qui ne peut pas être entièrement pris en charge par la coopération technique et la coopération financière non remboursable de la JICA, il faut, comme préconisé dans le plaidoyer auquel se livre principalement la DLMNT, davantage d'acteurs et de financements pour les résoudre. Parmi ces problèmes, quatre goulots d'étranglement majeurs peuvent être envisagés :

Le premier goulot d'étranglement est le manque de capacités de mise en œuvre des directives et protocoles existants sur le terrain. Les directives et les protocoles auront beau être établis, sans formation pour informer toutes les personnes concernées du contenu de ces documents et les mettre en œuvre, sans un encadrement et une supervision réguliers, et sans un mécanisme de suivi pour en évaluer les effets, ils ne déboucheront pas sur des traitements efficaces à un stade précoce. Il est nécessaire d'établir un mécanisme pour réaliser ce processus de façon régulière. Le projet BHBC a par ailleurs indiqué qu'à mesure que les activités sont lancées sur orbite, il devient possible de se faire une idée de la quantité de médicaments nécessaires, ce qui permet un approvisionnement stable en médicaments.

Le deuxième goulot d'étranglement est celui de la mise à l'échelle du dépistage pour une détection précoce. Actuellement, le principal problème est qu'il qu'il n'y a pratiquement pas de dépistage précoce, ce qui explique que les diagnostics sont tardifs et la détection ne se fait qu'à un stade où les complications se sont développées. Il est aussi possible d'élargir le dépistage en impliquant les agents de santé communautaires. Les outils suivants de prévention au niveau communautaire de l'HTA et de l'hyperglycémie sont déjà établis : 1) cahier de l'agent de santé communautaire sur la prévention de l'hypertension artérielle et du diabète, et 2) directives à l'intention des formateurs chargés de la formation des agents de santé communautaires à la prévention de l'HTA et du diabète. Néanmoins, en raison de l'absence de formation, le dépistage recourant aux agents communautaires n'a été en l'état présent mis en œuvre que dans le cadre de projets.

Le troisième goulot d'étranglement est celui de l'incapacité à utiliser l'information sanitaire. Depuis l'enquête STEPS de 2015, pratiquement aucun indicateur de MNT n'a été collecté. En outre, les données de l'enquête STEPS 2015 par région n'ayant pas été conservées, il n'est pas possible à l'heure actuelle de planifier des

mesures spécifiques locales. Au niveau du terrain également, de nombreuses voix se sont élevées pour indiquer qu'il y a de nombreux patients atteints de MNT, mais qu'en l'absence d'indicateurs en matière de MNT, il n'est pas possible d'initier des mesures efficaces.

Le quatrième goulot d'étranglement est l'absence de démarche en vue de la réduction des facteurs de risque communs aux MNT. Il s'agit du manque de sensibilisation de la population à la prévention et de l'absence de conseils aux patients atteints de MNT, portant notamment sur les dangers d'un contexte culturel dans lequel le surpoids est toléré, ainsi que les habitudes alimentaires et l'exercice physique. Si la prévention secondaire et les soins médicaux tertiaires ne sont pas mis en œuvre une fois ces objectifs atteints, il sera impossible de faire face à l'augmentation constante du nombre de patients, tandis que la charge financière pesant sur le Gouvernement s'alourdira également.

### **6.1.2 Demande du Gouvernement sénégalais**

L'équipe de cette enquête a discuté avec la DLMNT sur la demande du Gouvernement sénégalais. Les points prioritaires de cette demande sont les suivantes.

- ✓ Elaboration et diffusion de documents politiques de prévention et de prise en charge de l'HTA du diabète et du cancer du col de l'utérus
- ✓ Renforcement des compétences des prestataires (publics et privés) et des acteurs communautaires sur l'HTA et le diabète
- ✓ Disponibilité des médicaments contre l'HTA et le diabète
- ✓ Renforcement du système de suivi des perdus de vue
- ✓ Sensibilisation et dépistage sur l'HTA et le diabète par le niveau communautaire
- ✓ Suivi et analyse des données HTA et diabète
- ✓ Gestion des équipements (maintenance)
- ✓ Formation du projet qui prend en compte les résultats des projets précédents

### **6.2 Défis dans le domaine des MNT et pertinence globale du projet**

Comme indiqué au chapitre 1, section 1.3.2(1) « MNT cibles », la prévalence des facteurs de risque générés par les MNT et la mortalité qu'ils induisent étant en hausse au Sénégal, ils exercent une charge de morbidité importante en milieu urbain comme en milieu rural. Il est à prévoir qu'avec l'augmentation du taux de vieillissement, la charge déjà croissante des MNT sur l'ensemble de la société s'alourdisse de plus en plus. Les causes de l'accroissement au Sénégal de MNT telles que les maladies cardiaques ou le diabète, qui ne se limitent pas aux causes associées à l'urbanisation et aux changements de mode de vie, mais incluent également des causes culturelles de tolérance du surpoids, connaissent également une croissance rapide en milieu rural. Les MNT nécessitent dans beaucoup de cas un traitement chronique, induisant souvent une charge financière accrue pour les patients. La poursuite prévisible de cette augmentation de la charge des MNT entraîne l'exigence d'une offre de services de soins de santé fondés sur une collaboration entre les établissements médicaux à tous les niveaux, de la prévention de la maladie à son traitement à un stade précoce, en passant par sa détection précoce.

Les hôpitaux universitaires, qui sont des hôpitaux de niveau 3, sont censés fournir des soins médicaux de haut niveau, mais les hôpitaux capables de fournir ces soins avancés sont concentrés à Dakar. Dans ce contexte, le Gouvernement sénégalais prévoit donc de faire passer des hôpitaux de niveau 2 situés dans les régions au

statut d'hôpitaux de niveau 3. Dans ces hôpitaux, il est actuellement difficile de fournir des services appropriés aux patients, notamment en raison de la congestion due à l'afflux de patients, de la vétusté des installations et des équipements, et du manque de matériel. Face à cela, il importe, également dans une perspective de lutte contre les MNT, d'améliorer la qualité des services en faisant passer au niveau supérieur les hôpitaux des régions autres que Dakar et en leur octroyant les équipements médicaux nécessaires, d'une façon conforme au plan gouvernemental de passage des hôpitaux du statut d'EPS2 à celui d'EPS3. Du point de vue de l'enseignement médical, renforcer les hôpitaux universitaires contribuera également à la formation d'excellents professionnels de la santé.

Les hôpitaux de niveau 2 (hôpitaux régionaux) ou 1 (hôpitaux de district) existent dans les différentes régions, dans lesquelles ils jouent un rôle important en termes d'accueil des patients atteints d'affections légères à modérées. En particulier, un hôpital de niveau 1 situé dans la banlieue de Dakar, qui a fait l'objet d'une requête de coopération financière non remboursable, connaît une demande croissante dans les domaines liés aux MNT à cause de la croissance de la population urbaine, principalement chez les personnes en situation de pauvreté. Cependant, comme ces hôpitaux étaient à l'origine des centres de santé qui sont passés au statut d'hôpital, la disposition des services, les espaces, etc., ne sont pas appropriés pour un hôpital. En outre, la vétusté des installations et des équipements, ainsi que le manque de fournitures, rendent difficile la fourniture de services médicaux appropriés aux patients qui sont principalement des personnes en situation de pauvreté de la banlieue de Dakar. En conséquence, à l'avenir, un soutien apporté à ces hôpitaux contribuera à améliorer l'accès des populations urbaines, notamment les groupes vulnérables, aux services de soins de santé.

Les centres de santé et les postes de santé jouent un rôle important dans la prévention des MNT et dans les mesures de prévention secondaire, mais, ils se sont jusqu'à présent principalement concentrés sur l'offre de services dans le domaine de la santé maternelle et infantile, et il est actuellement difficile d'affirmer qu'ils pratiquent la lutte contre les MNT de façon systématique. Le projet de coopération technique envisagé contribuera à renforcer le dispositif et les capacités en matière de prestation de services efficaces et efficaces, mis en œuvre conformément aux directives, en collaboration avec les établissements de santé de tous les niveaux où sont fournis des services de prévention secondaire dans le domaine des MNT. Étant donné que les seuls médecins permanents travaillant dans les centres de santé sont des généralistes, et que les médecins spécialistes ne sont affectés de manière permanente aux hôpitaux que dans le cadre de la coopération technique, une collaboration étroite, notamment avec les hôpitaux faisant l'objet d'une coopération financière non remboursable, sera probablement nécessaire. (Sachant qu'il est prévu, conformément aux directives qui vont être déployées, de mettre au clair les responsabilités de chaque niveau en matière de mesures de prévention secondaire, il faudra se conformer à cela.)

De cette façon, le projet de coopération technique et les hôpitaux bénéficiant d'une aide financière non remboursable contribueront, en fournissant les traitements médicamenteux nécessaires à la prévention secondaire des complications dues à l'HTA et au diabète, et, dans le même temps, pour les patients chez qui ces complications ont fini par se déclarer, à réduire le taux de mortalité en rendant possible la prestation de diagnostics et de traitements appropriés, grâce à des équipements médicaux et des installations fournis à travers l'aide financière non remboursable.

### **6.3 Délimitation du champ des MNT ciblées par le projet de coopération technique**

Les MNT citées comme faisant partie du champ de l'Enquête sont 1) l'HTA, 2) le diabète, 3) le cancer (cancer du sein, cancer du col de l'utérus), et 4) les maladies respiratoires chroniques, telles que l'asthme et la BPCO, mais compte tenu de l'étendue de ce champ, et d'autres raisons de se limiter à un champ pouvant être couvert par la coopération technique de la JICA, il est encore nécessaire de restreindre davantage le champ d'application. Les raisons pour lesquelles il a été considéré que l'HTA et le diabète constituent un champ pertinent pour servir de cible à un projet sont les suivantes :

#### **1) HTA**

L'HTA présentant la plus forte prévalence parmi les MNT au Sénégal, et la mortalité qui lui est associée étant également la plus forte ces dernières années, elle est considérée comme hautement prioritaire par le MSAS. Elle fait pour cette raison l'objet d'un soutien de la part des projets d'autres bailleurs. Mettant à profit l'expérience acquise avec ces projets, le MSAS s'efforce également de créer un mécanisme permettant d'enraciner institutionnellement le paramétrage d'indicateurs en matière de MNT, la prise en charge des dépenses de fonctionnement et des médicaments essentiels nécessaires aux projets, etc. Le nombre de médecins cardiologues est insuffisant au niveau national, mais à Dakar, beaucoup d'hôpitaux de niveau 1 ou supérieur en disposent, et même dans les zones rurales, en l'état actuel, les hôpitaux de niveau 2 et 3 en disposent. Il a été également constaté que des cardiologues effectuent des missions de consultation plusieurs fois par semaine dans les centres de santé de niveau inférieur. Les choses devraient être organisées de manière à ce que les patients hypertendus de faible niveau de gravité soient suivis par des médecins généralistes et des infirmières, et qu'une diffusion plus large soit également prévue, à travers ces interventions. Le diagnostic initial se faisant à l'aide de sphygmomanomètres, les postes de santé et les centres de santé devront désormais en acquérir, mais, au moins au niveau des hôpitaux, ces appareils sont déjà disponibles. Pour ce qui est des médicaments de base, l'étude réalisée dans le cadre de l'Enquête, de l'état de la distribution d'antihypertenseurs (de quatre types) dans huit établissements de santé a indiqué que trois sur ces quatre types de médicaments étaient disponibles en permanence. Ils sont également couverts par l'initiative gouvernementale de subvention des médicaments de Bamako, ce qui permet de les acquérir à un prix relativement abordable, même pour les patients qui ne bénéficient pas d'une assurance. Pour ces raisons, les bases de la prise en charge de l'HTA étant bien établies, elle est proposée comme maladie cible d'un projet de coopération technique.

#### **2) Diabète**

Le diabète, à en juger par sa prévalence, se situe à un niveau bien inférieur à celui de l'HTA, mais son taux d'augmentation dans le classement des décès dus à des complications est élevé, et devrait faire l'objet d'une lutte en perpétuelle croissance. En outre, les facteurs de risque étant les mêmes que ceux de l'hypertension, le MSAS souhaite également s'attaquer simultanément au diabète et à l'hypertension. Les « Normes et protocoles PEN de l'OMS pour la prise en charge de l'hypertension et du diabète », qui seront désormais utilisés au niveau national, traitent également l'hypertension et le diabète dans leur ensemble, et du point de vue de l'efficacité de la lutte contre ces maladies dans leur ensemble, partant de l'idée qu'il est préférable d'intégrer au maximum

les projets spécifiques à l'une ou l'autre des maladies, il est pertinent de mener un projet de lutte simultanée contre l'hypertension et le diabète. La présence de diabétologues étant clairement limitée par rapport au nombre de cardiologues sur le terrain, la planification de la lutte contre le diabète se concentre sur la formation des médecins généralistes. Lors de la vérification de l'état de la disponibilité des médicaments (de trois types) nécessaires au contrôle du diabète dans les huit établissements de santé visités, il a été signalé qu'ils étaient disponibles, aucun établissement de santé ne signalant aucune disponibilité. En 2013, il a été signalé que la metformine n'était disponible qu'à 11 %, mais par rapport à cette époque, les résultats de la présente enquête montrent que la situation s'est améliorée. Il a été constaté que les subventions gouvernementales de l'insuline ont également augmenté, passant d'environ 50 millions de yens par an à partir de 2002 à un montant annuel variant entre 60 et 100 millions de yens aujourd'hui. Comme les pharmacies privées sont toujours approvisionnées à 100%, il est devenu normal pour les patients d'acheter les médicaments dans ces pharmacies privées, lorsqu'ils ne sont pas fournis par l'État. Dans les hôpitaux en région, même si la qualité des diagnostics de confirmation (HbA1C) peut encore être améliorée, un approvisionnement stable en lecteurs et en bandelettes nécessaires à la mesure simplifiée de la glycémie a été constaté dans tous les établissements de santé lors de la présente enquête. Par conséquent, bien que des actions de sensibilisation et des améliorations soient encore nécessaires pour un meilleur accès des pauvres aux médicaments contre le diabète, nous pensons que les conditions minimales pour la mise en œuvre d'un projet de coopération technique de la JICA sur le diabète sont également remplies.

### **3) Cancers (cancer du sein, cancer du col de l'utérus)**

Selon les estimations de l'OMS, au Sénégal, le taux de prévalence du cancer dans son ensemble (6%) est nettement inférieur à celui des maladies cardiovasculaires, qui est de 17%. Cependant, même si leur prévalence est faible, la lutte contre le cancer du sein et du col de l'utérus fait l'objet d'un engagement fort de la part du gouvernement et des autres bailleurs de fonds. Dans cette enquête, il a été constaté que la palpation des seins est pratiquée dans toutes les structures de santé, mais que seulement la moitié de ces structures proposent l'inspection visuelle du col de l'utérus (IVA/IVL). Une nouvelle méthode de diagnostic, le test de papillomavirus humain (PVH), est actuellement expérimentée par l'initiative CHAI, mais en raison du coût élevé de ce test et de la charge excessive du matériel médical utilisé (GeneXpart), la question d'un impact négatif sur le contrôle des maladies infectieuses est également soulevée. A moins qu'un budget récurrent ne soit assuré, cette nouvelle méthode de diagnostic sera difficile à introduire. En ce qui concerne les méthodes de traitement, bien que l'introduction de la cryothérapie (thérapie par le froid, congélation à l'azote liquide) ait commencé au Sénégal, l'OMS recommande actuellement la RAD (technique de biopsie conique à haute fréquence) comme premier choix. Ainsi, dans le cas du cancer du col de l'utérus, étant donné que les méthodes de diagnostic et de traitement sont influencées par les innovations technologiques et que la nature des interventions continuera d'évoluer, un système pouvant être déployé à grande échelle n'est pas encore au point, et il devrait être difficile d'assurer la durabilité d'un projet de la JICA en termes de compatibilité à ce stade..

### **4) Maladies respiratoires chroniques (asthme et BPCO)**

Il a été constaté que les quatre maladies que sont l'hypertension, le diabète, l'asthme et la BPCO font l'objet

de directives intégrées pour une mise en œuvre au niveau des soins de santé primaires, et qu'un plan opérationnel en matière de maladies respiratoires chroniques est élaboré, mais dans la réalité, le déploiement de ces mesures liées aux maladies respiratoires chroniques n'a pas progressé à cause du manque de budget et de bras. Il a été également rapporté que les soutiens de la part des bailleurs sont insuffisants. Le fait qu'il n'y a que 27 médecins pneumologues dans l'ensemble du Sénégal, parmi lesquels 24 concentrés à Dakar, et seulement un à Saint-Louis, à Thiès et à Ziguinchor, est également considéré comme une raison majeure du retard dans le déploiement des directives.

#### **6.4 Proposition d'appui dans le cadre logique du projet de coopération technique**

Les propositions du cadre logique du projet de coopération technique suivantes ont été élaborées au cours de la deuxième mission au Sénégal, en accord avec les parties concernées, notamment la DLMNT. Les indicateurs au point « (7) Indicateurs » sont une proposition de l'équipe d'enquête, car il n'y a pas eu d'accord sur ce point. La décision relative aux régions cibles sera prise à une date ultérieure, à l'issue de discussions futures entre la JICA et le MSAS.

##### **(1) Aperçu du projet de coopération technique**

- Nom de projet : Projet de Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles au Sénégal
- Durée du projet : 2022~2027 (5 ans)
- Site d'intervention : Le choix des régions cibles sera décidé par la JICA et le MSAS
- Bénéficiaires directs : MSAS, ECR, ECD, Structures sanitaires, Agents de santé communautaire
- Bénéficiaires indirects : Populations des régions cibles

##### **(2) Objectif général**

Diminuer les complications liées à l'HTA et au diabète dans les régions cibles

##### **(3) Objectif spécifique**

Renforcer les prestations de services de prévention et de prise en charge de l'HTA et du diabète pour leur détection précoce, leur traitement et leur contrôle dans les régions cibles

##### **(4) Résultats**

1. La capacité des prestataires et des agents de santé communautaire à effectuer le dépistage, le diagnostic et la prise en charge est renforcée
2. Le suivi et l'évaluation de la lutte contre l'HTA et le diabète sont renforcés
3. Les connaissances sanitaires des patients concernant les MNT et la sensibilisation à l'autogestion de la santé sont améliorées
4. La gouvernance des MNT est améliorée pour des mesures efficaces et durables contre les MNT

##### **(5) Activités**

- 1-1** Mener une enquête sur les besoins en renforcement des capacités (Ressources Humaines et équipements) pour le contrôle de l'HTA et du diabète et sélectionner le domaine de renforcement des capacités à mettre en œuvre dans le projet
- 1-2** Analyser les besoins en équipement et en renforcement des capacités de contrôle de l'HTA et du diabète et sélectionner le domaine de renforcement des capacités
- 1-3** Elaborer un plan de renforcement des capacités des prestataires et des agents de santé communautaires
- 1-4** Mettre en œuvre le plan de renforcement des capacités
- 1-5** Évaluer l'état d'avancement de la mise en œuvre, partager les meilleures pratiques, réviser le

prochain plan

- 2-1 Assurer la collecte, l'analyse et la surveillance des données MNT intégrées dans le DHIS2
  - 2-2 Renforcer et superviser les prestataires à la gestion et à l'utilisation des données
  - 2-3 Évaluer l'état de suivi de l'information sanitaire et réviser le système d'évaluation (revue des performances et de la qualité des données MNT)
- 3-1 Consolider la stratégie de communication l'IEC/CCC HTA/diabète et des effets actuels de l'IEC/CCC
  - 3-2 Réviser les outils et supports de communication IEC/CCC sur l'HTA et le diabète sur la base de la politique formulée dans l'activité 3-1
  - 3-3 Appuyer la promotion de la mise en œuvre des stratégies et approches IEC/CCC (appuyer la production et diffusion de supports de communication, renforcer les compétences des professionnels de santé en communication, les stratégies de communication pour améliorer le taux de participation au dépistage, etc.)
  - 3-4 Mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation surtout à l'occasion de la Journée mondiale de l'HTA et de la Journée mondiale du diabète
  - 3-5 Évaluer l'état de mise en œuvre et réviser le prochain plan
- 4-1 Effectuer le diagnostic organisationnel et institutionnel du management des MNT
  - 4-2 Élaborer des mesures d'amélioration de la gouvernance par des mesures efficaces et durables de lutte contre les MNT sur la base des résultats de 4-1
  - 4-3 Mettre en œuvre et surveiller les mesures d'amélioration de la gouvernance

## (6) Intrants :

Partie japonaise

- Envoi d'experts (Conseiller principal/ Mesures de lutte contre les MNT, Prévention secondaire des MNT, Suivi et évaluation, Communication et Sensibilisation, Coordination opérationnelle et gestion de la formation)
- Budget pour les activités du projet
- Fourniture d'équipements
- Formation au Japon et dans des pays tiers

Partie sénégalaise

- Mobilisation des ressources humaines :
  - Directeur du projet : Directeur Général de la Santé Publique du MSAS
  - Chef du projet : Directeur de la Lutte contre la Maladie
  - Point focal : Chef de Division de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
  - RM/DS/ Hôpital
  - Université (Président de la Société Sénégalaise de Cardiologie ,Professeur titulaire de Chaire de Chirurgie/ cardiologie /diabète etc.)
- Mise à disposition de bureau pour le projet
- Prise en charge des Coûts de main d'œuvre correspondants
- Prise en charge des coûts des services publics dans les bureaux de projet et les sites d'activité

## (7) Indicateurs

On trouvera dans le tableau 6-2 des exemples d'indicateurs proposés par l'équipe de l'Enquête (il n'y avait pas assez de temps pendant l'enquête pour discuter des indicateurs avec la partie sénégalaise). En ce qui concerne les indicateurs de l'objectif général, si l'intégration dans la plateforme DHIS2 des indicateurs en matière de MNT dans laquelle s'est présentement engagée la DLMNT progresse, ces indicateurs pourront être utilisés. Cependant, le renforcement du DHIS2 étant lui-même mis en œuvre dans le cadre du résultat 3, il se peut qu'il soit difficile de recourir à ces indicateurs pour la période de référence. Dans ce cas, il faudra envisager d'utiliser les données de l'enquête STEPS qui doit être réalisée en 2021 ou de faire en sorte que le

projet collecte par lui-même des indicateurs.

Tableau 6-2 : Exemples d'indicateurs proposés

	Exemple d'indicateur
Objectif général	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'incidence des complications associées à l'hypertension artérielle (par exemple, insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique, maladie rénale, AVC, rétinopathie hypertensive) et des complications associées au diabète (par exemple : lésions du membre inférieur, rétinopathie diabétique, néphropathie, syndrome hyperglycémique hyperosmolaire, acidocétose diabétique, autres complications) diminue dans la zone cible du Projet.</li> </ul>
Objectif spécifique du Projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans les établissements médicaux de la zone cible du Projet, le taux de contrôle de la maladie pour les patients hypertendus et les patients diabétiques s'accroît de XX% par rapport à la période de référence.</li> </ul>
Résultat 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le taux de participation des professionnels de santé et des agents de santé communautaires de la zone cible aux formations atteint 80 % à l'horizon 2024.</li> <li>▪ Les évaluations de suivi post-formation atteignent un score moyen d'au moins XX points.</li> </ul>
Résultat 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le taux de complétude des saisies mensuelles effectuées par les établissements de santé de la zone cible dans le DHIS2 dépasse XX%.</li> <li>▪ Dans la zone cible, des évaluations des performances et des audits de la qualité des données sont réalisés au moins une fois par an.</li> <li>▪ Des plans sont élaborés sur la base d'analyses du DHIS2 réalisées par la DLMNT et les régions et districts sanitaires de la zone cible.</li> </ul>
Résultat 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les supports d'IEC/CCC en matière d'HTA et de diabète sont révisés.</li> <li>▪ Des activités de sensibilisation recourant aux supports d'IEC/CCC révisés sont réalisées au moins XX fois dans la zone cible.</li> </ul>
Résultat 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un document d'analyse des enjeux de gouvernance en matière de MNT est élaboré.</li> <li>▪ Parmi les activités prévues dans ce document d'analyse, XX activités sont réalisées.</li> </ul>

#### 6.4.1 Nécessité des résultats et des activités

##### 1) Renforcement des capacités des professionnels de santé et des agents de santé communautaires pour améliorer la qualité des services de santé liés aux MNT

La nécessité d'un renforcement continu des capacités des professionnels de santé en matière de MNT a été soulignée par les acteurs à divers niveaux. Afin de standardiser les prescriptions et les pratiques médicales qui varient d'un médecin à l'autre, nous proposons d'étudier le contenu de ces prescriptions et pratiques médicales au niveau national, aussi bien qu'au niveau du terrain, et, après avoir identifié les domaines souffrant d'insuffisances, d'apporter un soutien à l'établissement et à la mise en œuvre de plans de formation. Un besoin en matière de formation sur les « Normes et Protocoles de prise en charge de l'Hypertension artérielle et du Diabète selon le WHO PEN », actuellement en cours de finalisation, a également été exprimé et il faudra décider du contenu de cette formation sur la base d'une bonne coordination, avec l'OMS également. Ce besoin doit être vérifié pour chaque site, mais comme la formation des médecins spécialistes dans les hôpitaux semble relativement avancée, la formation, au niveau inférieur, sur les protocoles à l'intention des médecins généralistes dans les centres de santé et des infirmiers dans les postes de santé est désormais considérée comme une nécessité, et le renforcement des capacités par le biais d'opportunités de partage d'expériences entre professionnels de la santé est également une possibilité. Beaucoup d'acteurs ont également indiqué que le renforcement des capacités des agents de santé communautaires est important pour la prévention primaire et secondaire. Sachant que de nombreux patients tombent dans des formes graves de ces maladies à cause d'une prise en charge tardive, il importe que les agents communautaires sensibilisent régulièrement la population, encouragent les consultations auprès des services médicaux ainsi que l'observance des traitements prescrits. Les besoins en matière de soutien à des formations aux outils de prévention de l'HTA et de l'hyperglycémie au niveau communautaire déjà établis (1) cahier de l'agent de santé communautaire sur la prévention de

l'hypertension artérielle et du diabète, et 2) Directives à l'intention des formateurs chargés de la formation des agents de santé communautaires à la prévention de l'hypertension artérielle et du diabète) sont eux aussi élevés.

## **2) Renforcement du dispositif de suivi-évaluation**

Le renforcement de l'information sanitaire est un problème à résoudre, car beaucoup d'acteurs à tous les niveaux signalent que sans les capacités d'utilisation de l'informations sanitaire, les mesures de lutte idoines ne sont pas mises en œuvre. La DLMNT procède actuellement à l'intégration dans le DHIS2 d'indicateurs MNT. L'exploitation devant démarrer d'ici la fin de l'année, nous proposons d'apporter un soutien à l'ancrage des collectes et des analyses dans le cadre du DHIS2, et de procéder à un renforcement des capacités des professionnels de santé en matière de gestion et d'utilisation des données. Des indicateurs ont déjà été élaborés pour effectuer le suivi de la réalisation des objectifs fixés dans le cadre de la lutte contre les MNT, mais, le MSAS prévoyant d'introduire un éventail plutôt large d'indicateurs MNT, il est à prévoir que leur implantation prendra du temps. Il faudra dorénavant, à mesure que progressera la mise en place, vérifier l'état du déploiement tout en étant attentif à la situation en termes de charge supplémentaire exercée sur le terrain, qui n'a déjà pas le temps d'analyser ne serait-ce que les indicateurs actuels. Il est également envisagé que, selon les circonstances, après que l'enquête STEPS aura identifié de façon certaine les indicateurs qui peuvent n'être collectés qu'à long terme, soient faites des propositions réalistes pour réduire le nombre d'indicateurs collectés de façon routinière en se limitant à des indicateurs plus soigneusement sélectionnés, mais ces mesures doivent être prises à la lumière de l'état futur de mise en œuvre.

De plus, à l'heure actuelle, les indicateurs du DHIS2 se limitent aux informations épidémiologiques, et d'autres indicateurs nécessaires à la gestion de la lutte contre les MNT n'ont pas encore été mis au point. Quand ces indicateurs à réaliser dans le cadre de la lutte contre les MNT seront établis, il faudra aussi que le projet mette au point des indicateurs permettant de vérifier si la supervision et l'encadrement par les régions médicales et les services centraux du ministère sont effectués de manière régulière, et que ces indicateurs soient intégrés dans le système en tant qu'outils de suivi durable.

## **3) Amélioration des connaissances sanitaires des patients concernant les MNT**

En général, les personnes ayant de faibles connaissances en matière de santé ont une forte tendance à ne pas utiliser les services de prévention, et leurs maladies chroniques sont difficiles à contrôler. C'est pourquoi on considère que les connaissances sanitaires de la population exercent aussi un impact important sur la prévention et le contrôle des MNT. Un interrogatoire médical soigneux donne la possibilité de mieux comprendre l'environnement de vie des patients, et permet à ceux-ci de fournir des informations plus précises, mais ce processus se termine bien souvent par une simple offre unilatérale de conseils par le prestataire de soins. Lorsque cette posture se transforme en un travail commun aux patients et aux prestataires de soins, des patients auparavant passifs en viennent à faire preuve de plus de volontarisme dans la gestion de leur santé. Ceci favorise également une autonomisation de ces patients, qui se mettent à prendre leurs médicaments et à subir leurs examens de routine avec régularité. L'amélioration des connaissances sanitaires se révèle donc une condition indispensable au contrôle efficace des MNT. La communication au moyen d'images efficaces est

aussi un moyen essentiel d'amélioration des connaissances sanitaires des patients. Le médecin responsable du diabète à l'hôpital régional de Saint-Louis a indiqué « avoir du mal à communiquer avec les patients d'un faible niveau d'instruction». Une brochure confectionnée à l'intention des diabétiques existe déjà, mais son message, quant aux actions concrètes attendues du, passe difficilement. Au Sénégal aussi, l'élaboration de matériel d'IEC facilement compréhensible contribuera à l'autonomisation des personnes ayant un faible niveau d'alphabetisation et souffrant de MNT. La mise en place de formations sur ce sujet est possible dans le cadre des formations pour les prestataires de soins de santé du Résultat 2. Pour améliorer également le taux de participation au dépistage, il faudra désormais que des messages soigneusement conçus soient délivrés par des personnes ayant une forte influence. La proposition ici est de confirmer d'abord la stratégie de communication globale nécessaire à la prévention secondaire et son état de mise en œuvre, puis d'identifier les domaines présentant les plus grandes lacunes, et enfin de soutenir la mise en œuvre de cette communication dans une région pilote. Les campagnes de sensibilisation à l'occasion de la Journée mondiale de l'hypertension et de la Journée mondiale du diabète seront également soutenues. Il s'agira également d'une activité de sensibilisation de la population générale à l'hypertension, au diabète et aux facteurs de risque communs à ces deux maladies, et la participation à une campagne nationale de grande envergure sera également une bonne occasion de communication pour faire connaître la coopération de la JICA à un large public. Ces activités étant des activités de prévention primaire, il est donc proposé de les introduire uniquement dans le projet..

#### **4) Renforcement de la gouvernance**

En donnant un rôle central à la DLMNT établie en 2013, le MSAS a tenté d'améliorer la gouvernance pour la lutte contre les MNT, à travers l'élaboration d'un document de stratégie, de protocoles, d'un comité multisectoriel, etc. Des défis existent néanmoins : coordination interne au ministère, coordination avec les autres ministères et administrations, coordination avec le niveau central, les régions et les districts de santé, coopération avec les hôpitaux du secteur privé, etc. Par ailleurs, la DLMNT vise une programmation, et présente de forts besoins de soutien pour sa réorganisation après l'approbation des programmes. Étant donné l'impossibilité de juger, à l'heure actuelle, des besoins d'amélioration de la gouvernance qui seront fortement prioritaires au moment du démarrage du projet, il est proposé ici de définir le contenu de l'appui après avoir analysé les défis à travers l'Activité 4-1, puis examiné soigneusement les ressources du projet, les résultats, les besoins du gouvernement sénégalais, etc. Il y aura avant tout un dialogue politique aux niveaux supérieurs du gouvernement pour s'assurer que les services nécessaires aux mesures de prévention secondaire de l'hypertension et du diabète sont inclus dans les services gratuits. Ensuite, les enseignements tirés des projets antérieurs d'autres PTF mentionnent également la « promotion de la gratuité des tests de tension artérielle et du diagnostic de confirmation pour les pauvres ». Dans la mesure où le ciblage des pauvres s'accompagnerait de nombreuses difficultés de mise en œuvre, un accès gratuit pour l'ensemble de la population serait souhaitable, comme pour les traitements de dialyse. De leur côté, l'ANACMU et les autorités régionales doivent également s'engager stratégiquement dans la mobilisation, la participation à ces activités, etc. On rapporte que c'est également sous la pression des fonds mondiaux que l'ANACMU a étendu la couverture d'assurance aux services aux patients atteints du VIH/SIDA.

#### 6.4.2 Évaluation des 6 éléments du CAD de l'OCDE

La proposition de projet présentée en « 6.2.1 Projet de coopération technique » a été évaluée au moyen des 6 éléments du CAD, ainsi qu’indiqué au tableau 6-3.

Tableau 6-3 : Évaluation des 6 éléments du CAD

Elément	Evaluation
Pertinence	<p><b>1) Pertinence de la mise en œuvre de l'appui (besoins de développement)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'OMS estime que les MNT comptent pour 42% du nombre total des décès au Sénégal, et le renforcement de la lutte contre ces maladies est un problème pressant.</li> <li>■ Le gouvernement sénégalais prévoit qu'avec l'augmentation démographique future, le taux de prévalence et le taux de mortalité des patients atteints de MNT augmenteront, et le PNDSS 2019-2028 spécifie comme ci-dessous les actions qui seront concrètement menées. Au titre de la Ligne d'action 41, il énonce une stratégie de renforcement de la prévention secondaire couvrant aussi les MNT, à travers la promotion du dépistage, qui permettra de promouvoir une détection précoce et une prise en charge efficace. Le PNDS considère ici nécessaire de conduire initialement l'élaboration de normes et le développement de protocoles pour le dépistage des MNT en prenant aussi en considération le niveau communautaire. Il projette d'intégrer le dépistage précoce des MNT dans les services de santé de routine. La prise en charge effective est ici prévue à travers la mise à jour et l'application des protocoles, la prise en charge précoce, l'éducation des patients, le renforcement des fonctions de laboratoire et de l'imagerie de diagnostic, et la promotion des méthodes de diagnostic rapide. Le PNDS énonce aussi, au titre de la Ligne d'action 46, « La prévention, le diagnostic précoce, la prise en charge appropriée, le suivi et l'évaluation des interventions, et la recherche opérationnelle en matière de MNT. » C'est ainsi que le MSAS positionne désormais clairement la promotion de la prévention secondaire des MNT en tant que domaine prioritaire à long terme.</li> <li>■ Le deuxième comité national multisectoriel s'est tenu en décembre 2020 (fréquence semestrielle) : le renforcement de la lutte contre les MNT progresse encore, avec la création d'une feuille de route future, et l'établissement d'un comité de suivi pour vérifier tous les trois mois son avancement.</li> <li>■ Le MSAS prévoit de conduire la lutte contre les MNT dans le cadre du PNDSS 2019-2028 : il a mis en œuvre une étude STEPS en 2021, évalué la « stratégie de lutte contre les MNT 2017-2020 » existante, et élaboré sur cette base une nouvelle stratégie en la matière.</li> </ul> <p><b>2) Accent mis sur les bénéficiaires, considération pour les personnes vulnérables et équité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La promotion du dépistage précoce et de la prise en charge précoce des MNT allégera le fardeau économique pour les personnes appartenant au secteur informel, qui représente 90% de la population.</li> <li>■ L'accès des personnes vulnérables aux services MNT devrait s'améliorer à travers le renforcement de la gouvernance, l'amélioration de l'accès aux médicaments, l'élargissement des aides financières à la prise en charge de ces maladies, etc.</li> </ul> <p><b>3) Plan du projet, adéquation de la logique de l'approche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dans le cadre des projets de l'Amref et du PATH en cours d'exécution, des politiques en matière de protocoles, des outils pour les ressources humaines de santé communautaires, etc., sont élaborés avec les services responsables des MNT, et seront adoptés par le présent projet.</li> </ul>
Cohérence	<p><b>1) Cohérence avec les principes de coopération au développement du gouvernement japonais et de la JICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La santé et l'hygiène sont également citées comme domaines prioritaires dans « L'amélioration des services sociaux de base » des « Directives consacrés à l'aide par pays - République du Sénégal » du Ministère des Affaires étrangères du Japon.</li> </ul> <p><b>2) Effets synergiques avec les autres projets de la JICA (coopération technique, prêts de politique de développement, aide sous forme de dons, etc.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La compatibilité du présent projet avec les autres projets est forte, car celui-ci renforce l'élaboration des plans, les informations de santé et les communautés en matière de lutte contre les MNT, en venant se placer sur la plateforme du système de santé établie à travers le « Guide d'utilisation des outils de planification du MSAS », le « Manuel de formation des formateurs du DHIS2 » et le « Manuel de gestion des comités de développement sanitaire », dont la JICA a soutenu l'élaboration et les stages dans le « Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé au Sénégal (PARSS) Phase 2 ». </li> <li>■ Le « Projet de Renforcement des Capacités du Système d'Assurance Maladie Communautaire et des Initiatives de Gratuité des Soins de Santé (Dooleel CMU) » renforce les mutuelles de santé qui gèrent l'assurance des communautés pour le secteur informel, et renforce le système de soins médicaux gratuits pour les dialysés et les personnes âgées. Des effets synergiques avec le présent projet peuvent être attendus, en raison de l'allégement de la charge financière pour les patients dans le cadre de la lutte contre les MNT.</li> </ul>

Elément	Evaluation
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Au sujet du « Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PRESSMN) Phase 3 », les « Normes et protocoles des services pour l'HTA et le diabète conformes au PEN de l'OMS » mentionnent les méthodes de prise en charge de l'HTA chez les femmes enceintes, et de prise en charge des femmes enceintes ou parturientes diabétiques. Par conséquent, une coordination avec le domaine de la santé maternelle et infantile sera également indispensable.</li> <li>■ Un projet d'aide sous forme de don est actuellement en cours de planification pour les services généraux de médecine interne (y compris diabète, cardiologie, pneumologie, néphrologie, cancérologie, etc.) de l'hôpital régional de Thiès, prévu pour être mis au niveau EPS3. Un effet synergique peut y être attendu, puisqu'il s'agira d'un établissement de référence pour les soins médicaux de niveau primaire et secondaire, que le présent projet renforce.</li> </ul> <p><b>3) Complémentarité mutuelle adéquate avec le soutien des autres projets japonais et des organismes de coopération au développement, cadres internationaux (cohérence avec les objectifs internationaux, initiatives et normes)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le « Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 » met en avant une réduction de 25% du risque de mortalité précoce due aux MNT d'ici 2025. La lutte contre les MNT est donc un objectif de santé mondial.</li> </ul>
Efficacité	<p><b>1) Degré d'atteinte des niveaux visés dans les plans annuels d'efficacité attendue du projet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ D'après les résultats de l'analyse en cascade, on compte parmi la population à risque 3% de patients qui contrôlent leur pression artérielle, et 11% qui contrôlent leur diabète, soit un niveau assez faible en dehors des régions cibles du projet. Dans ces circonstances, il est efficace de fixer comme objectifs du projet que le taux de dépistage précoce soit relevé, les traitements débutés et les valeurs anormales contrôlées.</li> <li>■ Dans le projet Better Hearts, Better Cities, la proportion des patients qui contrôlent leur hypertension artérielle est montée à 28%, malgré le caractère limité des ressources humaines et des médicaments utilisés. Il est ainsi suggéré que la mise en œuvre du présent projet pourrait permettre d'atteindre un certain niveau de résultats.</li> <li>■ Dans un contexte de non-disponibilité des données statistiques, l'atteinte des objectifs du projet est possible à travers le renforcement des capacités des ressources humaines de santé du Résultat 1, le renforcement du système de suivi du Résultat 2, et la création d'un système capable d'apporter des améliorations face aux défis.</li> </ul>
Efficience	<p><b>1) Comparaison entre le plan des intrants pour le projet, le plan de durée/des coûts du projet, et les résultats du projet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Étant donné que les protocoles et les outils nécessaires à la formation sont déjà présents, la mise en œuvre du Résultat 1 sera possible en utilisant ceux-ci. Il en est de même en matière de ressources humaines, car des protocoles ont été élaborés afin de permettre une prise en charge avec les ressources humaines déjà existantes. Des intrants seront nécessaires en raison de l'insuffisance des sphygmomanomètres, glucomètres, balances, appareils d'imagerie de diagnostic, échographes et outils de sensibilisation.</li> <li>■ Le Résultat 2 ayant déjà été établi, il ne nécessitera pas de nouveaux intrants, puisqu'il s'agira uniquement de soutenir la résolution des défis lors de la future mise en œuvre, et de soutenir la recherche du système à adopter pour pouvoir mettre à profit les données récoltées.</li> <li>■ Le Résultat 3 demandera de renforcer les activités de sensibilisation et le dépistage en conformité avec « la stratégie et le plan de communication ». On devrait voir la mise en œuvre d'activités de sensibilisation dans les communautés, grâce au renforcement des capacités des ressources humaines de santé communautaires ainsi qu'à l'élaboration des outils IEC/CCC, à travers le Résultat 1. L'un des défis sera ici la méthode d'obtention du budget du dépistage. Étant donné qu'il existe aussi de bonnes pratiques – dans les postes de santé de la région de Ziguinchor, par exemple, la tension artérielle et la glycémie sont mesurées chaque année avec les fonds du comité de développement sanitaire –, la mise en œuvre du dépistage avec les ressources actuellement présentes sera possible en se référant à ces exemples.</li> <li>■ Le Résultat 4 fera l'objet d'un triage à travers une étude d'élaboration détaillée, en raison de la diversité du domaine couvert, et les défis de gouvernance seront d'abord analysés à travers l'activité 4-1. Après avoir examiné par ces moyens les méthodes d'intervention du projet, une amélioration efficace de la gouvernance pourra être menée.</li> </ul>
Impact	<p><b>1) Etat d'apparition des effets positifs et négatifs indirects/à long terme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les perspectives d'atteinte de l'objectif général du projet sont fortes, puisque la hausse du taux de dépistage précoce, le début des prises en charge et l'augmentation des patients pouvant contrôler les valeurs anormales, qui sont les objectifs du projet, permettront de réduire le taux de mortalité précoce et d'atténuer les cas d'aggravation.</li> <li>■ Il sera possible à de nombreuses personnes de bénéficier des services, car le projet vise la création d'un mécanisme prenant en considération les personnes socialement vulnérables.</li> </ul>
Durabilité	<p><b>1) Confirmer les perspectives de durabilité des effets apparus en raison du projet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'augmentation des montants des budgets sera désormais garantie, du fait que les services responsables des MNT feront l'objet d'une programmation.</li> <li>■ Les activités du projet sont possibles à travers une utilisation efficace des ressources</li> </ul>

Elément	Evaluation
	<p>humaines et budgets existants. Elles pourront donc être poursuivies y compris après l'achèvement du projet, même si par exemple leur volume baisse légèrement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sept homologues ont été affectés à la DLMNT, et un personnel dédié a été affecté au suivi et à l'évaluation. C'est un système de personnel assez généreux en comparaison avec les services responsables des MNT dans les autres pays. Ce système de personnel du MSAS peut être qualifié de condition préliminaire à la durabilité des activités du projet, et la condition préliminaire à la durabilité du projet peut ainsi être considérée comme déjà présente avant son démarrage.</li> <li>■ Des membres de sociétés savantes sur le diabète et de sociétés savantes de cardiologie, actuellement en fonction dans les universités et centres hospitaliers universitaires, contribuent activement aux formations en étroite collaboration avec le MSAS. La durabilité du projet est garantie du fait qu'il est mené tout en impliquant ces ressources humaines.</li> </ul>

#### 6.4.3 Prochaines questions à examiner

La mise en œuvre d'une étude d'élaboration détaillée est désormais prévue afin de finaliser le cadre logique du projet. Les points suivants devront être pris en considération à cette occasion.

##### (1) Confirmation de l'état des programmes de lutte contre les MNT du gouvernement sénégalais et de l'état d'avancement des autres efforts

Au Sénégal, différents projets pilotes et de nouvelles initiatives sont en cours de mise en œuvre, notamment l'élaboration de politiques sur les MNT. Ces actions étant développées à court terme, il est possible que certains défis et mesures de réponse qui ont été confirmés dans le présent rapport ne soient plus adéquats au moment du démarrage du projet. Par conséquent, lors de l'étude d'élaboration détaillée, de nouvelles concertations détaillées avec la DLMNT seront nécessaires sur le contenu du projet, après avoir confirmé l'avancement des actions précitées. Les conditions d'avancement du déploiement du PEN de l'OMS devront en particulier être bien analysées, non seulement au Sénégal, mais aussi dans les autres pays en voie de développement, avant de les refléter dans le contenu du projet technique de la JICA. Même si les méthodes d'évaluation des risques du PEN diffèrent en fonction des pays, elles sont en général complexes, et ne se réduisent pas à de simples mesures de la glycémie et de la pression artérielle. C'est ainsi que dans de nombreux cas, beaucoup de temps est nécessaire pour que les prestataires de soins soient capables de mettre en œuvre ces méthodes de façon sûre. Une fois par an, l'OMS réunit des pays à revenu faible et intermédiaire mettant en œuvre le PEN, pour conduire avec eux un atelier régional où ils confirment mutuellement son état d'avancement. Quand de telles opportunités sont activement mises à profit pour collecter au préalable des informations sur les types de défis communs, spécifiques à ces pays, qui seraient susceptibles d'apparaître, il devient possible de se préparer aux problèmes pouvant se présenter à l'avenir. Vu que l'introduction du PEN apporte des transformations significatives aux systèmes de santé, tous les pays l'adoptent de manière improvisée, en répétant les échecs. Parmi les exemples de défis qui accompagnent son élargissement, on pourra citer celui du stockage de médicaments, dans les cas où l'espace devient insuffisant.

##### (2) Vérification de l'état d'avancement du projet d'aide financière non remboursable

La zone d'intervention du projet d'aide financière non remboursable sera désormais déterminée de façon définitive, et l'état de la prévention secondaire de l'HTA et du diabète dans ses hôpitaux cibles devra être confirmé de façon plus détaillée. L'idéal serait, si possible, de mettre en œuvre la coopération technique de la JICA dans la même zone, mais le site du projet de coopération technique devra être déterminé après avoir

confirmé l'absence de doubles emplois par rapport aux régions d'intervention des PTF (Healthy Heart Africa en particulier), et en cas de double emploi, il faudra vérifier une éventuelle complémentarité entre les activités.

### **(3) Définition du contenu des activités**

Le contenu du présent projet proposé par la JICA est extrêmement large, car le domaine des MNT au Sénégal présente de nombreux défis, et bénéficie d'un engagement limité de la part des PTF. Au moment de finaliser la conception de ce projet, la cohérence entre ses objectifs et ses résultats devra être clarifiée sur la base des éléments probants obtenus jusqu'à présent, et les résultats, la révision et la définition du contenu des activités devront être étudiés pour atteindre les objectifs sur une période et avec des moyens humains limités. Si des effets synergiques des activités sont visés dans le domaine des MNT en général, notamment en vérifiant si le projet couvre bien les activités considérées comme efficaces pour la réalisation de l'objectif global à long terme, voire si ces activités sont bien coordonnées avec les PTF, les résultats apparaîtront mieux à travers l'impact qui sera noté sur la population. Il est également nécessaire que les régions cibles, les groupes cibles directs et les structures sanitaires cibles soient sélectionnés en fonction de la zone cible. Si le médecin cardiologue responsable de la prévention secondaire se trouve dans un EPS1, les structures sanitaires cibles du projet seront l'EPS1 et les centres de santé et postes de santé qui sont dans une relation de référence avec lui dans le même district. Dans le cas des zones rurales, un médecin cardiologue n'est affecté qu'à l'EPS2, voire à l'EPS3. Par conséquent, on pourra étudier l'hôpital où ce cardiologue est affecté en tant que structure cible du projet, ainsi que les centres de santé et postes de santé du même district.

### **(4) Possibilité de mise en œuvre d'autres projets de coopération technique de la JICA**

Il faudra maintenant attendre un certain temps pour que la situation de la COVID-19 soit maîtrisée. Dans ce contexte, l'une des possibilités envisageables serait de renforcer au titre du projet les domaines communs aux MNT et aux mesures de lutte contre la COVID-19. Il faudrait, par exemple, bien noter que les médecins pneumologues jouent aussi un rôle important dans la lutte contre la COVID-19, notamment à travers le contrôle post-COVID-19 qu'ils effectueront. Un médecin pneumologue de l'hôpital régional de Saint-Louis a indiqué qu'il est en contact avec un hôpital en France, pour suivre une formation en ligne sur le suivi post-COVID-19. La possibilité qu'a ce médecin spécialiste de mettre à jour sur le Web les capacités dont il aura besoin à l'étape post-COVID-19 nous a suggéré qu'en utilisant aussi des fonctions de traduction et d'interprétation, des médecins spécialistes en poste dans des hôpitaux de zones rurales pourraient être connectés avec des médecins japonais, qui leur délivreraient des formations similaires à celles effectuées auprès d'hôpitaux français. Sans se limiter à la pneumologie, l'amélioration des techniques de diagnostic de laboratoire dans les hôpitaux ruraux correspond aussi à un domaine commun aux MNT et à la lutte contre la COVID-19. Il a été confirmé que le mécanisme de gestion de la précision d'analyse était fragile dans les laboratoires des hôpitaux ruraux de la région de Saint-Louis, avec également la possibilité d'un impact éventuel sur la précision des analyses de confirmation liées aux MNT. Avec la propagation de la COVID-19 dans les zones rurales, le rôle des laboratoires dans ces zones devient également de plus en plus important. Il s'agit donc d'un domaine où le renforcement des capacités sera nécessaire, y compris à moyen et long termes, même si ceci n'a pas fait l'objet d'une requête directe.

## 6.5 Proposition de projet d'aide financière non remboursable

Une possibilité de mise en œuvre du projet d'aide financière non remboursable a été confirmée dans quatre hôpitaux cibles. Dans ce cadre, la disponibilité de terrains vacants, qui est la condition pour la construction de structures, est déjà confirmée pour l'hôpital régional de Thiès et l'hôpital régional de Ziguinchor, ce qui suggère une forte probabilité d'un démarrage imminent de l'aide. Les hôpitaux Roi Baudouin et Youssou Mbargane Diop sont des EPS1 faciles d'accès pour les pauvres des environs de Dakar, et à ce titre, il serait important de les soutenir à long terme, mais la probabilité d'une aide diligente semble faible, car le terrain libre nécessaire à la construction n'est pas encore disponible. Les grandes lignes de chaque projet sont présentées ci-dessous.

### (1) Hôpital régional de Thiès

#### 1) Objectifs du projet du présent paquet de coopération

Il s'agit d'un hôpital de type urbain, dont les bâtiments sont encombrés par les patients et leurs accompagnants, en raison de l'étroitesse des services de consultation et de l'exiguïté des salles d'attente. Un nouveau pavillon de consultation sera construit pour atténuer cet état d'encombrement. Les fonctions destinées à assurer les soins de cardiologie et de diabète, pour lesquels les activités de consultation sont actuellement insuffisantes, seront incluses dans ce pavillon. Ceci allégera les flux de circulation, car les bâtiments de l'hôpital sont tous construits sous forme de pavillons reliés les uns aux autres par des couloirs. Le parking est caractérisé par son étroitesse, et l'insuffisance de son nombre de places pourrait devenir sérieuse, en cas d'augmentation du nombre de patients. Les considérations nécessaires doivent donc être apportées afin de rendre possible l'élargissement du parking à travers une réorganisation des bâtiments.

#### 2) Contenu des installations/de l'équipement du paquet de coopération

On proposera ici la construction d'installations de consultation composées de: ① consultation de médecine générale, consultation tête et cou, consultations spécialisées, IRM et service d'hospitalisation (construction à deux niveaux, 1 926 m<sup>2</sup>, structure en béton armé) ; ② installations communes à la consultation de médecine générale, à la consultation tête et cou, aux consultations spécialisées, à l'IRM et au service d'hospitalisation (1 800 m<sup>2</sup>, structure en béton armé) ; ③ installations techniques (200 m<sup>2</sup> structure en béton armé). Un calcul estimatif a été réalisé concernant l'équipement envisagé dans chacun des services de consultation (tableau 6-4).

Tableau 6-4 : Installations de consultation et équipements envisagés

Services de consultation	Nom des salles	Surface (m <sup>2</sup> )	Équipement	Quantité
1. Consultation externe				
(1) Réception, enregistrement	Réception, enregistrement	18	Etagère	12
	Stockage des dossiers médicaux	36		
(2) Médecine générale				
1) Médecine interne :2 salles	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	2
			Table d'examen	2
			Lampe d'examen	2

Services de consultation	Nom des salles	Surface (m <sup>2</sup> )	Équipement	Quantité
2) Dermatologie : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	2
			Table d'examen	2
			Lampe d'examen	2
3) Diabète : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	2
			Table d'examen	2
			Lampe d'examen	2
4) Cardiologie : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	1
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	1
			Table d'examen	1
			Lampe d'examen	1
5) Pneumologie : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	2
			Table d'examen	2
			Lampe d'examen	2
6) Néphrologie : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	2
			Table d'examen	2
			Lampe d'examen	2
7) Oncologie : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	2
			Table d'examen	2
			Lampe d'examen	2
(3) Consultation externe spécialisée				
1) ORL : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
	Salle de consultation 2	18	Unité de diagnostic, ORL	2
2) Ophtalmologie : 3 salles	Salle de consultation 1	18	Unité de diagnostic ophtalmologique	2
	Salle de consultation 2	18	Lampe à fente	2
	Salle de consultation 3	18	Autoréfractomètre	1
			Jeu de lentilles d'essai	1
			Jeu de test de vue	1
			Jeu d'instruments, microchirurgie	1
3) Neurologie : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Tonomètre	1
	Salle de consultation 2	18		
4) Chirurgie maxillo-faciale : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	2
			Table d'examen	2
			Lampe d'examen	2
5) Stomatologie : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	1
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	1
			Unité dentaire	1
			Radiographie panoramique	1
6) Urologie	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	2
			Table d'examen	2
			Lampe d'examen	2
7) Chirurgie abdominal	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	1
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	1
			Table d'examen	1
			Lampe d'examen	1

Services de consultation	Nom des salles	Surface (m <sup>2</sup> )	Équipement	Quantité
<b>2. Radiologie</b>				
(1) IRM	Accueil	18		
	Magasin équipement médical	18		
	IRM	54	IRM 1,5 T	1
	Salle de l'opérateur	9		
	Local des machines	9		
<b>3. Salles d'examen maladies cardiaques</b>				
Réception, stockage de l'équipement	Réception, stockage de l'équipement	72		
(1) ECG	Salle d'ECG	18	ECG	1
(2) Salle d'ECG d'effort	Salle d'ECG d'effort	18	Électrocardiogramme d'effort	1
(3) Échographie	Salle d'échographie	18	Appareil de diagnostic par échographie, doppler	1
4. Pharmacie	Ordonnances	18	Etagère	10
	Emballage des médicaments	18		
	Stockage de pharmacie	36		
5. Salles de séminaires : 2	Salle de séminaire 1	36	Table et chaise	50
	Salle de séminaire 2	72	Écran	4
6. Lits d'hospitalisation (hommes et femmes séparés)	(Pour femmes)			
	6 lits/salle : 6 salles 36 lits	216	Lit de patient avec armoire de chevet et table de lit	36
	2 lits/salle : 6 salles 12 lits	216	Lit de patient avec armoire de chevet et table de lit	12
	1 lit/salle : 2 salles 2 lits	36	Lit de patient avec armoire de chevet et table de lit	2
	(Pour hommes)			
	6 lits/salle : 6 salles 36 lits	216	Lit de patient avec armoire de chevet et table de lit	36
	2 lits/salle : 6 salles 12 lits	216	Lit de patient avec armoire de chevet et table de lit	12
	1 lit/salle : 2 salles 2 lits	36	Lit de patient avec armoire de chevet et table de lit	2
7. Parties communes (bureaux, couloirs, rampes, escaliers, ascenseurs, plafond cathédrale - lumière/aération, toilettes, salle du personnel, stockages, etc.)		1800		
8. Locaux techniques (château d'eau, local pompe, réservoir de réception d'eau, local générateur, réservoir à carburant, local transformateur)		200		
Surface totale (m <sup>2</sup> )		3 926		

### 3) Nécessité et pertinence de la coopération

Une offre de soins avancés est attendue de ce centre hospitalier universitaire qui est un EPS3, et au Sénégal, les hôpitaux capables d'offrir ce type de soins sont concentrés à Dakar. C'est pourquoi le gouvernement sénégalais projette de mettre au niveau ESP3 les ESP2 se trouvant dans les zones rurales, sur la base du « Plan de développement de la carte sanitaire (PDCS) 2019-2023 ». Ces hôpitaux, y compris l'hôpital cible, ont des difficultés à offrir des services médicaux adéquats aux patients, en raison de l'encombrement dû à ces patients, de la vétusté des installations et équipements, et de l'insuffisance de ces équipements. Au Sénégal, où la prévalence de l'HTA en particulier a atteint un niveau sérieux dans les zones rurales, il est important que la qualité des services soit améliorée aussi dans les régions autres que Dakar, à travers la mise à niveau des hôpitaux et la fourniture de l'équipement nécessaire, aussi bien dans une optique de lutte contre les MNT, que pour rendre plus équitable un accès aux soins géographiquement biaisé en faveur de la capitale. De même, sous l'angle de l'enseignement médical, le renforcement du centre hospitalier universitaire contribuera, à

l'avenir, à la production d'excellents prestataires de soins spécialisés. La région de Thiès, que cible ce projet, reçoit aussi la visite de patients venus des autres régions environnantes, Saint-Louis, Louga, Diourbel, Fatick, etc., et du point de vue géographique, le projet permettrait aussi l'offre de soins médicaux tertiaires aux populations un vaste rayon. Un soutien apporté à travers un projet d'aide sous forme de don de la JICA serait d'une grande pertinence, compte tenu, entre autres raisons, de ce large rayon que couvriraient ses effets bénéfiques. En outre, vu que l'hôpital cible du don fonctionne aussi comme hôpital de référence pour les patients atteints de MNT graves, ceci contribuera aussi à réduire le nombre de décès chez ceux d'entre eux qui développent des complications dues à l'HTA ou au diabète.

#### **4) Possibilités de collaboration avec la coopération technique**

Il est prévu que le projet de coopération technique envisagé soutienne le système d'offre de services et le renforcement de ses capacités, tout en collaborant avec les structures sanitaires de tous les niveaux, dans les districts cibles du projet où les services de prévention secondaire sont offerts pour l'HTA et le diabète. Même si les rôles assignés à chaque niveau devront désormais être confirmés dans les directives à déployer, le projet de coopération technique devra lui aussi être conduit en étroite collaboration avec les hôpitaux où des médecins spécialistes sont en poste en permanence, et offre, par conséquent, de fortes possibilités de collaboration avec l'hôpital bénéficiaire de l'aide sous forme de don.

#### **5) Organismes d'exécution du projet**

Le MSAS et l'hôpital régional de Thiès

#### **6) Principaux indicateurs**

- Indicateurs quantitatifs : le nombre de clichés d'IRM est supérieur à xxx clichés/mois ; le nombre d'ECG est supérieur à xxx ECG/mois ; le nombre d'examens par ultrasons est supérieur à xxx examens/mois ; le nombre de patients ambulatoires est supérieur à xxx personnes/mois (on supposera ici que les nombres xxx respectifs seront fixés lors de l'élaboration du plan détaillé).
- Indicateurs quantitatifs : l'encombrement par les patients ambulatoires est atténué, la charge pour les prestataires de soins ambulatoires est atténuée.

#### **7) Points importants**

L'eau de ville étant à forte dureté, elle devra être utilisée dans les installations et les appareils après traitement d'adoucissement. Les capacités actuelles de maintenance des installations et des appareils médicaux devront être améliorées. L'espace destiné à la construction se trouve à l'intérieur de l'hôpital. La consommation d'eau, la consommation électrique, le volume d'eau rejeté, etc., devront être à nouveau vérifiés pour l'exécution.

### **(2) Hôpital régional de Ziguinchor**

#### **1) Objectifs du projet du présent paquet de coopération**

Cet hôpital ne souffre pas d'un encombrement particulier. En revanche, à l'exception du service des urgences nouvellement installé et d'un pavillon nouvellement construit (fonctionnant aussi en partie comme une salle de consultations externes), beaucoup des installations existantes sont d'une vétusté telle qu'elles nécessitent une réfection voire une reconstruction. De nombreuses fissures y apparaissent à cause d'une médiocre finition

au mortier des bâtiments, et en raison de la mauvaise qualité de la peinture, beaucoup de surfaces murales noircissent sous l'effet du mois. La lumière naturelle ne pénètre pas à l'intérieur des installations et les appareils d'éclairage y sont détériorés, ce qui se traduit par une obscurité inimaginable pour un établissement de santé, et un état d'insalubrité. Un nouveau pavillon de consultation sera construit pour améliorer cette situation. Les fonctions destinées à assurer les soins de diabète et de dermatologie, pour lesquels les activités de consultation sont actuellement insuffisantes, seront incluses dans ce pavillon de consultation. Cet établissement est aussi l'hôpital d'enseignement de l'université de Ziguinchor, et nécessite de nouveaux appareils médicaux et des salles de séminaires pour la formation, etc. Cette situation sera améliorée.

## 2) Contenu des installations/de l'équipement du paquet de coopération

On proposera ici la construction d'installations de consultation consistant en : 1) service de consultation externe spécialisée, analyses médicales/laboratoire, bloc opératoire, unité de soins intensifs, salle centrale de stérilisation, radiologie, pharmacie et service d'hospitalisation (construction à deux niveaux, 2 376 m<sup>2</sup>, structure en béton armé) ; 2) installations communes (2 500 m<sup>2</sup>, structure en béton armé) ; ③installations techniques (200 m<sup>2</sup> structure en béton armé). Un calcul estimatif a été réalisé concernant l'équipement envisagé dans chaque service de consultation (tableau 6-5).

Tableau 6-5 : Installations de consultation et équipements envisagés

Service de consultation	Nom des salles	Surface (m <sup>2</sup> )	Équipement	Quantité
<b>1. Service de consultation externe spécialisée</b>				
(1) CDH (centre diabète/HTA)	Réception, enregistrement	18	Étagère	6
	Stockage des dossiers médicaux	72	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
	Salle de consultation	54	Visionneuse de film radiographique	2
			Table d'examen	2
			Lampe d'examen	2
(2) Maladies cardiaques : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	2
			Table d'examen	2
			Lampe d'examen	2
(3) Néphrologie : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	2
			Table d'examen	2
			Lampe d'examen	2
(4) Diabète : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	2
			Table d'examen	2
			Lampe d'examen	2
(5) Chirurgie orthopédique: 2 salles	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	2
			Table d'examen	2
			Lampe d'examen	2
(6) Oncologie : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	2
			Table d'examen	2
			Lampe d'examen	2
(7) Chirurgie : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
	Salle de consultation 2	18	Visionneuse de film radiographique	2
			Table d'examen	2

Service de consultation	Nom des salles	Surface (m <sup>2</sup> )	Équipement	Quantité
(8) Dermatologie : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Lampe d'examen	2
	Salle de consultation 2	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
			Visionneuse de film radiographique	2
			Table d'examen	2
			Lampe d'examen	2
(9) Ophtalmologie : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Unité de diagnostic ophtalmologique	2
	Salle de consultation 2	18	Lampe à fente	2
			Autoréfractomètre	1
			Jeu de lentilles d'essai	1
			Jeu de test de vue	1
			Jeu d'instruments, microchirurgie	1
(10) ORL : 2 salles	Salle de consultation 1	18	Tonomètre	1
	Salle de consultation 2	18	Jeu d'instruments pour examen ambulatoire	2
2. Analyses médicales/laboratoire				
(1) Biochimie	Salle d'attente	72	Analyseur de biochimie	1
	Accueil	18	Analyseur d'électrolyte	1
	Salle de conseil	18	Analyseur d'immunologie	1
	Salle de prélèvement	27	Centrifugeuse	1
			Réfrigérateur de laboratoire	1
(2) Hématologie			Analyseur d'hématologie	1
			Analyseur de coagulation, semi-automatique	1
			Microscope	3
			Centrifugeuse	1
			Réfrigérateur de laboratoire	1
(3) Parasitologie			Incubateur	1
			Microscope	3
			Dispositif d'hémoculture	1
			Centrifugeuse	1
			Réfrigérateur de laboratoire	1
(4) Pathologie			Four de séchage	1
			Four de séchage	1
			Station d'enrobage automatique	1
			Microtome	1
			Bain-marie, pathologie	1
(5) Analyses d'urine			Séchoir	1
			Automate de coloration	1
3. Bloc opératoire (3 salles) et unité de soins intensifs (5 salles)				
(1) Salles annexes au bloc opératoire	Réception, bureaux	36	Lit de soins intensifs	5
	Vestiaire (hommes)	18	Moniteur patient	5
	Vestiaire (femmes)	18	Ventilateur, adulte & pédiatrique	5
	Salle de réveil (4 lits)	72	Pompe de perfusion	5
	Unité de soins intensifs (5 salles)	90	Pompe à seringue	5
			Ballon Ambu	5
			Lit de soins intensifs	4
			Moniteur patient	4
			Ballon Ambu	4
(2) Chirurgie	Salle de bloc opératoire 1	36	Lampe opératoire, plafond, double tête	1
			Table d'opération	1
			Unité électrochirurgicale	1
			Unité d'aspiration	1
			Dispositif d'anesthésie, avec ventilateur	1
			Moniteur patient	1
			Table des instruments	1
			Jeu d'instruments	3
(3) Chirurgie cardiaque	Salle de bloc opératoire	36	Lampe opératoire, plafond, double	1

Service de consultation	Nom des salles	Surface (m <sup>2</sup> )	Équipement	Quantité
	2		tête Table d'opération Unité electrochirurgicale Unité d'aspiration Dispositif d'anesthésie, avec ventilateur Moniteur patient Table des instruments Jeu d'instruments	1 1 1 1 1 1 1 3
(4) Angiographie	Salle de bloc opératoire 3	54	Unité d'angiographie Civière	1 1
4. Salle centrale de stérilisation	Salle de préparation	36	Stérilisateur à vapeur à haute pression	2
	Salle de commande	36	Etagère pour les instruments	3
	Stockage équipement médical	18	Jeu d'instruments de plâtre	3
5. Radiologie	Salle de préparation			
	Salle de commande			
	Stockage équipement médical			
(1) Salle CT	Salle CT	36	CT scan, 64 coupes	1
(2) Salle radiographie rayons X	Salle radiographie rayons X	36	Rayon X général, CR Reprographe laser	2 1
6. Salles d'examen maladies cardiaques	Accueil	18		
(1) ECG	Salle d'ECG	9	ECG	1
(2) Salle d'ECG d'effort	Salle d'ECG d'effort	9	Electrocardiogramme d'effort	1
(3) Échographie	Salle d'échographie	9	Appareil de diagnostic par échographie, doppler	1
7. Pharmacie	Ordonnances	18	Etagère	10
	Emballage des médicaments	18		
	Stockage de pharmacie	36		
8. Salles de séminaire : 2	Salle de séminaire 1	36	Table et chaise	50
	Salle de séminaire 2	72	Ecran	4
9. lits d'hospitalisation (hommes et femmes séparés)	Lits d'hospitalisation (46 lits hommes)			
	6 lits/salle : 6 salles 36 lits	216	Lit de patient avec armoire de chevet et table de lit	36
	2 lits/salle : 4 salles 8 lits	144	Lit de patient avec armoire de chevet et table de lit	8
	1 lit/salle : 2 salles 2 lits	36	Lit de patient avec armoire de chevet et table de lit	2
	Lits d'hospitalisation (46 lits femmes)			
	6 lits/salle : 6 salles 36 lits	216	Lit de patient avec armoire de chevet et table de lit	36
	2 lits/salle : 4 salles 8 lits	144	Lit de patient avec armoire de chevet et table de lit	8
	1 lit/salle : 2 salles 2 lits	18	Lit de patient avec armoire de chevet et table de lit	2
10. Parties communes (bureaux, couloirs, rampes, escaliers, plafond cathédrale - lumière/aération, toilettes, salle du personnel, stockages, etc.)		2500		
11. Locaux techniques (château d'eau, local pompe, réservoir de réception d'eau, local générateur, réservoir à carburant, local transformateur)		200		
Surface totale (m <sup>2</sup> )		5076		

### 3) Nécessité et pertinence de la coopération

Une offre de soins avancés est attendue de ce centre hospitalier universitaire qui est un EPS3, et au Sénégal, les hôpitaux capables d'offrir ce type de soins sont concentrés à Dakar. C'est pourquoi le gouvernement sénégalais projette de mettre au niveau ESP3 les ESP2 se trouvant dans les zones rurales, sur la base du « Plan

de développement de la carte sanitaire (PDCS) 2019-2023 ». Ces hôpitaux ont des difficultés à offrir des services médicaux adéquats aux patients, en raison de la vétusté de leurs installations et équipements, de l'insuffisance de ces équipements, etc. Au Sénégal, où l'HTA en particulier a atteint un niveau sérieux dans les zones rurales, il est important que la qualité des services soit améliorée aussi dans les régions autres que Dakar, à travers la mise à niveau des hôpitaux et la fourniture de l'équipement nécessaire, aussi bien dans une optique de lutte contre les MNT, que pour rendre plus équitable un accès aux soins géographiquement biaisé au profit de la capitale. De même, sous l'angle de l'enseignement médical, le renforcement du centre hospitalier universitaire contribuera, à l'avenir, à la production d'excellents prestataires de soins spécialisés. En outre, vu que l'hôpital bénéficiaire du projet fonctionne aussi comme hôpital de référence pour les patients atteints de MNT graves, ceci contribuera aussi à la réduction du nombre de décès chez ceux développant des complications dues à l'HTA ou au diabète. Dans cet hôpital, la construction, au moyen d'un don, d'installations de consultation spécifiquement dédiées à l'accueil des patients ambulatoires généraux, permettra cet accueil qui était impossible jusqu'ici, et en conséquence, le centre diabète et d'HTA (CDH), actuellement utilisé pour recevoir ces patients, devrait pouvoir retrouver ses fonctions spécialisées initiales.

#### **4) Possibilités de collaboration dans le cadre de la coopération technique**

Il est prévu que le projet de coopération technique envisagé soutienne le système d'offre de services et le renforcement de ses capacités, tout en collaborant avec les structures sanitaires de tous les niveaux, dans les districts cibles du projet où les services de prévention secondaire sont offerts pour l'HTA et le diabète. Même si les rôles assignés à chaque niveau devront désormais être confirmés dans les directives à donner, le projet de coopération technique devra lui aussi être conduit en étroite collaboration avec les hôpitaux où des médecins spécialistes sont en poste en permanence, et il offre par conséquent de fortes possibilités de collaboration avec l'hôpital bénéficiaire de l'aide sous forme de dons.

#### **5) Organismes d'exécution**

Le MSAS et l'hôpital régional de Ziguinchor

#### **6) Principaux indicateurs**

- Indicateurs quantitatifs : le nombre de clichés de CT est supérieur à xxx clichés/mois, le nombre d'interventions chirurgicales est supérieur à xxx interventions/mois, le nombre d'angiographies est supérieur à XXX angiographies/mois, le nombre de patients ambulatoires est supérieur à xxx personnes/mois (on supposera ici que les nombres xxx respectifs seront fixés lors de l'élaboration du plan détaillé)
- Indicateurs quantitatifs : l'encombrement par les patients ambulatoires est atténué, la charge pour les prestataires de soins ambulatoires est atténuée.

#### **7) Points importants, etc.**

Les capacités actuelles de maintenance des installations et des appareils médicaux devront être améliorées. Le grand espace destiné à la construction se trouve à l'intérieur de l'hôpital. Certains éléments devront être à nouveau vérifiés pour l'exécution.

#### **(3) Hôpital Roi Baudouin**

## 1) Objectifs du projet du présent paquet de coopération

Cette installation qui était à l'origine un poste de santé a été relevé au niveau EPS1. La disposition et l'espace de ses salles, etc., salles de consultation et pavillon d'hospitalisation inclus, sont inadéquats pour un hôpital. Le bloc opératoire est lui aussi limité. Un nouveau pavillon de consultation sera construit afin de permettre une exploitation conforme au fonctionnement d'un hôpital. Bien que les appareils médicaux soient renouvelés à un certain degré, nombre d'entre eux sont vétustes, ce qui crée des difficultés de consultation. Cette situation sera améliorée. Au-delà des consultations, la réalisation de salles de séminaires est jugée nécessaire, pour abriter des séminaires et prodiguer des conseils aux patients. Cette situation sera aussi améliorée.

## 2) Contenu des installations/de l'équipement du paquet de coopération

La construction de nouvelles installations et la fourniture d'appareils médicaux seront mises en œuvre.

Tableau 6-6 : Installations de consultation

Services de consultation	
1. Services de consultation externe spécialisée	(2) Bloc opératoire de chirurgie générale (3 salles)
(1) Réception, enregistrement	4. Salle centrale de stérilisation
(2) Médecine interne	5. Radiologie
(3) Chirurgie Générale	(1) Salle de radiographie rayons X
(4) Diabète	6. Salles d'examen maladies cardiaques
(5) Cardiologie	(1) ECG
(6) Chirurgie orthopédique	(2) Salle d'ECG d'effort
(7) Dermatologie	(3) Echographie cardiaque
(8) Ophtalmologie	7. Salle d'endoscopie
(9) ORL	8. Pharmacie
2. Laboratoire/analyses médicales	9. Salles de séminaire
(1) Biochimie	10. Pavillon d'hospitalisation (hommes, femmes)
(2) Hématologie	11. Salle d'attente
(3) Parasitologie	12. Parties communes (bureaux, couloirs, rampes, escaliers, plafond cathédrale - lumière/aération, toilettes, salle du personnel, stockages, etc.)
3. Bloc opératoire (3 salles) et unité de soins intensifs (5 salles)	13. Locaux techniques (château d'eau, local pompe, réservoir de réception d'eau, local générateur, réservoir de carburant, local transformateur)
(1) Salles annexes au bloc opératoire (salle de réveil, unité de soins intensifs, vestibule, etc.)	

Tableau 6-7 : Contenu de la fourniture des principaux équipements médicaux

Service	Équipement médical
Consultation externe spécialisée	Lot pour diagnostic de consultation externe, électrocardiographe, équipement de diagnostic par ultrasons, unité d'ophtalmologie, lampe à fente, réfractomètre, lot d'examen ophtalmologique, unité ORL, etc.
Laboratoire/analyses médicales	Analyseur biochimique, immunoanalyseur, compteur de cellules sanguines, microscope, centrifugeuse, etc.
Bloc opératoire/unité de soins intensifs	Eclairage opératoire, table d'opération, respirateur, bistouri électrochirurgical, moniteur de surveillance, appareil d'anesthésie, etc.
Salle centrale de stérilisation	Autoclave, étagères, etc.
Radiologie	Equipement d'imagerie à rayons X, imageur laser, etc.
Salles d'examen maladies cardiaques	Electrocardiographe, électrocardiographe d'effort, équipement de diagnostic par ultrasons
Salle d'endoscopie	Lot d'endoscopie
Pavillon	Lits pour patients, unités de chevet

## 2) Besoin et pertinence de la coopération

Cet hôpital des environs de Dakar est situé dans le district de Guédiawaye, qui correspond à la cinquième plus grande ville du pays. Dans ce district, la demande augmente dans les domaines liés aux MNT en raison de l'augmentation de la population urbaine, principalement constituée de pauvres. Toutefois, étant donné que

les hôpitaux sont à l'origine des centres de santé dont le niveau a ensuite été relevé, ils présentent une disposition et des espaces inadéquats en tant qu'établissements hospitaliers. En outre, en raison de la vétusté des installations et des équipements, et de l'insuffisance de ces équipements, ces hôpitaux ont des difficultés à offrir aux patients à majorité pauvres, des services médicaux adéquats, y compris pour les MNT. Par conséquent, l'aide allouée à ces hôpitaux contribuera à l'avenir à améliorer l'accès aux services liés aux MNT pour la population urbaine, y compris les personnes vulnérables. Ces hôpitaux jouissent d'une grande popularité parmi les pauvres, car les frais de consultation et d'hospitalisation y sont bien plus modiques que dans les EPS3 du centre de Dakar. Il y a donc ici la possibilité d'élaborer un projet de coopération prenant en considération les personnes socialement vulnérables.

### **3) Possibilités de collaboration dans le cadre de la coopération technique**

Dans les districts cibles du projet où les services de prévention secondaire sont offerts pour l'HTA et le diabète, il sera nécessaire que le projet de coopération technique envisagé renforce le système et les capacités d'offre de services, tout en collaborant avec les structures sanitaires de tous les niveaux. Une collaboration étroite est donc attendue aussi avec l'hôpital cible du projet d'aide sous forme de dons.

### **4) Points importants, etc.**

Les capacités actuelles de maintenance des installations et des appareils médicaux devront être améliorées. Bien que l'espace nécessaire à la construction existe à l'intérieur de l'hôpital, son caractère limité rendra nécessaire une nouvelle confirmation pour l'exécution. À long terme, la constitution d'une proposition d'aide englobant aussi un autre ESP1 de la banlieue de Dakar permettra d'assurer une échelle adéquate pour une aide sous forme de dons.

## **(4) Hôpital Youssou Mbargane Diop**

### **1) Objectifs du projet du présent paquet de coopération**

Cette structure offre un environnement satisfaisant, qui est constitué d'un pavillon administratif et d'un centre de secours actuellement en construction, au moyen d'une aide financière de la Fondation Sonatel (réfection terminée de l'unité de soins intensifs avec 16 lits). Cependant, étant donné qu'il s'agit à l'origine d'un centre de santé qui a été ensuite relevé au niveau EPS1, les autres installations, y compris les salles de consultation et le pavillon d'hospitalisation, présentent des salles dont la disposition et les espaces sont inadéquats pour un établissement hospitalier. Un nouveau pavillon de consultation sera par conséquent construit, afin de permettre une exploitation conforme à un hôpital. Même si le renouvellement des appareils médicaux est effectué à un certain degré, la vétusté d'un bon nombre d'entre eux crée des difficultés de consultation. Cette situation sera donc améliorée. Au-delà des consultations, des salles de séminaires sont jugées nécessaires pour abriter des séminaires et prodiguer des conseils aux patients. Cette situation sera aussi améliorée.

### **5) Contenu des installations/de l'équipement du paquet de coopération**

De nouvelles installations seront construites des appareils médicaux fournis.

Tableau 6-8 : Installations de consultation

Services de consultation	
1. Services de consultation externe spécialisée	(2) Bloc opératoire de chirurgie générale (3 salles)
(1) Réception, enregistrement	4. Salle centrale de stérilisation
(2) Médecine interne	5. Radiologie
(3) Chirurgie générale	(1) Salle radiographie rayons X
(4) Diabète	6. Salles d'examen maladies cardiaques
(5) Cardiologie	(1) ECG
(6) Chirurgie orthopédique	(2) Salle d'ECG d'effort
(7) Dermatologie	(3) Échographie cardiaque
(8) Ophtalmologie	7. Salle d'endoscopie
(9) ORL	8. Pharmacie
2. Laboratoire/analyses médicales	9. Salles de séminaire
(1) Biochimie	10. Pavillon d'hospitalisation (hommes, femmes)
(2) Hématologie	11. Salle d'attente
(3) Parasitologie	12. Parties communes (bureaux, couloirs, rampes, escaliers, plafond cathédrale - lumière/aération, toilettes, salle du personnel, stockages, etc.)
3. Bloc opératoire (3 salles) et unité de soins intensifs (5 salles)	13. Locaux techniques (château d'eau, local pompe, réservoir de réception d'eau, local générateur, réservoir à carburant, local transformateur)
(1) Salles annexes au bloc opératoire (salle de réveil, unité de soins intensifs, vestibule, etc.)	

Tableau 6-9 : Contenu de la fourniture des équipements médicaux

Service	Equipement médical
Consultation externe spécialisée	Lot pour diagnostic de consultation externe, électrocardiographe, équipement de diagnostic par ultrasons, unité d'ophtalmologie, lampe à fente, réfractomètre, lot d'examen ophtalmologique, unité ORL, etc.
Laboratoire/analyses médicales	Analyseur biochimique, immunoanalyseur, compteur de cellules sanguines, microscope, centrifugeuse, etc.
Bloc opératoire/unité de soins intensifs	Eclairage opératoire, table d'opération, respirateur, bistouri electrochirurgical, moniteur de surveillance, appareil d'anesthésie, etc.
Salle centrale de stérilisation	Autoclave, étagères, etc.
Radiologie	Equipement d'imagerie à rayons X, imageur laser, etc.
Salle d'examen maladies cardiaques	Electrocardiographe, électrocardiographe d'effort, équipement de diagnostic par ultrasons
Salle d'endoscopie	Lot d'endoscopie
Pavillon	Lits pour patients, unités de chevet

## 6) Nécessité et pertinence de la coopération

Dans les EPS1 situés dans la banlieue de Dakar, la demande augmente dans les domaines liés aux MNT, en raison de l'accroissement de la population urbaine. Toutefois, étant donné que ces établissements sont à l'origine des centres de santé dont le niveau a ensuite été relevé, leurs pavillons d'hospitalisation, etc., présentent une disposition et des espaces inadéquats pour des établissements hospitaliers. Le gouvernement sénégalais projette donc de relever l'EPS1 en question au niveau EPS2, sur la base du « Plan de développement de la carte sanitaire (PDCS) 2019-2023 ». Cet hôpital a des difficultés à offrir des services médicaux adéquats aux patients, en raison de la vétusté de ses installations et équipements, et de l'insuffisance de ses équipements. Par conséquent, l'aide au bénéfice de cet hôpital contribuera, à l'avenir, à améliorer l'accès aux services liés aux MNT pour la population urbaine.

## 7) Possibilités de collaboration avec la coopération technique

Il s'agit d'un hôpital où le projet BHBC intervient déjà, et les performances de ses cardiologues sont élevées. Les besoins d'agrandissement des installations sont également importants, en raison de l'augmentation des

patients, permise par le dépistage et le diagnostic précoce. Compte tenu de l'intervention existante de BHBC, la probabilité de mise en œuvre par la JICA d'un nouveau projet de coopération technique est faible, mais sous l'angle d'une collaboration avec BHBC ou d'autres PTF, la probabilité d'un projet de coopération technique est forte.

## 8) Points importants

Le terrain qu'occupe actuellement l'hôpital ne comporte pas d'espace libre pouvant accueillir une construction. Il est donc difficile de rendre ce site éligible, à court terme, à un projet d'aide sous forme de dons. Il existe cependant un projet d'acquisition d'un vaste terrain qui est situé derrière l'hôpital, et qui, à long terme, pourrait être proposé comme site candidat. À cette occasion, la constitution d'une proposition d'aide englobant aussi un EPS1 similaire, permettra d'assurer une échelle adéquate pour une aide sous forme de dons.

### 6.6 Proposition de Prêt de politique de développement (DPL)

Lors de la mise en œuvre des projets de coopération technique et des projets d'aide sous forme de dons présentés ci-dessus, le goulot d'étranglement sera la prise en charge individuelle par les patients pauvres. La mise en place d'une gratuité de la prise de la tension artérielle et de la confirmation de diagnostic pour les pauvres, figurait aussi dans les leçons apprises du projet devancier Better Hearts, Better Health. Tant que la prise de la tension artérielle, la confirmation de diagnostic, et plus encore, les médicaments, ne pourront pas être pris en charge, le taux d'abandon ne diminuera pas chez les patients pauvres incapables de supporter ces sommes. L'accès des personnes vulnérables aux services liés aux MNT peut être amélioré, par exemple à travers l'utilisation de prêts de politique de développement, en proposant des politiques d'amélioration de l'accès financier nécessaire à ces personnes pour la prévention secondaire, avec l'allocation de subventions à ces services, grâce à ces fonds. Pour en assurer la durabilité, on encouragera aussi la création de mécanismes qui ne devraient pas être des mesures temporaires.

Ceci est, en outre, nécessaire pour la formation de projets liés aux MNT, prenant en considération l'optique de la CMU. Non seulement le taux d'affiliation à l'assurance maladie est limité, mais la couverture par cette assurance du traitement des MNT est elle-même remarquablement restreinte. Les informations reçues par la présente enquête indiquent que dans ce contexte, en réalité, les non-affiliés accèdent eux aussi à des structures sanitaires lorsqu'ils sont malades, mais qu'en l'état actuel, les pauvres ne peuvent accéder qu'aux postes de santé, centres de santé ou EPS1, où les frais de consultation sont réduits. Des agents en service dans les EPS1 ont indiqué lors de la présente enquête être en proie à un dilemme, lorsqu'elles devaient référer un patient à un établissement de niveau supérieur, compte tenu de la charge que cela implique pour le patient, qui aurait alors à payer des frais de transport et de séjour, y compris pour ses accompagnants. Certaines informations indiquent aussi qu'en réalité, c'est l'impossibilité pour les patients de subvenir aux frais nécessaires pour le diagnostic de confirmation qui est la cause de leur incapacité à accéder aux structures sanitaires de niveau supérieur. En matière de prévention secondaire de l'HTA et du diabète, s'il était possible, par l'intermédiaire d'un prêt de politique de développement, d'encourager le gouvernement sénégalais à aller dans le sens d'une gratuité complète des frais de prise de la tension artérielle, de diagnostic de confirmation et de traitement, l'augmentation du taux de perdus de vue chez ces patients pourrait être prévenue, un tant soit peu. À l'heure

actuelle, des subventions ne sont appliquées que partiellement aux services nécessaires à la prévention secondaire de l'HTA et du diabète. Compte tenu de cette situation, on pourrait, par exemple, proposer de réaliser une étude analysant le rapport coût-efficacité d'une intervention, aux fins de convaincre les personnes concernées de la nécessité de consacrer un budget supplémentaires à la prévention secondaire.



## Rapport de conférence

Forum national sur la  
gouvernance et le système  
de santé au Sénégal:  
Dakar 29 au 30 mars 2006

# Le secteur de la santé au Sénégal : malaises actuels et perspectives futures

Préparé par  
**Mame Aly Konte**

**Dakar, mai 2006**

# **Sommaire**

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>A. L'addition de plusieurs années de malaise</b>	<b>2</b>
1 - Le maintien de fortes inégalités	2
2 - L'épineux problème lié à l'accès aux ressources	3
3 - Des réformes peu audacieuses	4
4 - L'échec des comités de santé	5
<b>B. Des réponses partielles qui ne règlent pas tout</b>	<b>7</b>
1 - L'équation du marché du médicament	7
2 - La promesse d'une carte sanitaire en veilleuse	7
3 - Le défi de la qualité et ses limites	8
<b>III- Impact des changements institutionnels sur la marche du système</b>	<b>11</b>
1- Un ministre change tous les ans	11
2- Un autre point noir, la politique des subventions	11
3- La charte du malade, un serpent de mer	12
<b>IV-La réforme hospitalière, une priorité</b>	<b>13</b>
1- Un nouveau statut pour les établissements de santé publique	13
2- Un double défi, améliorer la qualité des soins et des services	13
3- La commission médicale d'établissement : un nouveau cadre pour innover	15
<b>V- Gouvernance et transparence : Le pari de la lutte contre la corruption</b>	<b>17</b>
1- Les insuffisances d'un système en mal de gestionnaires	17
2- L'absence d'éthique et de référence	17
3- Corriger les dérives nées de la décentralisation	18
<b>Conclusion</b>	<b>19</b>
<b>Notes</b>	<b>20</b>

## **Introduction**

Le secteur de la santé vit un sérieux malaise au Sénégal. C'est la conclusion qui est issue de la vaste concertation qui s'est tenue à Dakar en mars 2006, à l'occasion du forum national sur la bonne gouvernance de la santé. Entre la baisse de la qualité des soins, tous les dysfonctionnements notés dans les systèmes de tarification des soins, la pauvreté de l'assurance maladie entre autres, le diagnostic est sans équivoque. Les hôpitaux et les districts médicaux sont malades et attendent une sérieuse réforme. A Dakar, comme dans le reste du pays, une série d'initiatives ont été tentées. En vain jusque-là.

Gangrené par des pratiques pour le moins douteuses, l'hôpital sénégalais est un lieu de corruption. Ce mal est aggravé aujourd'hui par le risque de voir se généraliser le système souterrain organisé ici et là, depuis que les moyens du secteur sont passés à 40 % du budget national. A l'initiative du Forum civil et du Centre de recherche pour le développement international (Canada), Dakar a abrité du 29 au 30 mars 2006, un Forum national sur la gouvernance et le système de santé au Sénégal.

Comme une sorte de mise en lumière des grands maux, cette rencontre passionnée entre administration des hôpitaux, acteurs de la réforme et associations de malades et de consommateurs a permis aux autorités politiques et à tout ce monde de passer en revue quelques aspects de la vie quotidienne des Sénégalais sur un lit d'hôpital, dans les couloirs d'un centre ou le banc d'un poste de santé. Elle aura été une **occasion de plus (1)** pour mobiliser des acteurs et spécialistes des questions de santé et de développement pendant deux jours, pour faire un état des lieux et amorcer quelques pistes de solutions pour sortir le système de sa léthargie actuelle.

L'initiative, a dit Mohammadou Mbodj, président du Forum civil, s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale d'intégrité, dont l'objectif est d'aider le Sénégal à émerger et à construire un dialogue entre les différents acteurs qui interviennent aujourd'hui dans le système de santé au Sénégal. Il s'agit selon lui, d'inscrire ce même processus dans la durabilité et d'améliorer la gouvernance dans la santé, comme dans d'autres secteurs à forte dotation budgétaire. C'est ainsi qu'une attention particulière a été portée à plusieurs autres secteurs dont la police, les Impôts et domaines, les Collectivités locales, la justice, etc. Ce défi nouveau pour le Centre canadien de recherche pour le développement international (CRDI) est d'encourager la recherche équitable et une participation citoyenne active dans les pays en voie de développement comme le Sénégal.

## I - L'addition de plusieurs formes de malaises

### 1- Un univers bâti sur le maintien de certaines inégalités

Le décor campé, un certain nombre de constats alarmants ont permis à tous les acteurs de réfléchir ensemble sur les pistes nouvelles à explorer dans un système où les problèmes ne manquent pas. Pour donner le ton, le ministre de la Santé et de la Prévention médicale, lui-même, s'est posé en victime d'un système au sein duquel, il a avoué ne rien maîtriser du tout.

Dans un plaidoyer fort éloquent, Abdou Fall, ministre de la Santé, a insisté sur la nécessité d'aller de plus en plus vers un dialogue plus large entre acteurs du monde de la santé au Sénégal. Un regard croisé qui a permis de débattre sur le rôle et les responsabilités de la santé au Sénégal. Face à une demande sociale plus forte et plus exigeante, le moment est venu d'élever le niveau de la conscience citoyenne dans un secteur vital comme la santé. Une approche de coresponsabilité est d'ailleurs nécessaire dans ce cadre, selon le ministre, qui a noté quelques avancées intéressantes du Sénégal en matière de santé publique, de baisse de la mortalité infantile, dans la lutte contre certaines grandes endémies comme le paludisme, le sida, la tuberculose, sur le couple mère-enfant etc.

Ces acquis de la phase I dans l'effort entrepris par les pouvoirs publics pour la mise sur pied d'une bonne politique de santé publique, annonce selon le ministre, les grands tournants qui devraient affecter le secteur de la santé dans le cadre d'une vaste réforme du système hospitalier. Le ministre qui n'a pas caché que le financement de l'offre de soins constitue un problème majeur et grave dans son pays. Car jusqu'ici, si l'Etat et les communautés de base ont mis ensemble l'essentiel des moyens (14 milliards pour ces dernières), il faut regretter que les collectivités locales, qui ont hérité de certains dispositifs du système de santé, dans le cadre de la décentralisation, n'ont fourni en 2005 que 3 milliards Fcfa en terme de contributions.

C'est peu au moment où les populations exigent une meilleure accessibilité aux soins et aux structures de santé et une promotion de la qualité de l'offre de soins. La question des équipements et des infrastructures reste ainsi le noeud gordien d'un système de santé malade à presque tous les étages. S'y greffe le problème relatif à l'amélioration de la qualité des ressources humaines qui constitue une réelle source d'inquiétude dans le système de la santé. Surtout quand on sait, comme l'a souligné le ministre lui-même, qu'un médecin gagnait jusqu'à une certaine époque, moins qu'un diplômé du niveau Bac + 1. Moins qu'un titulaire du Certificat d'études primaires et élémentaires (CEPE) qui capitalise de nombreuses années d'expérience.

Il a fallu d'ailleurs rectifier cette première anomalie d'un système qui était destiné à faire des résultats. Rectifier, mais surtout ajuster. Les deux exigences étaient devenues une nécessité depuis que les moyens alloués au ministère sont passés à plus de 40 % du budget national. Un volume de financement et d'investissement colossal par rapport aux sommes d'argent qui ont été jusque-là affectées au secteur de santé au Sénégal. C'est dans ce cadre que la tenue du forum dont les conclusions sont très attendues, constitue une aubaine et une opportunité pour tout le monde. Corps médical comme acteurs divers de la santé.

## 2- L'épineux problème lié à l'accès aux ressources

Vaste programme qui mobilise les acteurs, le gouvernement et les partenaires au développement. Pour les experts, il semble aujourd’hui bien difficile d’aborder la question du financement sans parler de celle plus hypothétique liée à l’accès aux ressources, et tous ces aspects liés aux objectifs du millénaire et aux trois facteurs d’évolution du système à savoir : l’accessibilité géographique, financière et socio-culturelle. Sur ce volet, deux aspects du financement s’opposent selon les acteurs : - le financement de l’offre et le financement de la demande.

La véritable question qui se greffe au financement de la demande est dans son mode d’opération qui consiste le plus souvent dans un paiement direct qui permet aux centres de santé de mobiliser quelque 40% de leurs ressources. Le mal est que tout cet argent provenait essentiellement des usagers là où d’ailleurs, selon certaines sources , 60% du financement des hôpitaux sont issus du mode de paiement direct.

C'est ce qui a fini par démontrer que ce système d'échanges qui ressemble parfois à du troc, reste aujourd'hui un sérieux problème pour l'Etat, les collectivités et le public ; ceci du fait que seul 1 sénégalais sur 7 dispose aujourd'hui d'une assurance-maladie. Il est également à la base d'un certain nombre de dysfonctionnements qui ont fini par poser la question centrale du maillage géographique des structures de santé qui pose un problème de cohérence malgré la confection de la carte sanitaire. Dans son mode d'organisation actuelle, **la carte sanitaire (2)** reste un outil de gestion qui ne répond parfois à aucune norme d'efficacité et aux besoins exprimés par les populations, les associations de malades et de consommateurs.

Dans un contexte sénégalais marqué par le faible niveau d'accès à l'assurance maladie, (seulement 15 à 18 %), on compte aujourd'hui beaucoup d'exclus aux soins à cause des barrières financières. Le constat est celui des acteurs du monde de la santé en général qui s'interrogent sur les moyens à mettre en œuvre pour rendre l'assurance maladie obligatoire et volontaire. Cette mesure permettrait par la suite d'organiser les populations à travers l'élaboration d'un plan quinquennal de développement de la santé avec la réorganisation des mutuelles de santé. Toutes ces séries de mesures s'inscrivent dans la faiblesse des réponses préconisées et/ou offertes par les IPM et institutions sociales, l'assurance privée et commerciale.

C'est ainsi que pour venir au secours des groupes vulnérables, se sont développées des actions comme le Programme élargi de vaccination, le programme national de lutte contre la tuberculose, la promotion de la subvention ciblée pour alléger les charges lourdes au plan financier des affections dites coûteuses. Surtout pour ce qui est de l'assistance aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. A ce titre, quelque 300 millions de francs ont été mobilisés pour la subvention aux malades atteints de diabète. L'Etat qui a fait de sérieux efforts destinés à la prise en charge du paludisme, la subvention des moustiquaires imprégnées, la gratuité des accouchements et des césariennes, du sang et des anti-tuberculeux.

En dépit de ces mesures, l'une des principales faiblesses qui a été notée sur ce point par experts et acteurs du secteur, (surtout pour les sources de financement) provient du fait que jusqu'ici les principaux bailleurs du système de santé sont restés les mêmes : l'Etat, les collectivités locales, les populations et les partenaires au développement. Aujourd’hui, sur les 350 milliards Fcfa collectés dans le système, il a été déploré que plus de 50% proviennent de

l'Etat, 30% par les comités et mutuelles, seulement 3% par les collectivités locales. Ce qui est en dessous des espoirs que les pouvoirs attendaient des effets induits de la décentralisation.

L'objectif est de rendre plus effective la participation des ménages et des groupes vulnérables. Il a été retenu qu'une attention particulière devrait être portée sur les maladies coûteuses notamment les malades atteints d'insuffisance rénale qui devraient faire des dialyses à répétitions qui coûtent trop chères. Comme pour le diabète et le cancer, il s'agit d'opérations coûteuses que de rares Sénégalais ont les moyens de supporter.

### **3- Des réformes peu audacieuses**

La question du financement débouche naturellement sur la nécessité de rationaliser la qualité des soins et les moyens qui leur sont affectés depuis plusieurs années. Nous sommes en plein dans la stratégie de la bonne gouvernance.

Plusieurs années de réformes entreprises au cours des dernières années n'ont pas permis de modifier de manière significative le système hospitalier au Sénégal en dehors de la création des comités de santé entamée à l'époque où les soins étaient gratuits. A côté d'un personnel pour l'essentiel démotivé, aucune importance n'a été accordée aux questions de performance et de la qualité des hôpitaux. Ce qui a eu pour conséquence d'aboutir à une série d'insuffisances notées dans les approches et les solutions offertes qui ont eu pour effet d'accélérer la démotivation du personnel de soins.

Pour améliorer les performances des hôpitaux au plan de la gestion, deux lois complémentaires vont être promulguées par l'Etat sénégalais. A savoir :

- la loi 98-08 portant réforme hospitalière ;
- la loi 98-12 relative à la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé.

Ces deux lois ayant été complétées par deux décrets d'application ;

- le décret d'application 98-701 relatif à l'organisation des établissements de santé ;
- le décret 98-702, portant organisation financière des Eps.

Sept années après la naissance de ces lois, l'impact sur le personnel et les usagers a été diversement apprécié. Pour ce qui est des conditions de travail, on a pu percevoir que les compétences ne manquent pas par rapport aux références cliniques. Mais, le dénuement du personnel médical a été aggravé par le manque d'investissement malgré le relèvement du plateau technique. En effet, l'hôpital recrute un peu plus ; forme et motive pour relever le niveau d'accès aux ressources et aux soins.

Globalement, la réforme hospitalière essaie d'apporter des réponses aux exigences d'une société moderne qui demande une médecine de pointe. Cela à travers une meilleure écoute à l'égard des malades, une prise en charge plus effective, la mise en place d'une boîte à idées et d'un questionnaire de satisfaction. Ce dispositif est complété par l'humanisation des services, de l'hôtellerie et de l'accueil. L'une des clés du système étant de parvenir à une autre perception du malade avec un patient et un client qui occupent une place centrale dans le système. L'exemple de l'Hôpital général de Grand Yoff a été retenu comme un modèle d'inspiration à ce propos. Une à auditer pour apprécier les avancées notées ici et là.

#### **4 - L'échec des comités de santé**

Au cours des deux dernières décennies, le ministère de la Santé a entrepris d'autres esquisses de réformes dont quelques-unes principalement ont retenu l'attention. Parmi eux, les comités de santé. Il s'agit autour de ces cadres d'affirmer la participation des populations à travers :

- la participation communautaire dans la mise en œuvre de la politique de santé à travers les comités de santé. Cela, sous l'impulsion du projet de développement des ressources humaines depuis les années 1990.
- La planification sanitaire avec l'approche programmée comme outil de gestion du programme de développement intégré (PDIS) qui s'est étalé de 1998 à 2002 dans la première phase du Plan national de développement sanitaire (PNDS) à la place de l'approche-projet.

Pour les comités de santé, on retiendra qu'il s'agit essentiellement d'associations privées régies par le Code des obligations civiles et commerciales à travers la loi N°92-07 du 15 janvier 1992, 93-1211 du 25 octobre et 97-347 du 1er avril 1997. Destinées à la participation à l'effort national de santé (un processus par lequel les individus et familles prennent en charge leur santé depuis l'identification de leurs besoins à l'évaluation des programmes), le travail des comités de santé devrait aboutir à la réalisation d'équipements et d'infrastructures de santé, à la participation financière et la mobilisation sociale entre autres.

L'objectif global visé par les pouvoirs publics étant de permettre aux structures de santé de disposer de ressources additionnelles au plan financier, matériel et humain. Tout ceci dans le but de renforcer les moyens de l'Etat, de palier la mise en place tardive des budgets et de s'offrir des procédures souples pour la comptabilité publique. Ce sont là autant d'attentes de la part des pouvoirs publics qui ont eu pour conséquences de gripper davantage le mode de fonctionnement de ces comités de santé. En fait, ces structures se sont largement détournées de leurs objectifs en s'adonnant pour la plupart à la collecte des recettes générées par les activités génératrices de revenus au détriment des activités promotionnelles.

Les recettes sont ainsi thésaurisées si elles ne sont pas détournées au moment où les structures manquent de ressources. L'autre facteur qui bloque le fonctionnement de ces comités est lié à l'absence de démocratie qui fait que les instances de décision ne sont pas toujours renouvelées et ne sont pas représentatives des populations. Le plus grave étant que les dépenses n'obéissent pas souvent à des clefs de répartition objectives et ne sont pas planifiées. Entre autres griefs signalées qui enfreignent la bonne marche des comités de santé, le manque d'efficacité des organes de contrôle et de supervision telles que l'inspection interne, les directions nationales, les régions médicales et les districts sanitaires, qui n'auraient pas tous en ce qui les concerne, joué leur rôle pour des raisons diverses.

Finalement, ces comités sont aujourd'hui considérés comme une sorte de nébuleuse qui joue un peu une fonction de trouble-fête dans les structures médicales en imposant leur bon vouloir aux médecins. Autres grandes faiblesses, de nombreux de compétences, ont été mises en veilleuse à travers la rétention de fonds à des fins politiques, la non reconnaissance des districts etc. Affecté par la confusion, quant au rôle des élus, au manque de formation des membres qui les composent, à la méconnaissance de leur rôle et parfois au manque de civisme ajouté à cela toutes les pesanteurs des facteurs socio-culturels, le comité de santé n'est pas réellement un cadre d'innovation et d'échanges qu'il aurait dû être. Il est devenu

une véritable source de blocage dont la suppression servirait, selon certains acteurs et médecins en particulier, à déverrouiller un système bien grippé.

L'urgence et la raison recommandent sur ce point que soient améliorés le mode de gestion et de fonctionnement, le renforcement, la supervision et la finalisation du projet de réforme des comités de santé qui devraient permettre de trouver des solutions à certains problèmes tels que la représentativité et le renouvellement régulier des instances. Aujourd'hui, pour atteindre ces résultats, et aider à un meilleur fonctionnement des services de santé décentralisés, les élus recommandent que le découpage du système en districts soient améliorés, qu'il y ait suffisamment de transfert d'argent, donc de financement. Que les collectivités locales soient suffisamment appuyées par l'Etat qui serait plus inspirer en les dotant d'un plateau technique plus relevé.

## **II- Des réponses qui ne règlent pas tout**

### **1- Le médicament entre grossistes et Bana-bana (3)**

La gestion des comités de santé n'est pas le seul problème auquel fait face le système de santé sénégalais. Le secteur de l'approvisionnement en médicaments connaît également une certaine évolution qui a été l'objet d'une attention particulière depuis l'expérimentation de l'initiative de Bamako et l'élaboration d'une politique nationale pharmaceutique qui date des années 1988.

Le principal objectif de la réforme est d'arriver à assouplir la gestion de l'outil comme dans un service de l'administration. Mais, aujourd'hui encore, des ruptures sont notées dans l'approvisionnement des structures publiques en médicaments liés à des disfonctionnements de la Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) et l'absence de maîtrise des besoins des structures de santé. Celle-ci arrive malgré tout à assurer de manière plus ou moins satisfaisante, les besoins des formations sanitaires.

Les récents audits réalisés à la Pharmacie nationale d'approvisionnement montrent cependant les limites du système et des réformes ont été proposées et approuvées par les pouvoirs publics ; ceci dans le but de créer une société nationale. C'est en ce sens que la création d'un laboratoire national de contrôle des médicaments, complément de la Direction de la pharmacie et des laboratoires devrait permettre d'avoir des médicaments de qualité. En effet, le contrôle systématique des médicaments avant toute autorisation de mise sur le marché, de même que la pharmaco-toxicovigilance qui a fait jusqu'ici défaut, seront désormais obligatoires.

L'accès plus facile aux médicaments est ainsi un des grands objectifs de la réforme. Et c'est pour cette raison que des dépôts communautaires ont été créés avec l'arrêté N°000188/MSHP/DPM daté du 15 janvier 2003 qui a déterminé les marges bénéficiaires de médicaments et produits cédés par les officines, les dépôts privés et communautaires. Le ministère de la Santé signale à ce propos, que certaines structures ont du mal à fixer les marges du fait des nombreux calculs arithmétiques posés dans l'arrêté. A ce niveau, la réglementation mise sur pied n'est pas toujours respectée. Il n'est pas rare, selon la source qui donne l'information, de voir des comités de santé fixer des marges de plus de 50% et parfois des prix plus élevés que ceux pratiqués par les officines privées.

Les dépôts communautaires constituent un cas à part dont le fonctionnement a été largement débattu par experts, clients et associations. Pour la présidente de l'Ordre des pharmaciens, « *on peut dire sans se tromper qu'à ce niveau, l'esprit a bel et bien été perverti. A l'époque où l'Etat prônait cette politique des dépôts communautaires, il n'existant au Sénégal que quatre pharmacies. Mais, aujourd'hui, ce qui passe à Touba (3) où les dépôts dépassent largement le nombre de pharmacies, est grave.* » S'y ajoute le cas de cet immense dépôt situé sur l'avenue Blaise Diagne, « **Keur Serigne Bi** » (4), où tous les médicaments qui ne subissent aucun contrôle, sont vendus par des gens venus de nulle part au su et au vu des autorités.

### **2- La carte sanitaire, outil de gestion de proximité**

En revenant sur la carte sanitaire et l'accès plus facile aux structures de santé, il a été retenu que celle-ci constitue un cadre de planification en matière d'infrastructures,

d'équipements et de ressources humaines. L'objectif à travers la mise sur pied de cet outil est de rapprocher l'hôpital et les centres de santé des populations. S'il s'agit d'une belle trouvaille qui accompagne la réforme hospitalière, les lenteurs qui entourent sa mise en route découragent un peu plus les malades et les patients. Et au vu du nombre d'hôpitaux construits en **attente d'ouverture (5)** et ceux dont les constructions sont en cours, l'on attend toujours les promesses de la nouvelle carte sanitaire.

Le plus difficile reste lié, selon les spécialistes, au retard noté dans l'application scrupuleuse de l'instrument. S'y greffe un autre couac, à travers l'équation des tarifs de consultation et d'hospitalisation qui ont été l'objet d'une standardisation par un arrêté interministériel daté du 21 février 2005. Arrêté qui fixe pour tous les actes relatifs à l'hospitalisation un plancher et un plafond avec possibilité de forfaits pour certains. Cette offre a été accompagnée d'autres mesures comme l'organisation communautaire de la demande de soins avec la mise sur pied de mutuelles de santé régies par la loi de mai 2003. La mutuelle de santé constitue un groupement de personnes à but non lucratif et qui vit essentiellement au moyen de cotisations de ses membres et qui se proposent de mener dans l'intérêt de ces derniers, ou de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide, de solidarité en vue de faciliter l'accès et la prise en charge de tous ou partie des soins de santé. C'est la définition.

Aujourd'hui, même si elles jouent un rôle non négligeable dans la couverture sanitaire et des besoins, leur mise en place pose problème dans la mesure où le décret d'application de la loi fixant les critères d'agrément est encore loin d'être finalisé. Ce qui a pour conséquence de rendre plus difficiles les relations entre bénéficiaires et prestataires de soins. D'ailleurs, il faut signaler qu'entre les deux groupes, s'est installée une relation de méfiance. Du côté des mutuelles de santé, on affirme que la faible capacité financière et l'insuffisance de leur capacité juridique seraient la cause.

Autre point faible du secteur, l'aide médicale d'urgence. A propos de ce chapitre, on estime que la création d'un service médical d'urgence (SAMU) et l'organisation des transports sanitaires mettant en synergie tous les moyens de transport de malades en cas d'urgence aideraient à améliorer l'accessibilité géographique des soins.

### **3-Le difficile défi de la qualité**

L'effort de modernisation des systèmes de santé bute encore sur un problème de taille : l'amélioration de qualité et des infrastructures d'accueil. C'est pour cette raison que des approches nouvelles ont été tentées pour faire face à tous les problèmes soulevés plus haut. Mais, il se trouve que le passage brutal de l'approche-projet à l'approche-programme pose plus de problèmes qu'elle n'en a résolu jusqu'ici. A cause de problèmes liés à la méthodologie et aux procédures financières et comptables. Ce qui a eu aussi des effets sur la coordination des actions, la viabilité des mécanismes de concertation et des mesures d'accompagnement comme la revue annuelle conjointe de supervision semestrielle.

De nombreuses contraintes ont été notées à ce propos tant dans la régularité des réunions trimestrielles des comités internes de suivi, dans les missions conjointes de supervision semestrielle que dans le manuel de procédures de gestion financière et comptable. Deux outils destinés à harmoniser les procédures des partenaires et de la Cellule d'appui et de suivi (CAS) du PNDS.

Au niveau de ces réformes financières (appui budgétaires, déconcentration de l'ordonnancement, budget par objectif), les efforts devraient être faits pour améliorer la qualité et le niveau de la supervision dans la prise en charge des équipes de supervision en terme de perdiems. La principale remarque sur ce point étant que les agents qui étaient habitués à des perdiems compris entre 15.000 et 35.000 Fcfa souffrent du fait que ceux-ci ont été ramenés à moins de 5000 francs. C'est à dire entre 2500 et 3500 Fcfa, après services. Il est donc à craindre qu'il y a de fortes chances que la supervision ne soit pas assurée.

À côté de tous ces quelques points positifs et problèmes, subsistent encore quelques grands maux. Il a été signalé que le déficit en personnels estimé à quelque 3000 agents, est encore loin d'être résorbé. Car non seulement la demande est supérieure à l'offre, mais aujourd'hui, le ministère de la Santé n'est pas en mesure de recruter et de garder les personnels du fait du faible niveau de rémunération. C'est un constat malheureux fait par les syndicats. Et, sur ce volet lié à la rémunération des personnels et des avantages accordés à certains membres du secteur, la question de la sécurisation du statut du prestataire se pose comme un sérieux facteur de blocage.

On note d'ailleurs à leur niveau, une importante baisse de revenus, au moment où les risques se multiplient, liés au contact avec les malades et qui menacent leur vie. Le corps des infirmiers connaît un sérieux déficit dans les centres hospitaliers. Et les syndicats déplorent le fait que tous les départs de personnel ne sont pas remplacés à cause des plans d'ajustement qui ont touché le secteur de la santé. Ce qui fait, selon eux, qu'on a que la qualité qu'on mérite aujourd'hui et à moindre coût. Le déficit de personnel est d'autant plus grave qu'on ne disposait jusqu'à une date récente, que d'un médecin par district. Aujourd'hui, même si les effectifs ont été portés à deux spécialistes par district, il reste que le déficit est encore très accentué.

Cette question débouche sur celle liée à la formation continue. Car le corps des infirmiers demande à bénéficier d'une formation supérieure et refuse de n'être qu'un appendice des médecins dans un système de santé revu et amélioré. Or dans leur cursus, ces personnels se demandent aujourd'hui quel avenir ils peuvent avoir quand ils estiment pour la majorité qu'on dirait que le ministère de tutelle ne leur ouvre qu'une seule porte pour l'avenir : celle de rester des prestataires de services dans les hôpitaux et centres de santé. Infirmiers et sages femmes demandent aujourd'hui plus d'équité ; jusqu'ici, le seul choix pour leur évolution, reste dans l'obtention d'un diplôme de technicien supérieur de la santé. Une sorte de plafond pour eux. Certains parmi eux, estiment ainsi qu'un plan de carrière leur permettrait d'aller jusqu'au Masters ou au PHD.

Malgré la réorganisation du ministère, avec la création d'une grande Direction des ressources humaines et la mise sur pied d'une autre Direction des infrastructures et équipements médicaux (DIEM) pour assurer les missions qui étaient dévolues à la DAGE, des points noirs subsistent encore dans tout le système.

Car si cette organisation a permis de résoudre des dysfonctionnements constatés et de mettre un organigramme fonctionnel, les multiples changements intervenus dans l'organisation du département n'ont pas permis de finaliser les arrêtés organisant les directions nationales et les services régionaux. Il semblerait que les districts sanitaires, zones opérationnelles et maillon essentiel du système de santé, connaissent des problèmes de fonctionnement du fait de la non maîtrise des fonds de dotation, des difficultés de fonctionnement des comités de gestion. En effet, ce cadre de concertation multisectoriel

regroupant les collectivités locales, les personnels et les comités de santé devrait être redynamisé.

### **III- Impact des changements institutionnels sur le fonctionnement des hôpitaux**

#### **1- Un ministre tous les ans depuis 2000**

Sur tous les points évoqués plus haut, un élément essentiel a retenu l'attention à côté des autres questions soulevées ; le manque de stabilité au sommet de la hiérarchie.

Les participants ont noté qu'en l'espace de six ans, (depuis 2000), il y a eu **six ministres** (6) à la tête du département de la santé. Ce qui est en soi, une réelle source de perturbation et de préoccupation. La conséquence immédiate est que plusieurs réformes attendent encore un décret d'application, faute de suivi et de continuité dans les efforts entrepris au sein du ministère de la Santé. A ce propos, il a été noté beaucoup de cafouillages et d'amalgames et chaque fois qu'un décret devrait être signé, avant même que le document soit sur la table des autorités, le ministre était limogé ou remercié.

Le constat est le même au niveau régional pour ce qui est du fonctionnement des districts médicaux. Beaucoup de décisions destinées à améliorer le système sont encore suspendues à la signature de circulaires, d'arrêtés ministériels qui n'arrivent que rarement à destination. A signaler à ce propos, qu'un arrêté de l'année 2004 qui devrait permettre de faire le découpage de ces mêmes districts dort encore dans les tiroirs de l'administration. Et c'est à ce titre que les comités de gestion mis sur pied avec la décentralisation connaissent, pour la plupart, beaucoup de difficultés à cause de la persistance de toute une succession d'incohérences.

Même si plusieurs directions ont été mises sur pied, comme la Direction des ressources humaines (DRH), le cadre de l'hôpital n'a changé ni dans la forme, ni dans les capacités d'accueil ni dans le génie civil. Il est vrai, selon certains acteurs, que beaucoup d'argent a été injecté dans les hôpitaux et districts, mais, de nombreux problèmes attendent des solutions efficaces. Le mal est que cet argent va dans tous les sens. L'autre faiblesse dans le système qui a soulevé la colère des personnes âgées vient du fait qu'il y a une réelle ignorance de la prise de cette autre couche particulièrement vulnérable.

Sur les 650.000 personnes du troisième âge recensées au Sénégal, seuls 30% disposent d'une couverture sociale. L'Institution de prévoyance retraite (IPRES) préfinance actuellement un centre de gériatrie, mais cela ne règlera pas tous les problèmes, selon les associations de personnes du troisième âge. L'Etat a ainsi mis sur pied la Carte SESAME, mais, elle n'a pas aussi tout réglé, selon les acteurs du secteur. Certains médecins comme le docteur Mamadou Koumé, estime qu'on pourrait espérer une solution avec la création des nouvelles **cartes numérisées** (7), mises en routes pour les prochaines élections législatives et la présidentielle. Si elles sont disponibles, elles permettraient de rendre plus crédible la carte Sésame pour la prise en charge effective des personnes du troisième âge.

#### **2- Un autre point noir : la politique des subventions**

Elle est l'objet de beaucoup de controverses, comme l'ont signalé une partie des participants au forum. Surtout pour l'application de la politique dite des subventions à propos de certaines infections dont le diabète, la tuberculose etc. Il y a à ce niveau, un réel décalage entre la promulgation des dispositions juridiques et l'application de la loi. Ainsi, sur la gratuité des césariennes, comme celle du sang, même s'il a été dit, que les régions de Ziguinchor, Fatick, Matam, Tambacounda et Kolda ont été particulièrement ciblées, il reste

que l'harmonisation de la loi pose un sérieux problème. Problèmes dus essentiellement au manque d'information pour les couches visées, mais aussi au fait que la loi n'est pas appliquée effectivement dans certains hôpitaux.

S'y ajoute que la subvention d'infections comme le diabète, devrait faire l'objet d'une étude plus poussée en vue d'identifier les cas à risque dans cette maladie et pour d'autres types d'infections comme la tuberculose par exemple. La prise en compte des groupes vulnérables devrait constituer une autre étape à travers l'élargissement à d'autres segments de la société comme les vieux, les adolescents, les femmes, les enfants etc.

### **3- La charte du malade : une nébuleuse**

Face à la mauvaise qualité des soins qui a été dénoncée par malades, comme par certains médecins, l'hôpital sénégalais tarde à trouver les véritables solutions. En arrivant dans les centres de santé et dans les grands hôpitaux, le malade est souvent laissé à lui-même, avec des fois, le risque de le voir entrer dans un coma ou mourir.

Pourtant, ils sont rares à le savoir, mais, dans tous les centres, existent bel et bien affichés, selon certains médecins, infirmiers et sages femmes, **une charte du malade** (8). N'allez pas poser la question à tous ces malades qui ne savent pas lire, ou qui n'en ont jamais entendu parler. Ils ne savent pas un mot de cette charte du malade. Même affichée dans la plupart des hôpitaux, cette charte ressemble à un serpent de mer du fait de la littérature qui a servi à la construire et du fait qu'aucun effort destiné à informer les patients sur son contenu, n'a jamais été tenté.

Pour certaines associations de consommateurs, il s'agit d'un autre serpent de mer intégré au système dont nul ne connaît l'existence. Pour cette personne du troisième âge, membre de l'Association pour la défense de l'eau, l'électricité, le téléphone et les services (ADETELS), « *Je n'ai jamais entendu parler de la charte du malade. Le texte est introuvable même s'il est dit que le client est roi. Je crois d'ailleurs que cette charte du malade est véritablement une pièce de séminaire qu'on nous exhibe à chaque fois qu'il y a des rencontres de ce genre. Il est temps qu'elle sorte des tiroirs de l'administration. Sinon, comme elle existe, qu'on l'affiche.*

A ce niveau, tous les acteurs se sont plaints du manque d'information sur certaines dispositions prévues pour les malades dans le système. En exigeant du coup que le droit à l'information soit élargi pour certaines consultations destinées aux personnes âgées en matière d'urologie par exemple.

## **IV- La réforme hospitalière : une priorité**

### **1- Un nouveau statut pour les hôpitaux et le personnel**

L'un des objectifs de la réforme, en tenant compte de tout ce qui a été dit plus haut, vise à améliorer considérablement l'accès des populations à des soins de qualité, mais aussi à renforcer les capacités de gestion des établissements de santé. Ce sont là deux éléments essentiels de la bonne gouvernance et c'est dans ce cadre que deux arrêtés portant charte du malade et de la carte sanitaire ont été promulgués, il y a quelques années par l'Etat.

Un dispositif complété, selon les spécialistes, par un autre arrêté relatif aux tarifs hospitaliers et fixant les tarifs dans des cadres bien définis avec des minimas et des maximas. Autre nouveauté de ce nouveau dispositif, l'amélioration du mode de rémunération pour tout le personnel du secteur de la santé. Dans le cadre ainsi défini au plan théorique, toutes les dépenses de la tutelle ont été centralisées au niveau du ministère de l'Economie et des Finances. Le ministère de la Santé n'assurant qu'un contrôle technique. Si on prend le mode de rémunération destinée ici à motiver davantage le personnel des structures de santé (médecins, personnels des soins et techniciens), l'on peut retenir qu'il a été organisé autour des avantages suivants :

- le salaire catégoriel ;
- la prime de transport ;
- la prime d'ancienneté ;
- l'indemnité de vie ;
- l'indemnité de sujexion ;

On peut ajouter à ces primes, d'autres avantages comme la prime de logement, l'indemnité de fonction et encore d'autres types de motivation dont des **avantages en nature** (9) accordés aux personnels. Ce projet comprend également d'autres mesures destinées à hiérarchiser le personnel en quatre classes en partant des emplois diplômés jusqu'au médecins spécialistes. Tout cela correspond à des plans de carrières et des barèmes de salaires destinés à motiver les meilleurs éléments du système.

Toutes ces dispositions nouvelles, selon le Directeur des Etablissements de santé publique, M. Mame Abdoulaye Guèye, relève d'un constat récurrent fait depuis des années par l'ensemble des acteurs du secteur. En effet, il a été noté pendant longtemps, une totale absence d'équité au niveau du mode de rémunération dans la santé au Sénégal. Certains conseils d'administration, pour résoudre à leur manière ce problème, n'avaient pas hésité à éléver de manière un peu exagérée, le salaire de certains employés sans tenir compte de la loi parce qu'ils pouvaient le faire. Ce qui était du reste interdit par la loi. Et comme il n'existe que peu de moyens de sanctionner, avec l'absence d'une bonne politique de supervision des hôpitaux et des districts, tous les excès étaient du domaine du possible. Il fallait, par conséquent, harmoniser.

### **2- Un double défi, améliorer la qualité des services et des soins**

Sur le défi de la qualité des soins et des services, la remarque faite par les médecins surtout est qu'il ne se résume pas à un problème sénégalais-sénégalais. Mais, il s'agit, selon le Docteur Anta Tall Dia, d'un problème mondial. A l'en croire, aucun pays n'échappe

aujourd’hui à la démarche d’amélioration de la qualité des prestations des soins au niveau des formations sanitaires.

Une étude multicentrique effectuée dans cinq capitales africaines, dont Dakar, en 2001 a permis de faire une analyse situationnelle dans la région de Dakar. Menée par l’Institut de santé et développement dans 18 structures de santé de la région médicale de Dakar, elle a permis d’avoir une petite idée sur la qualité des infrastructures, des procédures et de la prestation des soins.

Globalement, les résultats de cette étude ont montré une qualité des services très déficiente tant au niveau de la relation client/prestataire que pour ce qui est de la réalisation des actes techniques pendant les activités curatives, préventives, promotionnelles et de réhabilitation. Et cela, sur l’ensemble des sites étudiés.

La bataille à ce niveau pour les autorités, est aujourd’hui d’arriver à éviter une médecine à deux vitesses. Parce qu’à partir d’un certain nombre de constats, dont ce dernier sorti de l’étude, il a été noté la persistance de certains déséquilibres dans les rapports entre hôpitaux d’une part, entre médecins, prestataires de services et malades d’autre part. Pour relever un tel défi, l’amélioration de la formation du personnel mais aussi de la qualité des services et des soins étaient devenues une priorité. La formation du personnel et l’élévation de son niveau de rémunération ont été perçues comme quelques-unes des grandes exigences des autorités médicales. Surtout dans le but d’éviter les nombreux départs de techniciens et de médecins vers d’autres secteurs ou dans d’autres pays mieux lotis, qui ont été notés depuis plusieurs années.

Le problème de la construction des structures d’accueil et leur aménagement a aussi retenu l’attention. Surtout pour ce qui est de l’accès aux hôpitaux et aux centres de santé. Car pour les personnes handicapées, l’inadaptation des bâtiments à leur état de malades, reste un sérieux obstacle. Aucun effort n’a été fait par l’Etat, pour leur permettre l’accès à certains laboratoires ou blocs opératoires et aux salles de soins. A ce niveau, ce qu’elles qualifient d’anomalies architecturales devrait être levée. La qualité des soins n’a pas connu une amélioration positive du fait que toutes les réformes mettent beaucoup de temps à sortir des tiroirs de l’administration.

Et quand elles en sortent, nombreux sont ceux qui ont déploré les retards notés dans leur application. Sans un élargissement du droit à l’information, sans le changement de comportement réclamé par les associations de consommateurs et les organisations syndicales de la santé, sans une application des nouvelles dispositions contenues dans la carte sanitaire, il sera bien difficile de faire améliorer les soins et les services.

Ainsi, pour faire de la vulgarisation, certaines associations dont les syndicats des travailleurs ont demandé à l’Etat la mise sur pied d’une chaîne de télévision spécialisée sur les questions globales de la santé et de l’hygiène. C’est dans ce cadre qu’il y a nécessité de revisiter les conditions d’accueil et de traitement qui sont en cours dans les hôpitaux et les centres. Mais aussi de revoir toutes les questions liées aux statuts des personnels et également de vulgariser davantage la charte du malade en vue de son appropriation par ces destinataires. Améliorer la qualité des soins ne saurait se faire cependant sans la prise en charge correcte des personnes âgées.

Elles représentent aujourd’hui une frange importante de la population. Au moment où il n’existe que 2 médecins spécialistes pour une population dont l’effectif se situe entre 650.000 à 700.000 personnes. Sur ce point, l’absence de centre de gérontologie et de gériatrie, reste selon les associations de personnes du troisième âge, une grande anomalie à corriger.

Enfin, l’amélioration de la qualité des soins, passe aujourd’hui, par l’harmonisation et la baisse sensible du niveau des tarifs appliqués dans les centres hospitaliers. Il y a un réel problème à ce niveau, selon les associations de consommateurs. Car dans la vie du secteur, c’est la partie la plus sensible à la corruption tant au niveau de l’accueil et de l’hébergement des malades. C’est dans ce sens, a dit, ce membre du Syndicat des personnels de la santé, que la question de fond qui devrait préoccuper l’Etat comme les citoyens devrait porter sur certaines failles du système de tarification. Selon lui, « *l’accessibilité aux centres hospitaliers pose véritablement problème aux Sénégalais. Il y a deux hôpitaux qui coûtent trop chers qui bloquent toute possibilité de réforme du système : l'Hôpital Général de Grand Yoff et l'Hôpital Principal de Dakar. A ce propos, je pense qu'il est aujourd'hui plus que nécessaire de rattacher un centre comme l'Hôpital Principal dans le cadre global du système de santé au Sénégal... »* »

Face à un tel mur, toutes les pratiques légales ou illégales sont possibles. Ce qui a fait dire à un autre responsable syndical que, « *c'est pour cette raison que la corruption reste une responsabilité partagée. Dans certains hôpitaux, le client est persuadé qu'il peut tout obtenir par la corruption. Et il arrive qu'il vous demande de mettre un lit supplémentaire dans une chambre de sept (07) lits, moyennant une grosse somme d'argent. Voilà où est le mal,* » selon lui.

### **3- La commission médicale d’établissement : un nouveau cadre pour innover**

La timide application de la réforme hospitalière a débuté sans doute avec la naissance de ce qu’on appelé la **Commission médicale d’établissement (CME)** (10). Mise sur pied pour apaiser les relations au sein des services de santé, cette réforme a surtout porté sur les centres hospitaliers universitaires.

Elle vise depuis sa création le renforcement de la position dans les hôpitaux, mais surtout la proposition d’un projet médical d’établissement ainsi que le recrutement du personnel d’appui dans le domaine de la restauration, de la maintenance, entre autres. Elle a pour objectif de mieux organiser la formation des médecins et du personnel dans le cadre d’un vaste projet qui prend en compte les besoins des hôpitaux. La CME devrait également se soucier de l’évolution harmonieuse du personnel paramédical dont la surcharge de travail a été décriée. En effet, pendant longtemps, ce corps a reconnu avoir le parent pauvre de tout l’ensemble du personnel médical sénégalais.

La CME a enfin entre autres missions de développer une saine collaboration entre structures sanitaires et districts en permettant l'accès facile à une hospitalisation en urgence. Elle devrait veiller à établir de bonne relation entre l’établissement de santé publique et son environnement immédiat. Toutes ces mesures, parce que selon le docteur Magaye Guèye, cardiologue, Directeur de l’Hôpital général de Grand Yoff, « *Il y a eu beaucoup de problèmes de relations et d'ambiance entre membres des personnels de santé, au sein de la CME. Cela à cause des ambitions personnelles des uns et des autres. Alors que la CME avait pour rôle d'informer le corps médical et d'exprimer une analyse médicale sur certains problèmes touchant le système.* »

Méfiance, existence de préjugés tenaces, rapports parfois tumultueux entre médecins et personnels de santé, sont entre autres les différents problèmes qui opposent les membres de cette commission. Aujourd’hui, en dépit des efforts tentés, cette structure dont le rôle est strictement consultatif, n’en estime pas moins que la piste à explorer reste essentiellement dans la formation du personnel. Partant de là, ils sont nombreux dans le secteur à dire qu’il ne s’agit que d’une autre structure de plus qui ne sert qu’à compliquer davantage le système. L’aveu est d’un ancien administrateur des hôpitaux.

Par conséquent, la crainte est que cette réforme risque de favoriser la mauvaise entente entre partenaires de cette commission médicale d’établissement. En réalité, en donnant plus de place au seul médecin, le personnel de soin (les infirmiers en l’occurrence), estime qu’il n’a pas un grand rôle à jouer dans la commission. On est dans l’une des sources des conflits. Surtout que certains segments du système s’inquiètent du manque de démocratie en nourrissant quelques appréhensions par rapport au conseil d’administration des hôpitaux.

La composition de cette même entité pose également un autre problème aggravé par la persistance des conflits qui minent la vie de groupe en leur sein. Certains médecins qui sont plus diplômés que d’autres ne les consultent pas même s’ils ont plus de responsabilité dans le système. Ce qui explique également que les problèmes interpersonnels ne manquent pas entre médecins plus anciens et nouveaux qui débarquent. Aujourd’hui, ils sont nombreux à penser que la CME et son mode de fonctionnement méritent une étude. Pour des questions relatives à l’entrée des infirmiers dans le conseil d’administration et aux autres instances de décision, sinon il faudrait arriver à les associer aux réunions du bureau. Rien ne s’y oppose, disent les médecins qui ont jusqu’ici presque tous les rôles. Mais, ce n’est pas encore fait.

## V- Gouvernance et transparence : le pari de la lutte contre la corruption

### 1-Les insuffisances d'un système en mal de managers (11)

Subterfuge, dissimulation, recours à des prétextes pour contourner les règles, privilèges liés à l'appartenance à des groupes de pressions qui couvrent l'extorsion des ressources, voilà quelques-unes des facteurs de dysfonctionnement qui ont été soulevés et déplorés par les participants. Quand vous y ajoutez le *masla* (8) et l'existence de nombreux réseaux qui mettent en exergue un personnage central qui tire profit du circuit, en impliquant des fois le major, le gestionnaire, le responsable de l'approvisionnement ou le superviseur des gardiens, vous êtes sur les chemins de la mal gouvernance.

Chercheurs et acteurs du secteur n'ont pas mis de gant pour dénoncer l'absence d'éthique et de principes déontologiques chez certains médecins, mais surtout dans certaines sphères du personnel médical. L'arnaque, le racket, le **wiri wiri** (12) (ou raccourcis), le colobane (recel, vols etc), sont très présents. La passation des marchés, même assortie d'un contrôle, n'échappe pas non plus aux pratiques néfastes des gens mal intentionnés en quête d'argent. Face à autant de techniques de vols et de pratiques corruptives qui ne sont pas cependant présentes dans tous les segments du secteur, il est aujourd'hui urgent de réfléchir à de nouveaux systèmes de régulation des comportements, à des échelles de valeurs plus adaptées. Car à en croire les spécialistes du management public, « *Contre la corruption, et la non transparence, nos attitudes différentes... L'urgence est ainsi de mettre sur pied d'un observatoire de la bonne gouvernance composé d'un groupe de sages et usant de moyens de communication assez directs pour sanctionner ou féliciter quelqu'un dans l'un ou l'autre cas.* » C'est une solution parmi d'autres.

On pourrait aussi passer par des mesures d'encouragement comme « *l'homme du mois* », également à travers la publication d'un journal de deux voire quatre pages pour magnifier ou sanctionner les mauvaises pratiques. Pour l'essentiel, ils sont nombreux à penser qu'il reste encore dans une bonne majorité des membres du corps médical, beaucoup de valeurs et d'attitudes positives. Mais, ce qui manque, c'est la référence. « *Les gens, selon ce syndicaliste, n'ont plus de référence pour pouvoir acquérir des valeurs. Car si on veut limiter la situation de l'hôpital au seul médecin et au technicien, on se trompe. Dans cet environnement, chacun a son rôle à jouer jusqu'au personnel d'appoint (le personnel de ménage, les gens de la cuisine et le malade aussi). Le mal est dans le manque de sanction. Il manque aussi des études pour savoir ce qui est à la base de la disparition de certaines valeurs. Comment elles ont évolué ?*

 »

### 2- L'absence d'éthique et de référence

Le problème d'éthique est aussi un des plus gros facteurs de la perte des valeurs dans le système de santé au Sénégal. On note l'existence de nombreuses sources de frustration dans la manière dont les gens sont parfois recrutés. Il est temps de creuser ce problème pour faire face au clientélisme et au bénévolat dans certains recrutements de personnels de soins, de techniciens et même de médecins. L'ouvrier de maintenance devra à partir de ce moment se limiter à son travail de maintenancier. Certains membres du personnel ont déploré le fait que le port de blouse est devenu une autre source de problème du fait que certains manoeuvres dans les hôpitaux en abusent pour violer le secret médical en se lançant même dans des diagnostics qui se sont révélés dangereux.

Le manque d'application des textes relatifs à la bonne marche des structures doublé du fait que chaque étude, chaque rapport ne servent plutôt à rien qu'à garnir des tiroirs, ne permet pas d'améliorer le système. Il y a eu d'autres rapports comme celui qui a été fait au cours de l'année 2000, sur la corruption et la bonne gouvernance de la santé au Sénégal qui n'ont pas connu de suite. Il faudra en tenir compte ; car, dans les conclusions, il avait été retenu que tout le système n'était pas corrompu.

Pour les médecins, il ne s'agit des fois que d'un mauvais procès. Car comment voulez-vous, se demande l'un d'entre eux, que « *dans un système où le médecin n'arrive pas à être écouté que les choses marchent comme sur des roulettes. Quand vous êtes dans un désert, se défend la personne, vous ne choisissez pas avec qui vous mangez. Rien ne doit étonner de l'attitude du gouvernement qui tarde toujours à réagir. Il s'agit à chaque fois, de réforme à caractère politicien, même s'il y a des efforts qui ont été faits dans ce sens ces dernières années.* » Selon lui, « *l'autre facteur qui bloque l'épanouissement du système est que les nantis ne paient pas toujours dans les grands hôpitaux alors qu'on impose aux plus démunis de le faire.* » L'exemple de l'Hôpital Aristide Le Dantec a été cité.

Certains médecins dénoncent eux, le système pourri dans lequel ils sont plongés dès leur sortie de l'université. Aucun médecin débutant ne débarque dans un hôpital comme un corrompu ou comme un corrupteur. Et, selon cette dame Médecin d'entreprise, « *c'est bien le système tel qu'il est géré qui pousse à certaines dérives. Mais, si on arrive avec l'Etat à mettre sur pied des pôles d'excellence, à travers des cadres comme les Commissions médicales d'établissement (CME), on découragera une partie de ces gens qui s'adonnent à la corruption.* »

### **3- Corriger les cafouillages nés avec les transferts de compétences**

Depuis quelques années, la méthode pour faire fonctionner tout le secteur de la santé associe une quinzaine de départements ministériels. Ce qui a le tort de multiplier presque inutilement les cadres de dialogue. La création des comités de santé et des mutuelles est venue complexifier encore un système déjà perturbé par la forte présence d'acteurs dont la préoccupation de certains est loin des questions de qualité de soins et de vie à l'hôpital.

Cette tendance a été rendue plus difficile avec tous les petits travers nés de la loi du 22 mars 1996 relative à la décentralisation et qui a permis de transférer 9 domaines de compétences dont une partie du système de santé aux régions, aux départements et conseils ruraux. Il semble qu'à ce propos, depuis lors, beaucoup de dysfonctionnements liés au manque de moyens ont été signalés par les médecins comme par le personnel de soins. Globalement, l'Etat reste le principal investisseur. Faute de fonds de dotation et d'équipements suffisants, hôpitaux et centres de santé sont habitués aux fréquentes pénuries et ruptures en médicaments, à la question de la maintenance du matériel. Ce n'est pas tout, car à cela s'ajoute encore la difficulté d'harmoniser les textes depuis que la loi a changé.

Appelés à prendre la place de l'Etat dans le financement de certains équipements, les conseils régionaux n'ont jamais eu les moyens de faire jouer au système le rôle qui devait être le sien. L'autre grand mal est là.

## Conclusion

Finalement, on peut retenir que le cadre de l'hôpital n'a pas changé en dépit des quelques réformes timides initiées depuis une vingtaine d'années. Dans la forme comme dans le fond, ce changement dont on parle ne touche, selon les techniciens et les acteurs du système de santé, que quelques pans de l'hôpital. Quand il s'agit de la capacité d'accueil et du génie civil, il reste encore des efforts à faire, excepté le cas de l'Hôpital de Saint-Louis.

Même si beaucoup d'argent a été injecté ces dernières années dans le système, il reste que les problèmes essentiels demeurent. Pour beaucoup, la mise sur pied d'une direction des ressources humaines est aussi une très bonne chose. Mais, le fait qu'elle a fonctionné jusqu'ici comme une simple direction du personnel limite ses réelles prérogatives qui visaient à améliorer le statut des uns et des autres et à motiver davantage tous ces gens qui étaient découragés et qui ne pensaient plus rester dans un système qui ne leur offrait aucun avenir.

En restant confiné dans l'absence de guides pour orienter le malade, le cadre de l'hôpital n'offre guère la qualité des soins propices à une bonne guérison d'un patient. Si on ajoute à tous ces petits problèmes l'autre mal que risque d'être la corruption et la persistance d'un certain clientélisme, il est à craindre que tous les moyens mis par l'Etat dans le système de santé, risquent de n'être qu'un effort de plus. **Pour RIEN.**

En définitive, si la réforme hospitalière a été perçue comme une impérieuse nécessité par tous les membres du secteur, il reste que le déficit du personnel est encore un des principaux facteurs de blocage. Un autre obstacle de taille est là, liés à certaines dérives du pouvoir qui ont été aggravées par le fait que beaucoup de gens ne sont pas aujourd'hui à leur vraie place dans le système. Selon certaines sources, on continue à parachuter à tort, des gens pour des raisons politiques. De sérieux retards ont été également relevés dans l'application des décrets relatifs à la réforme hospitalière et dans la gestion des établissements de santé.

Ce n'est ni la faute des techniciens, ni celle des médecins, mais plutôt de l'Etat. Cette réforme est attendue depuis des années et jusqu'ici, tout le système se morfond encore dans les anciennes méthodes. La réforme bute enfin sur la question de la qualité de la supervision et du manque de compétences qui devraient aider à la mettre en œuvre. Il faut donc sortir des circuits, estime ce syndicaliste, avec un brin de dépit. Sortir des circuits parce que la réforme hospitalière dessine, a-t-on entendu de certaines voix averties, un cadre d'avenir et d'espoir qui devrait aider à améliorer le système de santé au Sénégal. Et au moment où les scandales se multiplient au sommet de l'Etat, cette léthargie notée dans le refus d'accélérer les réformes, légitime une certaine forme de corruption ; elle reste aujourd'hui et pour l'avenir, l'un des parchemins qui devraient permettre au système de santé de sortir de sa maladie avant qu'elle ne devienne chronique.

## **NOTES**

- 1-** Un premier forum sur la corruption dans le système de santé au Sénégal a été organisé par le Forum civil.
- 2-** L'objectif visé dans l'élaboration de la carte sanitaire est de rapprocher l'hôpital du malade. L'essentiel des grands centres de santé sont encore confinés dans les quartiers d'affaires des villes.
- 3-** Des commerçants débrouillards qui composent une bonne partie de l'informel.
- 4-** Immense dépôt clandestin de médicaments situé au centre de Dakar que l'Etat a encore beaucoup de difficultés à contrôler et organiser. Et comme l'espace porte le nom wolof « *Keur Serigne bi* », en clair, « Chez le marabout », les autorités laissent faire.
- 5-** Depuis six ans, trois grandes structures de santé ont été construites dans certaines villes comme Ziguinchor, Fatick et la grande banlieue à Pikine. Tous les trois sont l'objet de litiges entre l'Etat et les promoteurs. Celui de Pikine dont les travaux sont terminés est en attente d'ouverture depuis deux ans.
- 6-** Le ministère de la Santé a été le département le plus touché par les multiples changements de gouvernements depuis 2000. Après avoir été exclu dans un premier gouvernement, l'actuel ministre de la Santé, Abdou Fall, a fait un rapide aller et retour entre deux remaniements. D'autres ministres ont été limogés pour des raisons purement politiciennes.
- 7-** Une proposition a été faite par certains participants pour voir la carte électronique destinée à l'électeur pour la prochaine élection présidentielle, remplace simplement la carte sésame.
- 8-** Ces avantages en nature constituent une véritable source de discorde car le contenu reste encore très flou. Ils sont l'objet d'une réelle crainte de dérapage financier.
- 9 -** Document de référence destiné à informer le malade sur ses droits et devoirs dans une structure sanitaire, la charte du malade est encore inconnue du grand public.
- 10-** Les commissions médicales d'établissement (CME) ont été mises sur pied pour donner plus de place à l'expertise médicale et aux médecins.
- 11-** Des médecins managers en même temps chefs d'entreprise, voilà un des défis de la réforme hospitalière. Un pari loin d'être gagné.
- 12-** Une formule bien sénégalaise qui consiste à accepter toute sorte de compromis même gênant au mépris de l'éthique et des règles de bonne conduite. Le mot est issu de la langue Wolof.



# REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un But – Une Foi

**Ministère de la Santé et de l'Action sociale**

Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques

**Division de la Recherche**

## Plan Stratégique National de la Recherche pour la Santé

**PSN-RPS 2020-2023**

Août - 2020



## Sommaire

<i>Sommaire</i> .....	2
<i>Remerciements</i> .....	5
<i>Comité de rédaction</i> .....	6
<i>Sigles et Acronymes</i> .....	7
<i>Préface</i> .....	9
<i>Avant-propos</i> .....	10
<i>Résumé d'orientation</i> .....	11
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>12</b>
<b>PREMIERE PARTIE : ENVIRONNEMENT DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1. CONTEXTE INTERNATIONAL ET NATIONAL DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.1. Contexte international .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.2. Contexte national.....</b>	<b>16</b>
1.1.2.1. Situation géographique .....	16
1.1.2.2. Situation administrative .....	17
1.1.2.3. Situation socio-démographique .....	17
1.1.2.4. Situation économique .....	17
1.1.2.5. Situation sanitaire et sociale .....	18
1.1.2.5.1. Santé de la mère et de l'enfant.....	18
1.1.2.5.2. Maladies transmissibles .....	18
1.1.2.5.3. Maladies non transmissibles .....	19
1.1.2.5.4. Hygiène et assainissement.....	19
1.1.2.5.5. Protection sociale.....	20
<b>1.2. SYSTEME DE SANTE ET DE RECHERCHE POUR LA SANTE.....</b>	<b>20</b>
<b>1.2.1. Présentation du système de Santé .....</b>	<b>20</b>
1.2.1.1. Organisation administrative du système de santé .....	20
1.2.1.2. Organisation des prestations de soins et des services de santé de l'action sociale .....	21
1.2.1.2.1. Les Établissements Publics de Santé (EPS) .....	21
1.2.1.2.2. Les points de prestation des districts sanitaires.....	21
1.2.1.2.3. Les structures de l'hygiène.....	21
1.2.1.2.4. Les structures de l'Action Sociale.....	21
1.2.1.2.5. Les structures privées de santé .....	21
1.2.1.2.6. Laboratoires .....	22
<b>1.2.2. Présentation du Système national de recherche pour la santé.....</b>	<b>22</b>
1.2.2.1. Historique de la coordination de la Recherche au sein du MSAS .....	22
1.2.2.2. Gouvernance et régulation de la Recherche .....	23
1.2.2.3. Coordination de la Recherche .....	23
1.2.2.3.1. La Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques .....	24
1.2.2.3.2. Présentation de la division de la Recherche.....	24
1.2.2.4. Niveau opérationnel .....	24
1.2.2.5. Place de la Recherche dans la politique du MSAS .....	24
<b>DEUXIEME PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1. REGULATION DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE .....</b>	<b>26</b>
<b>2.1.1. Encadrement juridique.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1.2. Instances de régulation.....</b>	<b>26</b>
<b>2.2. PLANIFICATION DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3. PILOTAGE, COORDINATION ET GESTION DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3.1. Coordination nationale au sein du MSAS.....</b>	<b>28</b>
<b>2.3.2. Leadership national en matière de Recherche pour la Santé.....</b>	<b>29</b>
<b>2.3.3. Gestion de la recherche.....</b>	<b>30</b>
<b>2.4. FINANCEMENT DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE .....</b>	<b>31</b>

2.4.1.	<i>Financement de la Recherche au niveau national</i> .....	31
2.4.2.	<i>Financement de la Recherche par des Ressources financières extérieures</i> .....	32
2.4.3.	<i>Existence d'un système de collecte de l'information financière sur les fonds mobilisés pour la Recherche pour la Santé</i> .....	33
2.5.	<b>SUIVI ET EVALUATION</b> .....	33
2.6.	<b>DOCUMENTATION, DIFFUSION ET UTILISATION DES RESULTATS</b> .....	34
2.6.1.	<i>Centralisation des protocoles et des rapports de recherche</i> .....	34
2.6.2.	<i>Diffusion des résultats de la recherche</i> .....	34
2.6.3.	<i>Utilisation des résultats de la recherche</i> .....	35
<b>TROISIEME PARTIE : CADRE STRATÉGIQUE DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE</b> .....		36
3.1.	<b>VISION ET OBJECTIFS</b> .....	36
3.1.1.	<i>Vision</i> .....	36
3.1.2.	<i>Objectifs</i> .....	36
3.2.	<b>PRINCIPES DIRECTEURS</b> .....	36
3.3.	<b>AXES STRATEGIQUES</b> .....	37
3.3.1.	<i>Amélioration de la Gouvernance de la recherche pour la santé</i> .....	39
3.3.1.1.	Ligne d'action 1 : Renforcement du processus de planification de la recherche pour la santé .....	39
3.3.1.2.	Ligne d'action 2 : Pilotage, coordination et régulation de la RPS .....	39
3.3.1.3.	Ligne d'action n°3 : Gestion de la connaissance, capitalisation et utilisation des résultats de la recherche .....	41
3.3.1.4.	Ligne d'action n°4 : Renforcement du partenariat et promotion de la multisectorialité .....	44
3.3.2.	<i>Renforcement de capacités de la Recherche pour la Santé</i> .....	45
3.3.2.1.	Ligne d'action 5 : Renforcement de capacités individuelles dans le domaine de la RPS .....	45
3.3.2.2.	Ligne d'action 6 : Renforcement de capacités organisationnelles dans le domaine de la RPS.....	46
3.3.2.3.	Ligne d'action 7 : Renforcement de capacités institutionnelles dans le domaine de la RPS .....	46
3.3.3.	<i>Amélioration du financement de la Recherche pour la Santé</i> .....	47
3.3.3.1.	Ligne d'action 8 : Renforcement de la mobilisation des Ressources domestiques .....	47
3.3.3.2.	Ligne d'action 9 : Renforcement de la mobilisation des ressources extérieures.....	48
<b>QUATRIEME PARTIE : CADRE DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET D'EVALUATION</b> .....		49
4.1.	<b>CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE</b> .....	49
4.1.1.	<i>Les Organes de coordination et de pilotage</i> .....	49
4.1.2.	<i>Les Organes de régulation</i> .....	49
4.1.2.1.	Le Comité national d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS).....	49
4.1.2.2.	Autorité Nationale De Réglementation Pharmaceutique .....	50
4.1.2.3.	La Commission de Protection des Données Personnelles (CDP) .....	51
4.1.2.4.	L'Autorité Nationale et le Comité National de Biosécurité .....	51
4.1.3.	<i>Les Organes chargés de la mise en œuvre</i> .....	52
4.1.3.1.	Instituts, centres et groupes de recherche .....	52
4.1.3.2.	Universités .....	52
4.1.3.3.	Directions régionales de la santé et de l'action sociale .....	52
4.1.3.4.	Communautés, Société Civile et ONG .....	53
4.1.3.5.	Secteur privé de la santé .....	53
4.2.	<b>CADRE DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE</b> .....	54
4.2.1.	<i>Cadre de performance du Plan stratégique</i> .....	54
4.2.2.	<i>Mécanismes de suivi de la mise en œuvre</i> .....	54
6.2.2.1.	Suivi des plans opérationnels des différentes entités chargées de la coordination et de la mise en œuvre .....	54
6.2.2.2.	Suivi de la mise en œuvre du plan stratégique.....	54
4.2.3.	<i>Mécanismes d'évaluation</i> .....	55
<b>CONCLUSION</b> .....		56
<b>ANNEXES</b> .....		57

<i>Annexe 1 : Plan opérationnel du plan stratégique 2020-2023 .....</i>	58
<i>Annexe 2 : Cadre de Performance .....</i>	63
<i>Annexe 3 : Liste des Priorités de Recherche.....</i>	68
<i>Annexe 4 : Principaux défis de la recherche .....</i>	70
<i>Annexe 5 : liste des personnes rencontrées.....</i>	72

## Remerciements

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) exprime ses vifs remerciements à l'endroit de l'Initiative 5%, Expertise France, OASYS, les Consultants, les Enseignants-chercheurs des Universités, les responsables des Instituts et Centres de recherche, les membres du comité technique et l'ensemble des parties prenantes du processus d'élaboration de ce plan stratégique national de recherche pour la santé (PSN-RPS 2020-2023), pour leur disponibilité et toutes les facilités créées ayant permis un bon déroulement et un aboutissement réussi de ce travail.

Comité de rédaction

◆ Secrétariat du Comité Technique de l'Élaboration du PSN-RPS 2020-2023 du Sénégal

Dr Youssoupha NDIAYE	Directeur de la Planification, de la Recherche et de Statistiques (DPRS/MSAS)
Dr Samba Cor SARR	Chef de la Division de la Recherche (DR/DPRS)
Dr Abdoulaye DIALLO	DR/DPRS/MSAS
M. Abib NDIAYE	DR/DPRS/MSAS
Dr Zeyni El Abidine SY	DSISS/DPRS/MSAS
M <sup>me</sup> Viviane M. Solange MBENGUE	DR/DPRS/MSAS
M. Mame Omar GUEYE	DR/DPRS/MSAS
Dr Evariste LODI	Lux-Dev

◆ Consultants Expertise France / OASYS Sénégal

Dr Seyni NDOYE	Consultant International (Sénégal)
Pr Mandy Kader KONDÉ	Consultant international (Guinée)

## Sigles et Acronymes

ADM	Agence de Développement Municipal
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
CDP	Commission de Protection des Données Personnelles
CDS	Comité de Développement Sanitaire
CEC	Carte d'Égalité des Chances
CIS	Comité Interne de Suivi
CNAO	Centre National d'Appareillage Orthopédique
CNERS	Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé
CNRS	Centre National de Réadaptation Sociale
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COVID	Maladie à Coronavirus
CPRS	Centre de Promotion et de Réinsertion sociale
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGRI	Direction Générale de la Recherche et de l'Innovation
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPPD	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
DPRS	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DR	Division de la Recherche
DRSAS	Direction Régionale de la Santé et de l'Action Sociale
DS	District Sanitaire
ECD	Équipe Cadre de District
ECR	Équipe Cadre de Région
EDS	Enquête Démographique de Santé
EPS	Établissement Public de Santé
FCFA	Franc CFA
FFOM	Force, Faiblesse, Opportunités, Menaces
FIRST	Fond d'Impulsion de la Recherche Scientifique et Technique
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
IRESSEF	Institut de Recherche en Santé, de Surveillance Épidémiologique et de
Formation	
LPSD	Lettre de Politique Sectorielle de Développement
MESRI	Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et l'Innovation de
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MTN	Maladies Tropicales Négligées
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la Lutte contre le SIDA
OSC	Organisations de la Société Civile
PIB	Produit Intérieur Brut
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social

PNRBC	Programme National de Réhabilitation à Base Communautaire
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PSE	Plan Sénégal Émergent
PSN-RPS	Plan Stratégique National – Recherche Pour la Santé
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTS	Poste de Transfusion Sanguine
RES	Recherche en Santé
RM	Région Médicale
RPS	Recherche pour la Santé
RSI	Règlement Sanitaire International
SAMU	Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SDAS	Service Départemental de l'Action Sociale
SENETHICS	Système d'évaluation éthique des projets de recherche au Sénégal
SN-RPS	Système National de Recherche pour la Santé
SRAS	Services Régionaux de l'Action Sociale
STEPS	Wise Enquête pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine
USAID	United States Agency for International Development

## Préface

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la recherche pour la santé est « la production de nouvelles connaissances en utilisant des méthodes scientifiques pour évaluer l'impact sur la santé des politiques, programmes, processus, actions ou événements émanant de n'importe quel secteur, en mettant au point des interventions visant à prévenir ou à atténuer cet impact, et en contribuant à l'amélioration de la santé et de l'équité en santé ». Ainsi, elle est considérée comme un moyen nécessaire pour orienter les prises de décision à tous les niveaux du système de santé.

En effet, dans un monde en perpétuel changement, la santé est fortement influencée par des déterminants majeurs, notamment ceux liés aux comportements humains et aux changements de l'écosystème avec comme corollaire la survenue de maladies émergentes et ré-emergentes. Dès lors, il devient urgent de montrer, à travers des évidences, l'influence de ces changements sur l'état de santé des populations et les stratégies par lesquelles on peut les prévenir. La vision est donc d'avoir un système national de recherche prospectif et proactif basé sur la promotion de la culture de la recherche pour la santé.

Dans cette perspective, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale s'est engagé à travers ce plan stratégique à consolider les bases d'un système national de recherche pour la santé, conformément aux recommandations de l'Appel à l'action de Bamako sur la Recherche pour la santé en 2008 qui invite les gouvernements à élaborer et à mettre en œuvre des politiques de recherche et d'innovation respectueuses des principes éthiques.

L'OMS demande également aux partenaires techniques et financiers (PTF) de consacrer à la recherche pour la santé au moins 5% des financements de la coopération bilatérale et multilatérale destinés au secteur de la santé. Dans cette optique, le Sénégal a souscrit à la résolution issue de la soixante-cinquième session du Comité régional de l'Afrique de l'OMS (AFR/RC65/R2) et sa stratégie déclinée dans le document « Recherche pour la santé : une stratégie pour la Région Africaine (2016-2025) ».

L'opérationnalisation du plan stratégique ainsi élaboré requiert la contribution de l'ensemble des acteurs de la recherche. J'invite toutes les composantes du système de développement économique et social à accompagner la mise en œuvre dudit plan pour l'amélioration de la santé des populations et l'implémentation d'un système de santé résilient.



## Avant-propos

Pour accélérer sa marche vers l'émergence, le Sénégal a adopté un nouveau modèle de développement. Cette stratégie, dénommée Plan Sénégal Émergent (PSE), constitue le référentiel de la politique économique et sociale sur le moyen et le long terme. Ce plan stratégique national de recherche pour la santé (PSN-RPS 2020-2023) est aligné sur le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS 2019-2028) qui repose sur la vision d'un Sénégal émergent : « *un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé et d'action sociale de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé et de bien-être économiquement et socialement productif.* »

Au cours de l'élaboration du PNDSS, la recherche pour la santé est apparue comme un élément important du renforcement de la gouvernance, notamment à travers la ligne d'action 7 : « *Promotion de la recherche opérationnelle et de la culture évaluative pour la prise de décisions.* » C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS), à travers la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS), a sollicité l'Agence Expertise France pour appuyer l'élaboration du Plan Stratégique National de Recherche pour la Santé (PSN-RPS 2020-2023).

Ce plan stratégique a pour principal cadre de référence, la Résolution issue de la soixante-cinquième session du Comité Régional de l'OMS pour la Région Africaine sur la recherche pour la santé. Il est prévu pour durer quatre (4) ans (2020-2023) dans le souci de s'aligner au processus de planification du PNDSS dont la revue à moyen-terme est prévue en 2023.

Pour permettre un processus d'élaboration inclusive, consensuelle et participative, un comité technique de pilotage a été mis en place, à cet effet, par la Note de service n° 09852/MSAS/DPRS/DR du 20 août 2019.

## Résumé d'orientation

Le Ministère de la Santé et de l’Action sociale a entrepris l’élaboration de son Plan Stratégique National de Recherche pour la Santé (PSN-RPS 2020-2023) avec l’aide de ses partenaires techniques et financiers.

A cet effet, Il s’agit, à la lumière des orientations de l’Organisation Mondiale de la santé (OMS) contenues dans le document « Recherche pour la santé : une stratégie pour la Région Africaine 2016- 2025 »<sup>1</sup> : i) d’examiner, sur la base d’une analyse situationnelle, les nouveaux enjeux/défis, les objectifs, les cibles, les stratégies et principales activités du PSN-RPS pour la période 2020-2023, ii) d’élaborer le PSN-RPS, en articulation avec le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS 2019-2028).

La méthodologie adoptée pour l’élaboration du PSN-RPS est axée sur une revue documentaire et des entretiens avec des informateurs clés. D’abord, un atelier participatif a permis d’approfondir l’analyse situationnelle, selon une approche « Force, Faiblesse, Opportunités, Menaces » (FFOM). Ensuite, les participants de l’atelier ont débuté l’élaboration du plan opérationnel en identifiant les principales interventions et activités rattachées à chaque axe stratégique.

L’analyse situationnelle s’est faite sur la base des axes stratégiques inspirées par les interventions prioritaires de la stratégie régionale de recherche pour la santé de l’OMS pour l’Afrique.

Un Plan opérationnel a été élaboré et le budget total est estimé à **Trois milliards Trois cent dix-neuf millions Neuf cent soixante-six mille Huit cents francs CFA (3 319 966 800 FCFA)** pour les 4 années (2020-2023).

Le cadre de mise en œuvre définit les rôles des différentes parties prenantes (Les organes de coordination et de régulation, les différents acteurs de mise en œuvre, le secteur privé, les ONG et les partenaires techniques et financiers).

Le cadre de suivi-évaluation inclue un cadre de Performance et les différents mécanismes de monitoring et d’évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique.

Tout le long du processus, la coordination et le suivi ont été assurés par le Comité technique et le noyau technique de rédaction composé de la DPRS et des consultants.

Malgré la survenue de la pandémie de la Covid-19, le processus qui a démarré le 13 janvier 2020 s'est poursuivi à distance.

---

<sup>1</sup> 65<sup>e</sup> Session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique, Ndjaména (Tchad), 23-27 novembre 2015 (AFR/RC65/6)

## INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), lors de sa 43<sup>e</sup> Assemblée mondiale<sup>2</sup> a défini la recherche comme « *un processus visant à obtenir une connaissance systématique et des technologies pouvant être utilisées pour améliorer la santé des individus ou de groupes de populations déterminées.* » Ainsi, elle constitue un levier essentiel pour atteindre l'objectif du développement durable (ODD) ; notamment l'objectif numéro 3 qui a pour but de donner les moyens d'une vie saine et de promouvoir le bien-être de tous et à tous les âges. Elle génère de l'information et une meilleure compréhension de la maladie, qui peut permettre à des personnes, des collectivités, des décideurs d'améliorer leur stratégie de lutte et de gestion des maladies, à travers un diagnostic plus fiable et précis permettant de proposer des traitements plus efficaces.

Au Sénégal, la recherche est comprise comme étant un outil de développement socio-économique et sanitaire, nécessaire pour la prise de décisions et visant à apporter un bien-être aux populations. Fort de cela, notre pays a adopté une série de textes réglementaires destinés à la protection et au respect des droits humains et des personnes, dont la loi n° 2009 - 17 portant Code d'éthique pour la recherche et son décret d'application n° 2009-729, qui ont mis en place l'instance de régulation qu'est le Comité national d'Ethique pour la Recherche en santé (CNERS).

Dans ce contexte, le système national de recherche pour la santé est constitué d'un ensemble d'éléments de gouvernance, de coordination, de gestion et d'exécution en interaction dynamique organisé pour promouvoir et assurer un fonctionnement optimal de la recherche pour la santé au niveau national. Dès lors, la recherche en santé<sup>3</sup> est constituée par l'ensemble des recherches ayant pour objet la santé humaine ; alors que la recherche pour la santé regroupe, quant à elle, les recherches ayant pour objet la santé humaine, mais également l'ensemble des recherches ayant un impact direct ou indirect, immédiat ou différé sur celle-ci.

Le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS), constitue le cadre de mise en œuvre de la politique de santé et d'action sociale du Sénégal. Il est ancré sur les engagements internationaux du pays notamment : i) l'atteinte des Objectifs du Développement Durable (ODD) à l'horizon 2030 et ii) l'accès à la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Le PNDSS est aligné sur les orientations stratégiques du Plan Sénégal Émergent (PSE) et à la Lettre de Politique Sectorielle de Développement (LPSD).

Le présent document constitue le cadre de référence en matière d'organisation, de planification, de soutien et de réalisation des interventions dans le domaine de la recherche pour la santé au Sénégal, pour les prochaines années. Il constitue, ainsi, une matérialisation par le Sénégal des orientations contenues dans la stratégie de recherche pour la santé de l'OMS pour la région africaine (2016-2025).

La démarche méthodologique utilisée pour élaborer le document est ponctuée par une revue documentaire, des ateliers de consultations d'experts et des entrevues avec des informateurs clés.

---

<sup>2</sup> Assemblée mondiale 43<sup>ème</sup> (WHA43)

Cela a permis de disposer d'un descriptif exhaustif de l'environnement de la recherche, de faire l'analyse de la situation, de proposer un cadre stratégique et un système de suivi et d'évaluation adaptés au management du secteur. Le document est ainsi structuré autour de ces différentes parties ci-dessus listées.

# **PREMIERE PARTIE : ENVIRONNEMENT DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE**

## **1.1. Contexte international et national de la Recherche pour la Santé**

### **1.1.1. Contexte international**

La gouvernance de la recherche pour la santé est assurée, au nom du système des Nations Unies, par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ainsi, à travers la mise en place de groupes d'experts, l'OMS initie des documents d'orientation devant aider les pays à mettre en place leurs procédures de gouvernance et de management de la recherche pour la santé. D'autres organismes du système des Nations Unies, notamment la Banque mondiale, l'UNICEF, l'UNFPA et de la Coopération bilatérale (Initiative 5%, CRDI, USAID, etc.) contribuent dans la production d'un fond documentaire stratégique susceptible d'éclairer le management du secteur de la recherche dans les pays.

Dans l'optique de veiller au respect des principes éthiques dans le développement de la recherche, des lignes directrices et des résolutions sont utilisées pour aider à la mise en place d'organes de régulation du secteur. Dans cette dynamique, plusieurs textes de référence sont édictés, auxquels le Sénégal a souscrit. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer, entre autres :

- La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 ;
- La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, du 10 décembre 1948 ;
- La Convention relative aux Droits de l'Enfant, du 20 novembre 1989 ;
- Le Code de Nuremberg, qui identifie le consentement éclairé comme préalable absolu ;
- La Déclaration d'Helsinki et ses Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des sujets humains ;
- Les lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche en matière de santé impliquant des participants humains du Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS) ;
- La Ligne directrice concernant les bonnes pratiques cliniques (BPC) de l'ICH (ICH E6).

Dans le cadre de la gouvernance de la recherche, des acquis ont été enregistrés, particulièrement au niveau de la promotion du financement et de la coordination de la recherche. Ainsi, le Forum global pour la recherche en la Santé (1999) a permis de faire le constat que 90% des fonds de recherche sont destinés à 10% de la population mondiale, avec une disparité dans la répartition des ressources entre les pays riches et pauvres. Cela met en exergue l'insuffisance des ressources publiques consacrées au secteur, particulièrement dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Pour y remédier, le Sommet ministériel sur la recherche en santé de Mexico (2004) a recommandé l'allocation d'au moins 2% des dépenses de santé nationales et d'au moins 5% de l'aide aux Projets et aux Programmes du secteur de la santé fournie par les organismes d'aide au développement à la recherche et au renforcement des capacités de recherche. Cette recommandation a été adoptée par les Etats membres de l'OMS, sous forme de résolution, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2005 (Résolution WHA58.34).

En Afrique, plusieurs initiatives sont prises dans l'optique de faire de la recherche un moyen d'impulser le développement et la performance du système de santé. Ainsi, la Conférence

internationale sur les soins de santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, tenue du 28 au 30 avril 2008 à Ouagadougou (Burkina Faso), a servi d'opportunité pour mettre en exergue le rôle moteur de la recherche dans l'amélioration de la santé en Afrique. Cette option a été consolidée lors de la Conférence ministérielle sur la Recherche pour la Santé dans la Région africaine, tenue du 23 au 26 juin 2008 à Alger, qui souligne l'importance du renforcement des systèmes de recherche pour la santé en Afrique et qui confirme que la recherche est également un moyen de réduire le déficit des connaissances pour améliorer la santé en Afrique.

En outre, le repositionnement de la recherche dans le processus d'amélioration des conditions d'épanouissement et de bien-être de la communauté a été l'axe central de l'Appel à l'action de Bamako issu du Forum ministériel mondial sur la recherche pour la santé, tenu du 17 au 19 novembre 2008 à Bamako (Mali), qui invite au renforcement de la recherche pour la santé et le développement et l'équité.

Dans cette même dynamique, une stratégie d'amélioration des systèmes nationaux de recherche pour la santé 2016-2025 pour la région africaine a été adoptée lors de la 65<sup>ème</sup> session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui s'est déroulée à N'Djamena (Tchad), du 23 au 27 novembre 2015. A travers cette stratégie, le but visé est de développer, dans chaque pays, un système national de recherche pour la santé fonctionnelle qui génère des connaissances scientifiques permettant de mettre au point des technologies, systèmes et services nécessaires pour assurer la couverture sanitaire universelle.

Malgré ces multiples initiatives, les systèmes nationaux de recherche pour la santé en Afrique restent encore prisonniers de plusieurs goulots d'étranglements parmi lesquels on peut citer :

- Des systèmes de santé encore faibles, inéquitables, peu résilients, sous-financés et qui ne répondent que partiellement aux besoins de base des populations les plus vulnérables, des populations rurales qui se situent à plus de cinq kilomètres des structures de santé ;
- Une absence de masse critique de scientifiques bien formés et compétitifs. Il s'y ajoute une fuite de cerveaux faute d'un environnement propice à la recherche pour la santé (financements adéquats, structures et équipements de qualité, plan de carrière et traitements incitatifs des chercheurs, etc.) ;
- Faible représentation de l'Afrique subsaharienne dans la population scientifique mondiale. En effet, l'Afrique qui représente 13,4% de la population mondiale n'abrite que 1% des scientifiques ;
- Faible contribution de l'Afrique dans la production scientifique mondiale (publication d'articles) même si une progression est perceptible entre 2000 et 2014, passant de 0,7% à 1,3 % ;
- Forte dépendance financière du système africain de recherche pour la santé aux institutions et organisations du Nord. En effet, plus de 80 % du financement de la recherche proviennent des partenaires techniques et financiers (PTF) et donateurs internationaux ;
- Faible application des engagements liés à la valorisation du financement public et privé dans la recherche pour la santé ;
- Insuffisance de la collaboration entre institutions de recherche d'un même pays et faible coopération Sud-Sud dans le domaine de la recherche.

Ces constats se traduisent par une faible prise en compte de la recherche pour la santé comme système national pouvant servir de support à impulser un développement d'un système de

santé productif et performant. En effet, une enquête les systèmes nationaux de recherche pour la santé des 47 pays de la Région africaine réalisée par l'OMS, en avril 2014, a permis de mettre en évidence les insuffisances suivantes :

- 24 pays (51%) ne disposent d'aucune politique nationale de recherche pour la santé ;
- 27 pays (57%) n'ont pas légiféré sur la recherche pour la santé ;
- 25 pays (53%) n'ont pas de plan stratégique de recherche pour la santé ;
- 22 pays (47%) ne disposent d'aucun programme de recherche pour la santé ;
- 21 pays (45%) n'ont pas d'institut national de recherche pour la santé ni d'un conseil national de recherche pour la santé ;
- 25 pays (53%) n'ont affecté aucun budget spécifique à la recherche pour la santé au niveau de leur ministère de la santé.

Face à ces faiblesses et contraintes relatives à la recherche pour la santé, plusieurs résolutions peuvent être mentionnées entre 2005 et 2015, parmi lesquelles on peut noter :

- La résolution AFR/RC48/R4, intitulée « *Plan stratégique de promotion de la recherche en santé 1999-2003* » (Brazzaville, 1998), qui demande aux États membres d'élaborer des politiques et des stratégies nationales de recherche, de renforcer les capacités nationales de recherche et d'instituer des mécanismes de coordination ainsi que des comités nationaux d'éthique ;
- La résolution WHA58.34, issue de la 58<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la Santé (Genève, 2005), qui invite les gouvernements à consacrer au moins 2 % des dépenses de santé nationales et au moins 5 % de l'aide aux projets et aux programmes du secteur de la santé à la recherche et au renforcement des systèmes nationaux de recherche pour la santé ;
- La résolution WHA63.21, adoptée lors de la 63<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la santé (Genève 2010) et intitulée « *Rôles et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé* », qui définit les rôles et responsabilités de l'OMS, en tant que principale organisation mondiale s'occupant de la santé, et des États membres dans le domaine de la recherche en santé ;

Ces différentes résolutions ont permis de mettre en place un processus de production de plan stratégique pour la région africaine 2016-2025 devant servir de référence à l'élaboration des documents de politique et de stratégies pour la recherche pour la santé. Le Sénégal s'est inspiré, entre autres, de ce document sous-régional d'orientation pour élaborer son plan national stratégique de la recherche pour la santé 2020-2023.

### 1.1.2. Contexte national

#### 1.1.2.1. Situation géographique

Le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain. Il couvre une superficie totale de 196 712 km<sup>2</sup>, avec une façade maritime occidentale de plus de 700 km. Il est limité au Nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'Est par la République du Mali, au Sud par la République de Guinée et la République de Guinée Bissau, et à l'Ouest par l'Océan Atlantique. La République de Gambie constitue une enclave de 25 km de large et près de 300 km de long à l'intérieur du territoire sénégalais.

#### **1.1.2.2. Situation administrative**

Au plan administratif, le territoire est découpé en 14 régions administratives, subdivisées en 45 départements et 117 arrondissements. Les 602 Collectivités Territoriales sont réparties en 42 départements, 3 villes qui épousent le contour de leur département administratif et 557 communes. Les Collectivités territoriales, cadres favorables au développement à la base, sont dirigées par des conseillers élus, dotés de compétences transférées dans neuf domaines dont le secteur de la santé.

#### **1.1.2.3. Situation socio-démographique**

En 2019, la population du Sénégal est estimée à 16 209 125 habitants avec une croissance démographique de 2,5% par an. Les jeunes représentent la moitié de la population avec une médiane de 18,5 ans. La moyenne d'âge est de 22,7 ans. La densité moyenne de population est de 82 habitants au Km<sup>2</sup>. Cette moyenne cache des disparités dans le pays. Ainsi, les régions les plus peuplées sont Dakar, Thiès et Diourbel avec respectivement 23,1% ; 13,0% ; et 11,1% de la population totale. A l'opposé, les régions septentrionales et orientales du pays se caractérisent par la faiblesse de leur population : la région de Kédougou est la moins peuplée avec 1,1% de la population totale, tandis que celle de Tambacounda, qui représente la région la plus vaste (21,5 % de la superficie nationale), ne compte que 5,2% de la population du pays.

Au niveau social, les groupes ethniques retrouvés sont les wolofs (39,8% de la population), les halpoulars (26,5%), les sérères (15%), les Mandingues (6,2%) et les Diolas (3,7%). Divers autres groupes et sous-groupes ethniques composent les 8,8% restants : Arabes hassanya, Manjackets, Balantes, Bambaras, Arabes d'origine libano-syrienne, etc. La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94,7%).

#### **1.1.2.4. Situation économique**

Le Sénégal est un pays à faible revenu caractérisé par une stagnation relative de la pauvreté, expliquée en partie par un taux de croissance du PIB par tête de 0,5% en moyenne par an comme l'ont montré les indicateurs sur la période 2005-2011. La pauvreté est plus élevée en zone rurale que dans les centres urbains. L'écart entre la croissance économique et celle démographique, amplifie le niveau de pauvreté de la population en général et celui des femmes en particulier.

Le Sénégal s'est engagé dans un nouveau modèle de développement à travers une stratégie qui vise l'émergence dans la solidarité à l'horizon 2035. Cette stratégie constitue le référentiel de la politique économique et sociale. Ainsi le plan Sénégal émergent met l'accent sur la création de richesses et d'emplois, le renforcement de la gouvernance, le développement des secteurs stratégiques ayant des impacts significatifs sur l'amélioration du bien-être des populations, particulièrement par la protection des groupes vulnérables et la garantie de l'accès aux services essentiels.

### **1.1.2.5. Situation sanitaire et sociale**

La recherche pour la santé constitue un levier susceptible d'améliorer la performance du système national de santé. Pour son utilisation optimale, il est nécessaire d'avoir une bonne lisibilité des composantes et des indicateurs traceurs dudit système.

#### **1.1.2.5.1. Santé de la mère et de l'enfant**

La mortalité maternelle a connu une baisse progressive allant de 850 pour 100 000 naissances vivantes dans les années 1986-1987, 501 pour 100 000 naissances vivantes en 1997, 401 pour 100 000 naissances vivantes en 2005, 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2011 et 236 pour 100 000 naissances vivantes en 2017 (compte à rebours SNU4). Les causes de décès sont dominées par les hémorragies, les maladies hypertensives, les dystociques, les septicémies, les avortements. Il existe d'autres causes indirectes comme l'anémie, le paludisme et le VIH/SIDA.

De 1997 à 2018, le quotient de mortalité néonatale est passé de 37 % à 23 %, soit une baisse de 14 %. Les principales causes de mortalité néonatale au Sénégal sont constituées par la prématurité, les asphyxies, les septicémies, les anomalies congénitales et la pneumonie.

S'agissant du quotient de mortalité infantile, il reste encore élevé dans le pays. En effet, en 2018, sur 1 000 naissances vivantes, 37 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire et 15 décèdent entre le premier et le cinquième anniversaire. Pendant cette période, le risque global de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire (mortalité infanto-juvénile) est estimé à 51 %. Les causes les plus fréquentes de décès de cette tranche d'âge sont les infections respiratoires aigües, les diarrhées, les infections et le paludisme. Cette baisse de la mortalité infanto-juvénile est liée aux efforts importants déployés par le pays notamment la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, les stratégies de prise en charge au niveau communautaire et la vaccination. En effet en 2018 la proportion d'enfants ayant reçu au moins les 8 antigènes de base était de 77%. Le Sénégal a introduit cinq (5) nouveaux vaccins entre 2015 et 2018.

Par ailleurs, la malnutrition est associée au tiers des décès des enfants de moins de cinq ans. La prévalence de la malnutrition aigüe était de 9% en 2017, celle chronique de 17%. L'anémie a une forte prévalence, avec 71% des enfants de moins de cinq ans qui sont touchés, dont 3% de forme sévère (EDS 2017).

Les taux des accouchements assistés par un personnel qualifié passent de 65,1% en 2010-2011, à 68,4% en 2017 puis 74,2% en 2018. Concernant la planification familiale la prévalence de la contraception moderne a augmenté de manière continue pendant les dernières années, passant de 16 % en 2012-2013 à 26 % en 2017 puis 25 en 2018.

#### **1.1.2.5.2. Maladies transmissibles**

Le paludisme a connu une régression entre 2013 et 2017. En effet, (i) dans la population générale, la morbidité proportionnelle est passée de 5,40% à 3,26% et la mortalité proportionnelle de 7,50% à 1,73% ; (ii) chez les enfants de moins de 5 ans, la morbidité proportionnelle est passée de 3,77% à 1,49% et la mortalité proportionnelle de 11,15% à

2,17% et (iii) chez les femmes enceintes, la morbidité proportionnelle est passée de 2,70% à 1,30% et la mortalité proportionnelle de 2,30% à 0,50%.

L'incidence de la tuberculose qui tournait autour de 140 cas pour 100 000 habitants jusqu'en 2016, a connu une réduction jusqu'à 122 cas pour 100 000 habitants à partir de 2017 (Rapport OMS 2018). La détection est passée de 60% en 2009 à 66% en 2017, favorisée par les interventions communautaires. Cependant, la problématique des cas manquants persiste pour impulser un terme à l'épidémie.

Concernant le VIH/SIDA, la prévalence nationale (chez les 15-49 ans) est passée de 0,7% en 2010-2011 à 0,5% en 2017 (EDS 2017), variant de 0,8% à 0,5% chez les femmes et, de 0,5% à 0,4% chez les hommes. La séroprévalence globale de l'antigène HBs a diminué de 17% à 9% entre 1999 et 2017 grâce à la vaccination universelle des nouveau-nés contre l'hépatite B pratiquée depuis 1999 dans le cadre du Programme National de Lutte contre les Hépatites et l'introduction de cette vaccination dans le Programme Elargi de Vaccination (PEV).

Par contre, la séroprévalence et les facteurs de risque identifiables de l'hépatite C, sont encore mal connus. La modélisation épidémiologique prédit qu'un grand nombre de sénégalais vivant avec une hépatite chronique actuellement non détectée évolueront vers une maladie hépatique majeure au cours de la prochaine décennie.

#### 1.1.2.5.3. Maladies non transmissibles

Les maladies chroniques à soins coûteux sont responsables de 34% des décès au Sénégal contre 28% en Afrique subsaharienne. Elles représentent 30% des dépenses nationales de santé et constituent un problème de santé publique du fait de la progression constante du nombre de personnes affectées. En effet, selon l'enquête STEPS réalisée en 2015, (i) la prévalence nationale du diabète est de 3,4% et reste plus élevée dans les tranches d'âge 45-59 ans et 60-69 et celle de l'hypertension artérielle est estimée à 29,8%.

L'arrêt du fonctionnement du registre du cancer rend difficile la mesure de la prévalence de cette maladie. Toutefois, Les données préliminaires du registre du cancer, mis en place dans dix hôpitaux de Dakar depuis 2010, font état 1 697 cas de cancer enregistrés. Ces données révèlent une prédominance féminine et montrent que les principaux organes touchés chez l'adulte sont le sein, le col de l'utérus, le pharynx, le foie et la prostate.

Parmi les facteurs de risque identifiés, on a la surcharge pondérale des adultes dont le pourcentage est de 22,1% ; le tabagisme dont le pourcentage des adultes fumeurs est de 6,7% ; et l'insuffisance des structures spécialisées de prise en charge des troubles de santé mentale exclusivement concentrées dans 7 des 14 régions du Sénégal, et principalement à Dakar et sa banlieue.

Par ailleurs, dans le domaine de la santé buccodentaire, les données de l'enquête STEPS de 2015, indiquent une prévalence de la carie à 76,3%.

#### 1.1.2.5.4. Hygiène et assainissement

Malgré les efforts consentis dans le domaine de l'eau, l'hygiène et l'assainissement, la situation de l'hygiène individuelle et collective au niveau des villes et villages demeure précaire. En 2017, le taux d'accès à l'assainissement était de 42 ,3% en milieu rural et de 67,4% en milieu urbain. La proportion de ménages sans toilette était de 13%. Par contre, le

taux d'accès à l'eau a beaucoup évolué avec une valeur de 91% en milieu rural et presque 100% en milieu urbain<sup>5</sup>.

#### 1.1.2.5.5. Protection sociale

Dans sa mission, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS), à travers la Direction générale de l'Action sociale (DGAS) mène des actions avec comme cible les groupes vulnérables en général et notamment, les personnes vivant avec un handicap, les personnes âgées, les veuves et les enfants en situation de vulnérabilité.

A cet effet, le MSAS impulse progressivement une dynamique d'autonomisation, propre à s'affranchir de la logique assistancielle et catégorielle des programmes développés au sein du secteur, tels que :

- Programme national de Réadaptation à Base Communautaire (PNRBC) ;
- Programme Enfance Déshéritée (PED). ;
- Programme d'Appui à la Promotion des Ainés (PAPA) ;
- Programme d'Autonomisation des Personnes Affectées par la Lèpre et Famille (PAPALF) ;
- Programme de prise en charge médicale des indigents.

Au plan médico-social, 54 305 cartes d'égalité des chances (CEC) sont produites de 2013 à 2019 avec un gap prévisionnel de 10000 en 2018 et 5701 en 2019. Ce gap est dû essentiellement à une faible allocation de ressources et une difficulté de leur mobilisation. A ce jour, 17 614 bénéficiaires de CEC ont été enrôlés dans les mutuelles de santé, 25 507 sont bénéficiaires de bourses de sécurité familiale et 652 détenteurs de cartes usagers du réseau de transport Dakar Dem Dikk gratuitement. Pour le volet autonomisation, le taux de satisfaction des demandes de projets économiques est passé de 20 à 22 % entre 2016 et 2017.

## 1.2. Système de Santé et de Recherche pour la Santé

### 1.1.1. Présentation du système de Santé

#### 1.2.1.1. Organisation administrative du système de santé

Depuis 2012, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) est constitué de deux sous-secteurs : le sous-secteur de la santé et le sous-secteur de l'action sociale. L'organisation du secteur de la santé et de l'action sociale est de type pyramidal, adossée au découpage administratif du pays. Elle comprend :

- Un niveau central qui regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions générales, les Directions nationales, les services centraux rattachés ;
- Un niveau intermédiaire qui regroupe les Régions Médicales, les Brigades régionales de l'Hygiène (BRH), les Services Régionaux de l'Action sociale (SRAS) ;
- Un niveau périphérique avec les Districts Sanitaires, les Sous-Brigades de l'Hygiène, les Services départementaux de l'Action sociale (SDAS).

---

<sup>5</sup> Enquête WASH ONAS- ANSD 2017

### **1.2.1.2. Organisation des prestations de soins et des services de santé de l'action sociale**

L'offre publique de services de soins de santé compte plusieurs types de structures :

#### **1.2.1.2.1. Les Établissements Publics de Santé (EPS)**

Ils sont au nombre de quarante (40) dont 36 hospitaliers et 4 non hospitaliers. Les EPS hospitaliers sont structurés en trois niveaux : (i) les EPS de Niveau 1 ; (ii) les EPS de Niveau 2, et (iii) les EPS de Niveau 3. Ces derniers sont localisés uniquement dans deux régions (Dakar et Diourbel). La carte ci-dessous indique la répartition des Établissements Publics de Santé hospitaliers.

Les EPS non hospitaliers sont constituées par le Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU), le Centre national d'Appareillage et d'Orthopédie (CNAO), Centre national de Transfusion Sanguine (CNTS) et la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA). Ce dernier compte des services déconcentrés, appelés Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA), au nombre de dix (10).

#### **1.2.1.2.2. Les points de prestation des districts sanitaires**

Le Sénégal compte 79 districts sanitaires, 103 centres de santé, 1415 postes de santé polarisant 2 676 cases de santé.

#### **1.2.1.2.3. Les structures de l'hygiène**

Les structures d'hygiène sont constituées de : (i) 14 Brigades Régionales de l'Hygiène qui épousent les contours territoriaux des Régions ; (ii) 2 brigades spéciales d'hygiène à Touba et Tivaouane ; (iii) 61 Sous Brigades de l'Hygiène logées au sein des Districts Sanitaires et ; (iv) 12 Postes d'hygiène. Cependant, 17 districts sanitaires ne disposent pas de sous brigades d'hygiène.

#### **1.2.1.2.4. Les structures de l'Action Sociale**

Dans le domaine de l'Action sociale, l'offre est composée de : (i) quatre (04) Centres nationaux de Réinsertion sociale (CNRS) localisés dans les régions de Diourbel (Bambey), de Louga (Darou Mousty), Kaolack (Kaolack) et Ziguinchor (Bignona) ; (ii) 14 Services régionaux de l'Action sociale (SRAS) ; (iii) 45 Services départementaux de l'Action sociale (SDAS) ; (iv) 49 Centres de Promotion et de Réinsertion sociale (CPRS). L'offre de proximité et communautaire est assurée par des intervenants de première ligne au sein des CPRS, des Postes de Santé et des Cases de Santé.

#### **1.2.1.2.5. Les structures privées de santé**

Le secteur privé de la santé compte 2754<sup>6</sup> structures privées sanitaires (SPS) constituées de :

- 1225 structures de soins dont : 3 hôpitaux, 37 centres de santé, 359 cabinets médicaux, 118 cliniques, 443 cabinets paramédicaux, 132 structures d'entreprise, 111 postes de santé privés ;

---

<sup>6</sup> Source : DPRS, cartographie des structures privées de santé, 2017

- 33 structures de diagnostic dont : 26 laboratoires d'analyse biomédicale, 07 centres de radiologie et d'imagerie médicale.

#### 1.2.1.2.6. Laboratoires

Le Sénégal dispose de 135 laboratoires médicaux dont : 121 publics et 14 privés. Au niveau national, l’Institut Pasteur de Dakar est le laboratoire de référence pour le diagnostic biologique de la fièvre jaune, de la maladie à virus Ébola et de la Covid-19, agréé par l’OMS. Cependant, en cas d’épidémie, d’autres laboratoires sont mis à contribution.



### 1.2.2. Présentation du Système national de recherche pour la santé

#### 1.2.2.1. Historique de la coordination de la Recherche au sein du MSAS

Historiquement, la recherche relevait directement du Cabinet du MSAS, jusqu’en 1999. Ensuite, elle a été gérée par une Division des Etudes et de la Recherche rattachée à l’ex Direction des Études de la Recherche et de la Formation (DERF), de 2000 à 2004. La même Division a été transférée à la Direction de la Santé par le Décret n° 2004-1404 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention médicale, de 2004 à 2012.

Parallèlement à ce processus d’évolution de la Division des Études et de la Recherche, l’instance de revue éthique et scientifique des protocoles de recherche a connu des

changements, tant en statut qu'en contenu. Le premier Comité National pour la Recherche en Santé (CNRS) a été créé en 2001 par l'arrêté ministériel n° 1422 du 2 mars 2001. Le CNRS est composé d'une instance traitant des questions scientifiques et d'une autre traitant des questions éthiques, avec le fonctionnement autonome des deux entités (une de revue scientifique et une autre de revue éthique).

En 2004, l'arrêté n° 3224 du 17 mars 2004, modifiant l'arrêté n° 2001-1422, est pris pour fondre les deux instances dans une seule instance. Mais, il a fallu attendre la loi n° 2009-17, du 09 mars 2009, portant Code d'Ethique pour la Recherche en Santé et son décret d'application n° 2009-729, du 3 août 2009, qui organise son fonctionnement, pour assister à la création de l'actuel Comité national d'Ethique pour la recherche en Santé (CNERS). Cette instance de régulation et de revue éthique est toujours rattachée à la Division de la Recherche qui assure son secrétariat.

Une seconde étape a été franchie en 2012 avec le décret n° 2012-543 du 24 mai 2012 portant répartition des services de l'Etat qui a transféré la Division chargée de la recherche au sein d'une nouvelle Direction, la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS), avec les mêmes missions assignées.

#### **1.2.2.2. Gouvernance et régulation de la Recherche**

La gouvernance de la recherche est assurée par différents organes ministériels et autres instances appelées à prendre des textes et résolutions définissant les normes et la réglementation portant sur l'encadrement du secteur de la recherche. A ce niveau, nous avons le Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI) ayant une compétence transversale de coordination et de renforcement des capacités de recherche scientifique et technique. Dans cette mission de gouvernance de la recherche, d'autres départements ministériels, à forte tonalité de recherche, sont également appelés à mettre en place des cadres normatifs pour une gestion optimale de l'activité spécifique à leur secteur. Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) intervient dans cette logique avec des textes spécifiques pour une régulation de l'activité de recherche essentielle pour la santé.

Le volet régulation est, par contre, assuré par le Comité national d'Ethique pour la Recherche en Santé (CNERS) qui est investi d'une mission d'évaluation et de suivi des protocoles de recherche pour la santé. Il est un organe autonome mis en place par la loi n° 2009-17, du 9 mars 2009, et rattaché à la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS) par le décret n° 2020-936 du 3 avril 2020. Ladite mission est mise en œuvre en relation avec la DPRS, la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), la Direction générale de la Santé publique (DGSP) et les autres comités ayant comme compétence de veiller au respect des droits humains.

#### **1.2.2.3. Coordination de la Recherche**

La coordination de la recherche est essentiellement assurée par la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS), à travers la Division de la Recherche en tant qu'organe investi de la mission de coordination et d'impulsion de la recherche pour la santé. Ce travail de coordination est conduit en parfaite intelligence avec d'autres organes de même compétence.

#### **1.2.2.3.1. La Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques**

La Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS) est le département référent au niveau du Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) pour ce qui est du domaine de la recherche pour la santé. L'une des missions qui lui sont confiées, assurée par la Division de la Recherche, est de promouvoir et de coordonner la recherche dans les domaines médicaux, pharmaceutiques, sanitaires et sociaux.

La DPRS héberge le secrétariat du CNERS qui est en charge de la gestion administrative, de la communication avec les chercheurs ou sponsors ; ceci sous la responsabilité d'un coordonnateur.

#### **1.2.2.3.2. Présentation de la division de la Recherche**

C'est le Décret n° 2012-543 du 24 mai 2012 portant répartition des services de l'Etat qui a transféré la Division chargée de la recherche au sein d'une nouvelle direction appelée Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS).

Elle a pour mission de :

- Coordonner les activités de recherche au sein du MSAS ;
- Développer la recherche et l'innovation pour la santé et contribuer à sa visibilité au niveau international ;
- Améliorer la gestion de la connaissance, la capitalisation et l'utilisation des résultats de la recherche ;
- Améliorer l'encadrement de la recherche et le respect des principes éthiques dans le champ de la santé

#### **1.2.2.4. Niveau opérationnel**

Il est constitué par les centres, instituts de recherche et universités dont la mission est de produire la connaissance et de former des compétences dans la spécialité de la recherche. En plus de ces organes, il existe d'autres acteurs qui utilisent la « compétence recherche » pour améliorer la prestation de services. Il s'agit principalement des programmes nationaux de santé, certaines directions et agences dont la mission est d'améliorer le cadre d'épanouissement et de mieux être des populations à tout âge.

#### **1.2.2.5. Place de la Recherche dans la politique du MSAS**

La politique nationale de santé est décrite dans la Lettre de Politique sectorielle pour le Développement (LPSD) et le Plan national de Développement sanitaire et social (PNDSS-2019-2028) qui s'inspirent du Plan Sénégal Emergent (PSE). Dans ce dernier document, qui décline les ambitions de l'Etat en matière de développement économique et social à l'horizon 2035, il y a l'Axe 2 qui explicite la position centrale du capital humain dans les programmes sectoriels de la politique du Sénégal. A travers cet Axe 2, le Sénégal a orienté le PNDSS (2019-2028) dans l'optique d'une prise en compte opérationnelle des ambitions, en matière de développement sanitaire, déclinées dans le PSE. La recherche est identifiée dans le PNDSS comme un vecteur de changement et de renforcement de la gouvernance, notamment à travers la ligne d'action 7 : « *Promotion de la recherche opérationnelle et de la culture évaluative pour la prise de décisions.* »

La position de la recherche dans les programmes de développement sanitaire a connu plusieurs variations, à travers les trois programmes mis en œuvre. De 1997 à 2006, la recherche en santé a bénéficié de ressources substantielles à travers le Programme de Développement Intégré du secteur de la Santé (PDIS), avec un fonds d'impulsion d'un montant annuel de deux cent dix millions de francs CFA (210 000 000 FCFA). Cela a permis de développer la recherche opérationnelle et les capacités de recherche par l'octroi des bourses et allocations de recherche. Cette dynamique a été consolidé à travers un programme intermédiaire, de 2007 à 2009, appelé Programme National de Développement Sanitaire 2<sup>e</sup> phase (PNDS 2).

Ce fonds d'impulsion, dédié au financement des activités de recherche, était une demande de l'Etat dans le cadre de la convention d'appui au développement signé avec la Banque mondiale (BM). Ce fonds qui a permis la relance de la recherche dans le secteur de la santé était, malheureusement, essentiellement issu du financement extérieur. Ainsi, cette possibilité d'appui à la recherche a pris fin avec la clôture du PDIS. Cela a posé le problème de la pérennisation du financement de la recherche à travers la mobilisation de ressources domestiques.

L'élaboration du PNDS (2009-2018) a certes identifié la recherche en santé comme priorité mais sans la création de conditions pour son financement. Cela a renforcé sa dépendance au financement extérieur du fait que l'essentiel des programmes de recherche provenaient des appels à candidature lancés par le partenariat international. Cet état de fait orientait systématiquement la recherche sur des thématiques choisis par les partenaires et qui ne correspondaient pas aux besoins du pays.

Pour le PNDSS (2019-2028), le choix de la recherche comme priorité a été consolidé à travers la ligne d'actions 7 intitulée : « *Promotion de la recherche opérationnelle et de la culture évaluative pour la prise de décisions* ». L'opérationnalisation de cette ambition constitue l'un des défis du présent plan stratégique.

L'arrivée en 2012 de l'Action sociale dans le département de la Santé crée, parallèlement, une opportunité de développement de la recherche en sciences sociales et humaines. En effet, la maîtrise des déterminants de la santé, pourrait contribuer à accélérer l'atteinte de l'ODD 3 : « *la santé pour tous et à tout âge* ». Malheureusement, le levier de la recherche ne semble pas être perçu comme un moyen pouvant accompagner le déploiement du volet social. En effet, l'analyse du plan stratégique 2015-2024 de la Direction générale de l'Action sociale (DGAS), laisse apparaître une absence de la recherche. Cela pose la problématique d'une incompréhension du rôle de la recherche dans la politique de l'action sociale ou une insuffisance de capacités à utiliser la compétence recherche pour créer le changement qualitatif durable.

Pour ce qui des programmes nationaux de santé, la recherche est souvent mise dans une composante dénommée : « Suivi-évaluation et Recherche ». Cette fusion rend souvent invisible ou inopérant le volet recherche au profit de celui de suivi et évaluation. Aussi, la résolution appelant que 5% des financements des programmes de santé issus des partenaires soient alloués à la recherche, n'est toujours pas appliquée. L'évaluation de cet indicateur est toujours problématique du fait que la recherche ne soit pas autonome. Toutefois, des évidences sont régulièrement générées par l'activité de recherche pour éclairer les politiques et pratiques desdits programmes. Dès lors, il convient de noter à ce niveau un manque de coordination des activités de recherche opérationnelle avec la Division de la Recherche.

## **DEUXIEME PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE**

### **2.1. Régulation de la Recherche pour la Santé**

La régulation de la recherche pour la santé est structurée à travers un corpus de textes juridiques et des instances appelées à les appliquer.

#### **2.1.1. Encadrement juridique**

La recherche est un secteur qui peut faire appel à tous les textes organisant la vie humaine. Toutefois, au Sénégal, le seul texte législatif spécifique à la recherche est la loi n° 2009-17 du 09 mars 2009 portant Code d'éthique pour la Recherche en santé. Cette loi a permis de prendre un décret d'application n° 2009-729 du 03 août 2009 portant création, organisation et fonctionnement du Comité national d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS), un arrêté d'internalisation des Bonnes Pratiques Cliniques (BPC/ICH) et un deuxième portant adoption des outils de gestion du CNERS. Cet ensemble de textes spécifiques a fait l'objet d'une analyse mettant en exergue les insuffisances à prendre en charge pour une meilleure organisation de la régulation de la recherche. En effet, ladite loi et son décret d'application renvoie plus à un comité national de bioéthique qu'à un comité d'éthique opérationnel de la recherche. Le nombre de membres (32) et le profil majoritairement institutionnel (représentant Assemblée nationale, ministères, ordres professionnels, etc.) rendent très difficile le fonctionnement de ladite instance. En outre, la loi ne crée pas la possibilité d'une décentralisation ou déconcentration des activités du CNERS à travers la création de comités d'éthiques institutionnels et/ou régionaux.

En outre, l'enquête menée auprès des acteurs a également montré que le peu de textes spécifiques existants n'est malheureusement pas assez connu. Cela pose les problèmes suivants : *i)* difficulté d'atteindre le quorum lors des sessions d'évaluation ; *ii)* le profil de certains membres non adapté à la fonction attendue ; *iii)* surcharge de travail du comité du fait du nombre important de protocoles reçus par mois (10 à 25) et *iv)* méconnaissance des textes par les acteurs occasionnant ainsi la multiplication des infractions et l'invalidation de résultats de recherche déjà menée. En effet, l'avis éthique étant une exigence des journaux scientifiques, tout chercheur qui ne satisfait pas cette condition, voit sa requête de publication rejetée.

#### **2.1.2. Instances de régulation**

Les instances de régulation de la recherche pour la santé sont, au regard de la loi n° 2009-17 portant Code d'éthique pour la Recherche en santé, représentées par le CNERS, la Direction de la Pharmacie et du Médicaments (DPM), la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS), la Direction Générale de Santé (DGS) et le Centre antipoison.

Le CNERS assure l'évaluation et le suivi des protocoles de recherche. Il conseille également le Ministre de la Santé et l'Action sociale en matière d'éthique et de respect des droits humains. Il est un organe consultatif et émet des avis éthiques et scientifiques sur les protocoles en destination des chercheurs soumissionnaires et du MSAS.

La DPRS coordonne la recherche et délivre, au nom du Ministre de la Santé et l'Action sociale, les autorisations administratives de recherche. Elle assure le suivi de la mise en œuvre des protocoles.

La DPM est l'organe chargé de réglementer l'utilisation des médicaments et produits pharmaceutiques sur tout le territoire national. Dans ce cadre, elle contribue à renforcer la qualité dans l'évaluation des protocoles d'essais cliniques en émettant un avis règlementaire sur le protocole et en livrant des autorisations temporaires d'utilisation ou d'importation des médicaments ou produits pharmaceutiques.

En plus de ces organes, d'autres peuvent être sollicités selon la spécificité ou la complexité du protocole examiné. Il s'agit, entre autres, de la Commission de Protection des données personnelles (CDP), et de l'Autorité nationale de Biosécurité (ANB) ainsi que son comité consultatif qu'est le Comité national de Biosécurité (CNB).

Il convient de signaler l'absence de systématisation de la collaboration entre ces différentes instances du fait de la non disponibilité d'un organigramme régulant les interactions. Cela est, parfois, à l'origine d'incompréhension et de conflits de compétence dans la gestion des demandes d'avis émanant des chercheurs.

En plus de ces instances régulières à compétence nationale, des initiatives sont prises pour la création de comités éthiques institutionnels (CEI) en vue de renforcer la culture de l'éthique de la recherche dans les universités et centres de recherche. Ces instances ne sont malheureusement pas encore intégrées dans le système national de revue éthique des protocoles de recherche.

## 2.2. Planification de la Recherche pour la Santé

Conformément aux réformes de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), le système de planification en vigueur au Ministère de la Santé et de l'Action sociale a connu, ces dernières années, des changements majeurs avec notamment l'introduction de la Gestion axée sur les Résultats (GAR). Ce système repose sur les documents de référence que sont : la Lettre de Politique Sectorielle de Développement (LPSD) le Document Pluriannuel de Programmation des Dépenses (DPPD) triennal glissant, le Plan national de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) et le Plan de Travail Annuel (PTA).

Avec ces réformes, l'élaboration des plans stratégiques devient, de plus en plus, une pratique permettant aux différents domaines du secteur de la santé de définir leurs priorités et de proposer les voies et moyens pour leur prise en charge adéquate et réussie. C'est dans cette logique que le secteur de la recherche a eu à élaborer son premier plan stratégique en 2001, pour une durée de 5 ans, suivi d'un plan stratégique de la recherche en Santé couvrant la période 2009-2012. Depuis 2013, cette démarche de planification a été remplacée par un document d'identification des priorités de recherche qui avait comme objectif d'amener les chercheurs à intégrer les préoccupations du MSAS dans les programmes de recherche qu'ils élaborent afin de solliciter des financements extérieurs.

Même si la planification était une pratique régulière, les documents issus de ces exercices ne faisaient pas souvent objet d'évaluation du fait de la difficulté à trouver des partenaires disposés à les financer.

Au regard de ce qui précède, les défis suivants sont identifiés :

- La régularité de l'élaboration de plans stratégiques quinquennaux ;
- Le financement des plans stratégiques
- L'élaboration et la mise à jour d'un document consensuel définissant les priorités nationales de recherche pour la santé ;
- L'amélioration de la promotion de la recherche de mise en œuvre (MRO) dans les plateformes d'offres de services de santé et d'action sociale.

## 2.3. Pilotage, Coordination et Gestion de la Recherche pour la Santé

### 2.3.1. Coordination nationale au sein du MSAS

La Direction de la Planification, de la Recherche et de la Statistique (DPRS) est le département référent au niveau du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) pour ce qui est du domaine de la recherche pour la santé. L'une des missions de cette direction est de promouvoir et de coordonner la recherche dans les domaines médicaux, pharmaceutiques, sanitaires et sociaux.

Cette mission est opérationnalisée à travers la Division de la Recherche. Malgré l'existence de cette unité nationale de coordination de la recherche, le caractère fragmentaire et parcellaire de la recherche persiste au sein du MSAS. En effet, les programmes et certaines directions ont tendance à développer leurs activités de recherche à l'insu de la Division de la Recherche. Toutefois, par une approche proactive permettant de mettre à disposition des opportunités de financement, la division parvient à mettre en synergie des programmes de recherche contribuant ainsi à renforcer la coordination. Le fait que le CNERS soit logé au niveau de la Division de la Recherche constitue également une autre opportunité de coordination de la recherche au MSAS.

La coordination de la recherche est donc faite, d'une part, à partir de comités thématiques animés par les différents programmes de santé en rapport avec la Division de la Recherche et, d'autre part, de groupes multisectoriels constitués en fonction des opportunités créées par des programmes de recherche. Lesdits programmes sont en général issus de financements extérieurs et portés par des groupes mixtes de recherche.

Vus les défis et l'importance de plus en plus grandissante de la dimension transversale de la recherche, des préoccupations ont été évoquées quant au repositionnement de la coordination de la recherche dans le dispositif institutionnel de gouvernance et de management du secteur de la santé.

Sur le plan de la coordination multisectorielle, le Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI) a pris des initiatives à travers le Fonds d'Impulsion de la Recherche Scientifique et Technique (FIRST) pour créer une synergie d'actions, de partage d'opportunités de financement, de collaboration dans l'élaboration, la mise en œuvre des propositions de recherche et de plaidoyer. Malheureusement, à l'analyse des documents et des données collectées auprès des informateurs clés, ce processus de renforcement de la collaboration multisectorielle reste encore embryonnaire.

Les défis répertoriés à ce niveau sont, entre autres :

- Établir formellement les Groupes thématiques prioritaires (GTP) du MSAS et les mettre en synergie avec les Unités de Formation et de Recherche (UFR) des Universités ;

- Rendre fonctionnel et productif l'approche Tutorat dans les Universités et les Programmes de santé publique ;
- Mettre en place une plateforme multisectorielle et consultative qui met en commun les chercheurs, en réponse au caractère fragmentaire et parcellaire de la coordination de la recherche, le cloisonnement dans et entre universités et instituts de recherche.

### **2.3.2. Leadership national en matière de Recherche pour la Santé**

Le développement d'un véritable leadership et d'une appropriation au niveau national est nécessaire pour implémenter une culture de la recherche durable, éthique et équitable. Pour ce faire, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a érigé la recherche pour la santé au niveau directionnelle avec l'érection de la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS) par le décret n° 2020-936 du 3 avril 2020 qui, à travers la Division de la Recherche et le CNERS, a créé un dispositif de collaboration productive entre les acteurs de la recherche en santé.

Avec la loi n° 2009-17 du 9 mars 2009 portant Code d'Ethique pour la Recherche en Santé, la mise en œuvre d'un protocole de recherche sur le territoire national est assujetti à l'obtention de documents de non objection éthique et administrative. La délivrance desdits documents obéit à la soumission de protocoles de recherche au CNERS. Cela a permis de disposer d'une banque de données substantielles sur l'activité de recherche et l'identification des chercheurs, de leurs sponsors et des ressources financières mobilisées.

Ce Système d'information, à des fins de gestion de la recherche, confère à la Division de la Recherche une position transversale et lui permet d'avoir une bonne lisibilité du champ de la recherche et une position centrale dans le management de la recherche pour la santé au niveau national. Cela lui donne également les moyens d'initier, au nom du MSAS, des réseaux de gouvernance sous-régionale et internationale de la recherche, la mise en place de collaboration productive dans la régulation de la recherche. En effet, cette dynamique régionale ne saurait prospérer si elle ne s'appuie pas, sur un système national de recherche avec des efforts d'organisation pour une recherche centrée sur les besoins de la communauté et du système national de la santé.

En effet, le Sénégal dispose d'institutions fortes et respectueuses de la règlementation en vigueur en matière d'encadrement de la recherche contribuant ainsi au rayonnement régional et mondial du pays en matière de recherche pour la santé. Cet avantage comparatif est souvent mis à contribution pour drainer des financements extérieurs et développer l'environnement technique et stratégique de la recherche avec la mise en place de laboratoires de pointe mais également d'organisation de conférences mondiales sur des thématiques émergentes.

Toutefois, il faut remarquer l'inexistence au niveau national d'activités systématisées de plaidoyer envers l'Assemblée nationale, les autres Ministères (de l'Économie et des Finances et de l'Enseignement supérieur) et le secteur privé, pour la mobilisation des ressources. Il manque également, la systématisation de journées de partage des résultats de la recherche. La capitalisation de ces produits de recherche reste encore à être développée pour une meilleure internalisation des connaissances générées par ledit secteur au service de l'amélioration des politiques et pratiques de la santé.

Au regard de ce qui précède, l'on peut retenir les défis qui suivent :

- Le développement d'un plaidoyer pour le repositionnement de la coordination de la recherche dans le système de management du secteur de la santé ;
- L'organisation de journées nationales dédiées à la recherche pour la santé ;
- L'institutionnalisation d'un prix pour la recherche en santé ;
- La mise en place d'un institut national de recherche pour la santé avec un fonds d'appui pour le développement de la recherche pour la santé.

### 2.3.3. Gestion de la recherche

La recherche pour la santé est mise en œuvre à travers une unité nationale de coordination représentée par la division de la Recherche, les Centres, Universités et Instituts de recherche en santé et les programmes nationaux de santé. Cette gestion reste encore fragmentaire et parcellaire du fait que chaque segment de la chaîne de production a tendance à développer de façon solitaire ses activités. Le foisonnement d'organismes de recherche pour la santé, requiert une cartographie de la recherche pour la santé et une implication de la Division de la Recherche dans la normalisation du secteur par l'exigence d'un avis technique du MSAS pour la délivrance des autorisations d'ouverture de Centres et Instituts de recherche.

La Division de la Recherche, chargée de coordonner cette activité, se cantonne à sa mission de régulation, de capitalisation, de renforcement de capacités et de mise en œuvre de quelques activités de recherche implémentation. L'activité centrale de coordination qui devait amener à disposer d'un comité national de gestion composé des points focaux de la recherche, issus de chaque plateforme de gestion, reste malheureusement peu développée. En effet, la mise en place d'une telle structure permettrait, tout en respectant l'autonomie fonctionnelle des entités, une meilleure lisibilité et un suivi plus productif du secteur de la recherche.

Il existe également un cloisonnement intra et inter institutionnel en matière de la recherche. En effet, rares sont les chercheurs qui se mettent en équipe intra et/ou inter institutionnel pour répondre à des appels à des candidatures dans le secteur. La collaboration est plus ressentie avec le partenariat international entraînant ainsi la mise en œuvre de programmes de recherche à objectifs extravertis. La perspective d'une recherche développement réussie et centrée sur les priorités nationales passe immanquablement par la mise en place d'unités mixtes de recherche transcendant les profils professionnels et institutionnels.

La matérialité de la performance de la recherche est également assurée par le nombre de publications mais aussi de rapports d'orientation et de *policy briefs*. Malheureusement, pour ces preuves de performance, le Sénégal reste encore très loin par rapport aux autres pays africains, particulièrement ceux anglophones. Pour améliorer cette capacité de production scientifique et la contribution dans la connaissance mondiale, les acteurs de la recherche devront voir leurs capacités renforcées en écriture scientifique, gestion et transfert de la connaissance.

Au regard de ce qui précède, on peut retenir les défis qui suivent :

- La mise en place d'un comité national de gestion de la recherche pour la santé ;
- La promotion d'unités mixtes de recherche transcendant les profils professionnels et institutionnels ;
- Le renforcement des capacités en écriture scientifique, gestion et transfert de la connaissance pour un repositionnement du Sénégal dans les publications scientifiques et l'implémentation de la recherche-développement ;

- La réalisation de la cartographie des institutions de recherche pour la santé ;
- L'exigence d'un avis technique du MSAS dans la délivrance des autorisations d'ouverture de Centres et Instituts de recherche.

## 2.4. Financement de la Recherche pour la Santé

### 2.4.1. Financement de la Recherche au niveau national

Au Sénégal, il a été créé une ligne appelée Fonds d'Impulsion pour la Recherche Scientifique et Technique (FIRST), par le décret n° 2002-935 du 3 octobre 2002 modifiant le décret n° 89-570 du 16 mai 1989. Ce fonds administré au niveau du Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI), d'un montant de quatre cents millions de francs CFA (400 000 000 FCFA), est compétitif et ouvert à tous les secteurs de développement économique et social. Il était habituellement affecté au secteur de la santé, un montant de cent millions de francs CFA (100 000 000 FCFA) avec des financements qui ne devraient pas dépasser vingt millions de francs CFA (20 000 000 FCFA). Parallèlement à cette opportunité de financement public, avec le PDIS et le PNDS phase 2 (1997-2008), a été mis en place un fonds de l'ordre de deux cents millions de francs CFA (200 000 000 FCFA) avec cent millions de francs CFA (100 000 000 FCFA) pour le niveau central et dix millions francs CFA (10 000 000 FCFA) pour chacune des dix régions de l'époque. Cette décision a boosté la recherche opérationnelle pendant au moins dix ans, le temps qu'a duré l'alimentation de la ligne de crédit.

Pour la coordination de la recherche au niveau du secteur de la santé, une ligne de crédit de trente millions de francs CFA (30 000 000 CFA) a été affectée au programme de recherche pour la santé, logée à la Direction de la Santé, de 2004 à 2011. Ces ressources ont permis à la Division de la Recherche, d'organiser des réunions d'identification et de planification des priorités de recherche, des ateliers de partage des résultats, de renforcement de capacités en recherche, de participation à des rencontres internationales sur la recherche (Sommet mondial sur la recherche en santé, Mexico 2004, Bamako 2008), des supervisions et des journées régionales de capitalisation.

Dans le cadre de la coopération Belgo-sénégalaise, un appui de cinquante millions de FCFA (50 000 000 FCFA) par an a permis de financer des stages de formation en recherche sur les systèmes de santé à l'Université Libre de Bruxelles (ULB) de plus de quatre-vingt (80) agents du MSAS et des partenaires de l'UCAD, d'organiser plus de douze (12) ateliers de renforcements de capacités en recherche opérationnelle et de mettre en œuvre cinq (5) projets de recherche.

Le financement de la recherche est fait aussi à partir des programmes de santé qui, dans le cadre des conventions signées avec les partenaires techniques et financiers (PTF), intègrent des lignes dédiées à la formation, au suivi et à la recherche pour la santé. Ainsi, à travers des appels à candidature, des protocoles de recherche sont financés dans l'optique d'éclairer les décisions, en lien avec le fonctionnement du programme ou la prise en charge de la maladie. Dans ces programmes, la configuration du financement rend difficile l'évaluation du respect des engagements internationaux stipulant l'allocation de 5% des budgets des programmes au secteur de la recherche.

Ces ressources restent malheureusement très insuffisantes par rapport au besoin de financement de la recherche permettant d'explorer les priorités nationales.

En effet, le plan stratégique de la recherche (2004-2008) avait estimé ce besoin de financement à plus de quatre (4) milliards de FCFA.

Par ailleurs, on constate une quasi-absence du secteur privé dans le financement domestique. Cela pose le problème d'une insuffisance d'exploitation des niches de financement domestique pour soutenir la recherche centrée sur les priorités nationales. Avec la restructuration du secteur de la santé mettant la recherche avec la planification et les statiques, le financement public de la recherche n'a plus une réelle lisibilité même si le Plan national de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) lui consacre une ligne d'action spécifique. Cette situation fait que la recherche pour la santé est rarement prise en compte dans les négociations pour les conventions de financement.

Au regard de ce qui précède, les défis qui suivent peuvent être retenus :

- La réactivation de la ligne de crédit dédié à la coordination de la recherche dans le cadre du programme « Gouvernance, gestion et coordination » ;
- La mise en place d'indicateurs permettant d'évaluer le respect des engagements internationaux en matière d'allocation de ressources pour le financement et la coordination de la recherche ;
- Le développement d'un plaidoyer pour une meilleure implication du secteur privé dans le financement de la recherche pour la santé ;
- La création de conditions juridiques pour une autonomie dans le management du secteur de la santé au sein du MSAS.

#### 2.4.2. Financement de la Recherche par des Ressources financières extérieures

Les ressources extérieures pour le financement de la recherche pour la santé sont essentiellement mobilisées à travers trois (3) mécanismes :

- La coopération bilatérale (USAID, LUXDEV, CRDI, ACDI, AFD, etc.) ;
- La coopération multilatérale (OMS, ONUSIDA, UNICEF, UNFPA, UNDP, etc.) ;
- Les initiatives internationales comme celles du Fonds mondial de lutte contre le Paludisme, le Sida et la Tuberculose, l'Alliance mondiale pour la vaccination (GAVI), PHCPI, EDCTP ;
- Les Grants au niveau international.

A défaut d'un système exhaustif de collecte des données financières mobilisées au niveau du pays pour le compte de la recherche pour la santé, la part estimée des financements extérieurs déclarée, à travers les projets de recherche soumis et approuvés par le CNERS en 2019, est de 85,6%.

L'accès au financement extérieur requiert des compétences dans la maîtrise des mécanismes de soumission aux appels à candidature, mais également des capacités de négociation pour l'intégration des besoins dans les conventions à signer avec les partenaires bilatéraux et multilatéraux. A ce niveau, le Sénégal traîne des lacunes. En effet, seuls quelques Centres, Instituts et groupes de recherche, sont régulièrement sélectionnés dans les appels à candidature laissant ainsi en rade une bonne partie des acteurs de la recherche et ralentissant ainsi la progression des jeunes chercheurs. Ces opportunités de financement sont, malheureusement, peu connues du fait de l'absence de centre d'information spécialisé accessible portant sur les possibilités d'allocation de ressources de recherche.

Au regard de ce précède, les défis qui suivent sont relevés :

- Le renforcement des compétences des chercheurs dans la maîtrise des mécanismes de soumission aux appels à candidature ;
- Le renforcement des capacités de négociation des managers du secteur pour une meilleure prise en compte de la recherche dans les conventions de financement ;
- L'accompagnement des jeunes chercheurs dans la recherche de financement ;
- La mise en place d'un centre/point d'information spécialisé dans le financement de la recherche.

#### **2.4.3. Existence d'un système de collecte de l'information financière sur les fonds mobilisés pour la Recherche pour la Santé**

L'information financière sur la recherche pour la santé est capturée à partir de l'enquête sur les comptes de la santé et l'annuaire statistique de la recherche qui est une initiative récente de la Division de la Recherche. Pour les comptes de la santé, la difficulté de disposer de données financières spécifiques à la recherche se situe au niveau de la configuration des lignes de financement au niveau du budget des ministères, des partenaires techniques et financiers (PTF) et des programmes de santé. En effet, la recherche est toujours confondue dans une ligne commune à l'évaluation et à la formation. L'autre contrainte est l'inaccessibilité des informations financières au niveau des Centres, Instituts de recherche et Universités. Pour l'annuaire statistique de la recherche, l'information est loin d'être exhaustive du fait que tous les projets de recherche en santé ne sont pas systématiquement enregistrés au niveau de la base de données du CNERS.

Au regard de qui précède, les défis qui suivent sont retenus :

- L'isolement du financement de la recherche dans les budgets des ministères, programmes de santé et des PTF ;
- La création de conditions d'un meilleur accès à l'information financière dans les ministères et PTF ;
- La mise en place d'un système de collecte exhaustif des ressources consacrées à la recherche pour la santé.

### **2.5. Suivi et Evaluation**

La recherche pour la santé est suivie à travers l'organisation de réunions de coordination au niveau des différents centres de responsabilité, des missions de supervision et de rapports annuels de la Division de la Recherche et du CNERS. En dehors des bilans effectués sur les deux premiers plans stratégiques de la recherche pour la santé, la seule évaluation qui a permis d'avoir un diagnostic du secteur de la recherche et celle qui a porté sur la revue à mi-parcours du PNDSS 2009-2018. Cette dernière évaluation avait ressorti l'absence d'intégration du volet recherche dans le système de suivi et d'évaluation du PNDSS (réunions de coordination des centres de responsabilité, Comité interne de suivi (CIS), Revues annuelles conjointes (RAC) et missions conjointes de suivi).

Les plans de suivi et d'évaluation des plans stratégiques de la recherche pour la santé n'ont pas souvent fait l'objet d'une mise en œuvre effective. Avec la mise place des plans de travail annuels (PTA), des bilans semestriels et annuels sont certes faits mais ne sont pas assez

substantiels pour induire les changements qualitatifs nécessaires à l'implémentation d'un système national de la recherche pour la santé, efficient, résilient et productif.

En outre, le logiciel d'information sanitaire du district (DHIS2), qui est un entrepôt de données sanitaires, n'a pas encore paramétré des indicateurs sensibles au suivi et à l'évaluation de la recherche pour la santé.

Au regard de ce qui précède, les défis suivants sont retenus :

- Le suivi programmatique et l'évaluation systématique des plans stratégiques ;
- L'intégration du volet recherche dans le système de suivi et d'évaluation du PNDSS ;
- La mise en œuvre effective du plan de suivi et évaluation du plan stratégique ;
- Le paramétrage d'indicateurs sensibles au suivi et à l'évaluation de la recherche pour la santé.

## 2.6. Documentation, Diffusion et Utilisation des résultats

### 2.6.1. Centralisation des protocoles et des rapports de recherche

La loi n° 2009-17 du 09 mars 2009 portant Code d'Ethique pour la Recherche en Santé crée une obligation pour tout chercheur devant mener un protocole de recherche, de le soumettre au Comité national d'Ethique pour la Santé (CNERS). Cela a permis de créer une base de données sur les protocoles de recherche. Toutefois, la non exhaustivité de cet enregistrement fait qu'il est nécessaire de faire la cartographie de l'activité de recherche afin de répertorier toutes les sources hébergeant des protocoles de recherche pour la santé dans une perspective de création d'un Observatoire de la recherche pour la santé. Si les protocoles de recherche sont systématiquement répertoriés dans la base de données du CNERS, il n'en est pas de même pour les rapports portant sur les résultats générés.

Avec la bibliothèque centrale du MSAS, des initiatives de classement des différents documents générés par le système sont en cours de mise en œuvre et devraient permettre de créer une plateforme virtuelle sur les documents de recherche. Cette base pourrait également être complétée par le fond documentaire qui est en train d'être constitué au niveau du site internet du CNERS ([www.cners.sn](http://www.cners.sn)).

Au regard de ce qui précède, les défis sont :

- La cartographie des sources hébergeant des protocoles de recherche pour la santé dans la perspective de la mise en place d'un observatoire de la recherche pour la santé ;
- La systématisation de la production et de l'enregistrement des rapports de recherche des protocoles enregistrés au CNERS.

### 2.6.2. Diffusion des résultats de la recherche

La diffusion des résultats de la recherche se fait à travers des rencontres nationales et internationales sur la base de communications orales, de posters ou d'abstracts. Ces rencontres sont organisées selon la volonté des équipes de recherche ou à partir de la mise en œuvre des plans de travail annuels (PTA) de la division de la Recherche. Cela pour dire qu'il n'existe pas de systématisation de cette activité qui est pourtant la condition sine qua non permettant à la recherche d'impacter sur le changement visé.

Un autre canal de diffusion des résultats se trouve être la publication d'articles dans les journaux scientifiques. A ce niveau, la langue régulièrement utilisée est l'anglais constituant ainsi une contrainte pour une bonne partie des chercheurs francophones. Cela influe sur la contribution des chercheurs sénégalais dans le partage des savoirs et des connaissances au niveau international. Ainsi, le renforcement des compétences en écriture syntagmatique et à l'utilisation de l'anglais scientifique constitue une urgence pour combler ce déficit.

Les plateformes électroniques sont également des moyens utilisés pour partager et diffuser les productions issues des activités de recherche. La plupart des instituts, centres, groupes de recherche et universités disposent de portails web pour la diffusion de leurs résultats de recherche. Toutefois, ces plateformes ne sont pas souvent bien connues du public potentiel utilisateur. Le site web, de même que les journaux d'information du MSAS n'ont pas aménagé d'espaces dédiés à la recherche pour la santé. Le site du CNERS est essentiellement orienté vers des ressources sur la régulation de la recherche.

Au regard de ce qui précède, les défis sont :

- L'organisation d'un forum annuel sur le partage des résultats de la recherche ;
- Le renforcement des compétences des chercheurs en écriture syntagmatique et à l'utilisation de l'anglais scientifique ;
- L'aménagement d'espaces dédiés à la recherche pour la santé dans le site web et les journaux d'information du MSAS.

#### 2.6.3. Utilisation des résultats de la recherche

L'utilisation des résultats de la recherche dans les politiques et pratiques de santé requiert une mise à disposition de ces connaissances dans un langage accessible aux potentiels utilisateurs. Ainsi, pour les chercheurs et autres scientifiques, ils peuvent accéder à ces résultats à travers les sites et journaux de publications d'articles scientifiques ou des bibliothèques disposant de la littérature grise. Pour les décideurs, le langage hermétique, souvent utilisé, ne facilite pas l'accès et une compréhension des connaissances contenues dans les rapports et articles. Ces derniers ont, en effet, besoin que ces rapports de recherche soient exploités et présentés sous formes de documents d'orientation et/ou de politique. Cela n'est malheureusement pas le cas pour beaucoup de recherches dont les résultats devraient influencer la transformation positive des politiques et pratiques de santé. Les résultats de recherche, étant souvent des produits de programmes inspirés par des partenaires extérieurs, restent peu attractifs pour les décideurs qui ne voient pas les préoccupations du secteur prises en charge de façon adéquate.

Au regard de ce qui précède, les défis sont :

- L'utilisation d'un langage accessible aux décideurs dans la présentation des résultats de recherche ;
- La présentation des résultats en documents d'orientation et de policy briefs ;
- L'orientation de la recherche sur les préoccupations du secteur pour pouvoir amener les décideurs à être sensibles aux résultats générés à des fin d'utilisation.

## **TROISIÈME PARTIE : CADRE STRATÉGIQUE DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE**

### **3.1. Vision et Objectifs**

Le plan stratégique de la recherche pour la santé repose sur une vision et des objectifs clairement définis.

#### **3.1.1. Vision**

Un système national de recherche pour la santé, générateur de connaissances scientifiques qui guident les politiques, les stratégies et les pratiques de santé pour l'amélioration du bien-être des populations sénégalaises à tout âge.

#### **3.1.2. Objectifs**

- Objectif 01 : mettre en place un système national de recherche pour la santé ;
- Objectif 02 : développer une régulation efficace de la recherche pour la santé ;
- Objectif 03 : renforcer les capacités de recherche pour la santé ;
- Objectif 04 : capitaliser les résultats de la recherche pour faciliter leur utilisation dans les politiques et pratiques de santé ;
- Objectif 05 : renforcer la mobilisation des ressources domestiques pour le financement de la recherche pour la santé.

### **3.2. Principes directeurs**

Pour atteindre les objectifs, le plan stratégique national de la recherche pour la santé repose sur les principes directeurs suivants :

- **La gestion axée sur les résultats**

Le plan stratégique national de la recherche pour la santé s'inscrit dans le cadre programmatique de la gestion axée sur les résultats (GAR). Il s'agit, à travers cette dernière, de façon durable, une gestion efficace et coordonnée de la recherche basée sur six principes : simplicité, apprentissage par l'action, responsabilité, adaptabilité, partenariat, transparence.

- **L'approche participative**

L'approche participative doit être, à la fois, multisectorielle et transdisciplinaire. Pour cela, les conditions de participation plurielle des acteurs doivent être créées à travers des sessions de consultation pour une synergie d'actions.

- **L'inclusion**

L'inclusion est une question de respect des droits de l'homme. Elle est considérée comme un moyen permettant de tenir compte de la diversité. Promouvoir l'inclusion dans la recherche

pour la santé est une étape essentielle à la réalisation de recherches novatrices et efficaces permettant de faire avancer les connaissances.

- **Le respect de la propriété intellectuelle**

La protection du capital intellectuel commande le respect de la propriété intellectuelle. Les résultats de la recherche doivent être protégés et gérés de façon efficace par un système de propriété intellectuelle. Il s'agit de créer un environnement qui favorise et facilite la diffusion des savoirs tout en protégeant le droit des chercheurs à contrôler et à tirer profit du fruit de leurs travaux.

- **Le respect de la vie privée**

Le respect de la vie privée constitue à la fois une norme et un principe éthique reconnus à l'échelle internationale. Il est intimement lié au droit de respect de la dignité, l'intégrité et l'autonomie de chaque individu. Il a un corollaire incontournable : la confidentialité.

- **Le consentement éclairé**

Le consentement éclairé permet de préserver la dignité, l'intégrité et la sécurité des participants à la recherche. Il doit être garanti par le CNERS.

- **La redevabilité et la transparence :**

Elles reposent sur le devoir des acteurs engagés dans la planification, la coordination, la gestion et la gouvernance de la recherche pour la santé de rendre compte. Le devoir de rendre compte est une exigence forte dans un contexte de financement basé sur les résultats.

- **L'efficacité**

L'efficacité permet de s'assurer que toutes les ressources consacrées à la recherche pour la santé sont affectées et utilisées de façon rationnelle pour optimiser la génération et l'exploitation de produits de la recherche scientifiquement valables.

- **L'efficience**

L'efficience commande l'utilisation optimale des moyens et ressources alloués à la recherche pour la santé en vue de l'obtention des meilleurs résultats avec moins de ressources possibles. La mesure de l'efficience est le fait de déterminer si les ressources investies dans la recherche permettent d'obtenir le meilleur rendement, mesuré en termes de bénéfices pour le bien-être de la population.

- **L'éthique de la recherche et l'intégrité scientifique**

Elles sont traduites à travers l'adoption de comportements individuels exclusivement respectueux de la dignité des personnes. L'éthique de la recherche est une démarche réflexive portant sur les valeurs et les finalités de la recherche scientifique. Quant à l'intégrité scientifique, elle est une démarche normative visant à encadrer les bonnes pratiques des chercheurs en établissant des normes et des principes.

### **3.3. Axes stratégiques**

Tenant compte des principaux défis de la recherche pour la santé mentionnée plus haut, trois (3) axes stratégiques et neuf (9) lignes d'actions ont été définis :

## **AXE STRATEGIQUE N°1 : Amélioration de la Gouvernance de la recherche pour la santé**

1. Renforcer le processus de planification de la RPS ;
2. Assurer le pilotage, la coordination et la régulation de la RPS ;
3. Assurer la gestion de la connaissance, la capitalisation et l'utilisation des résultats de la recherche pour la santé ;
4. Renforcer le partenariat et promouvoir la multisectorialité.

## **AXE STRATEGIQUE N°2 : Renforcement de capacités de la RPS**

5. Renforcer les capacités individuelles dans le domaine de la RPS
6. Renforcer les capacités organisationnelles dans le domaine de la RPS
7. Renforcer les capacités institutionnelles dans le domaine de la RPS

## **AXE STRATEGIQUE N°3 : Amélioration du financement de la RPS**

8. Renforcer la mobilisation des Ressources domestiques
9. Renforcer les capacités de mobilisation des ressources extérieures

### **3.3.1. Amélioration de la Gouvernance de la recherche pour la santé**

La Gouvernance de la recherche pour la santé crée les conditions juridiques, institutionnelles et organisationnelles pour un management efficace, efficient et productif du secteur de la recherche.

#### **3.3.1.1. Ligne d'action 1 : Renforcement du processus de planification de la recherche pour la santé**

La planification de la recherche pour la santé passera par :

- L'élaboration d'un plan stratégique, sur une base quinquennale, à l'exception du présent premier plan qui porte sur quatre (4) ans en raison de son alignement à la première phase de mise en œuvre du PNDSS 2019-2028 ;
- L'élaboration d'un plan de travail annuel (PTA) qui regroupera l'ensemble des recherches prévues sur l'année. Ce plan inclura les activités à mener à travers le MSAS, sans forcément celles relevant des centres et instituts de Recherche, des départements des universités impliqués dans la recherche pour la santé. Ces plans opérationnels annualisés permettront de disposer de feuilles de route annuelle pour la réalisation des activités et d'accroître la coordination et la cohérence dans la mise en œuvre des activités dont les financements seront mobilisés ;
- L'élaboration d'une liste consensuelle des priorités de recherche identifiées dans le domaine de la santé (état de santé et système de santé) par les coordinations des programmes de santé publiques. Cette liste se veut dynamique, susceptible des revues périodiques au sein du Comité multisectoriel consultatif sur la base des nouveaux besoins émergents et venant du niveau local, du niveau international dans le cadre de la modification des guidelines de l'OMS ou dans le cadre des appels internationaux de soumission à projets. La recherche portera préférentiellement sur les priorités de santé du Sénégal sans décourager les chercheurs à participer à des recherches innovantes et pointues d'intérêt mondial.

#### **3.3.1.2. Ligne d'action 2 : Pilotage, coordination et régulation de la RPS**

Pour l'instauration d'une coordination efficace et d'une régulation solide de la recherche pour la santé, il conviendra de :

- Soutenir la fonctionnalité des instances de coordination de la DPRS (Division de la Recherche) et des organes de régulation (CNERS, etc.) de la recherche : Cela en dotant la DPRS et le CNERS des moyens financiers adéquats à cet effet.
- Renforcer et soutenir la fonctionnalité des groupes thématiques de recherche existant au sein des programmes de santé publique (comme VIH, tuberculose, paludisme, etc.) : Les groupes thématiques de recherche existant au sein des Programmes de santé publique sont des bases solides pour la mise en commun des réflexions et produits des chercheurs dans un cadre de planification, d'identification des priorités, de soutien mutuel dans l'élaboration des protocoles de recherche, de mobilisation des ressources (Fundraising) et de partage des résultats. Pour les besoins de mise en œuvre du présent plan, il s'agira de :

- Soutenir ceux qui sont déjà très fonctionnels et qui bénéficient souvent de moyens de la part des projets opérationnels de certains programmes de santé publique ;
- Créer et ou renforcer la fonctionnalité de ceux qui ne sont pas encore arrivés à maturité.
- Renforcer le leadership au plus haut niveau pour le soutien à la RPS : Cela passera par la mise en place d'une bonne gouvernance de la recherche pour la santé, qui devra se faire par la création d'un système national de recherche pour la santé (SN-RPS), intégrant toutes les composantes de la recherche pour la santé. Ce SN-RPS comportera deux (2) entités de coordination complémentaires : l'une chargée de la recherche en santé (RES) et la seconde chargée de la recherche pour la santé (RPS). Le SN-RPS comprendra également des instances politiques de gouvernance, des organes consultatifs, des Comités de coordination aux différents niveaux mais aussi des Centres et Institutions de mise en œuvre.

En effet, le développement d'un véritable leadership et d'une appropriation (Ownership) au niveau national est nécessaire. Le but recherché est de disposer :

- Du leadership au niveau du MSAS : La DPRS, à travers la Division de la Recherche et le CNERS, opérationnalise le leadership du MSAS dans le domaine de la recherche. Il est chargé de traduire en action la place donnée à la recherche pour la santé dans le PNDSS. Le rôle du MSAS doit être réaffirmé dans le cadre de la planification et l'orientation de la politique relative à la RPS, l'appui aux organes de coordination et de régulation fonctionnels, la mise en place de mécanismes de coordination multisectorielle, la mobilisation des ressources et le suivi évaluation,
- du leadership au niveau du MESRI et des départements universitaires impliqués dans la RPS : Pour cela, il faudra soutenir et renforcer les départements universitaires impliqués dans la recherche et disposant de forts bureaux pour le management des Grants, soutenus par des financements solides dédiés à la recherche et bénéficiant d'un renforcement continu de capacités (dans l'écriture de gants, la mise en œuvre des protocoles, la rendue de compte des fonds mobilisés, le reportage et la diffusion correcte des résultats)
- du leadership au niveau des Universités ainsi que des Centres et Instituts de Recherche : Il existe au niveau de ces institutions de véritables « champions » seniors, mondialement connus, qui portent le drapeau de la recherche pour la santé dans le pays. Il faudra leur attribuer un rôle de lead dans la formation, une place importante dans la régulation et une place dans l'accompagnement des programmes et de la recherche opérationnelle au niveau décentralisé.
- de programmes de santé qui définissent les priorités dans leurs domaines et qui mobilisent des ressources mises à disposition des groupes thématiques de recherche créées en leur sein et impliquant étroitement les Unités de Formation et Recherche (UFR) des Universités.
- d'équipes du niveau opérationnel dotées d'une culture de recherche opérationnelle, avec des champions bien formés, soutenus financièrement et bénéficiant du soutien managérial du MSAS (Division de la Recherche) et d'un soutien technique des Instituts, Centres de recherche et des Universités.
- de partenaires techniques et financiers engagés à soutenir la recherche pour la santé dans le respect des engagements internationaux.

- Renforcer l'environnement éthique et régulatoire (législatif) pour une recherche pour la santé respectueuse des droits humains et protectrice des chercheurs
  - Il s'agira de :
    - Soutenir le processus de révision de la loi n° 2009-17 portant Code d'Ethique de la Recherche en Santé et de son décret d'application n° 2009-729 ;
    - Renforcer les capacités de régulation et de suivi du Comité National d'Éthique de la Recherche en Santé (CNERS) ;
    - Assurer la promotion de l'éthique de la recherche par la vulgarisation des textes à travers l'organisation de sessions de formation des chercheurs et des membres du CNERS : Il s'agira d'organiser des sessions de formation sur l'éthique et sur les textes encadrant la recherche à l'intention des membres du CNERS, au sein des Instituts et centre de Recherche, au sein des universités ;
    - Soutenir la mise en place de comités éthiques institutionnels (CEI) au niveau des différentes universités en s'inspirant du modèle de l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD) : L'intérêt des Comités éthiques institutionnels dans les Universités est de s'occuper des protocoles de recherche des masters, doctorats. Les représentants des comités éthiques institutionnels sont représentés dans le CNERS. Il s'agira, au cours de la mise en œuvre de ce plan, de :
      - Accompagner les autres universités à mettre en place des comités éthiques institutionnels ;
      - Former les membres de ces comités dans les aspects éthiques et de vulgariser les textes réglementaires encadrant la recherche au Sénégal.
- Contribuer à la mise en place d'un système de droits de propriété intellectuelle : Cela passera par la définition des modalités de soutien possibles aux chercheurs pour la protection de la propriété intellectuelle mais également la sensibilisation, l'encouragement et l'accompagnement des chercheurs à la protection des découvertes scientifiques.
- Mettre en place un système national de recherche pour la santé : Il s'agira d'un ensemble d'éléments de gouvernance, de coordination, de gestion et d'exécution en interaction dynamique organisé pour promouvoir et assurer un fonctionnement optimal de la RPS au niveau national.

### 3.3.1.3. Ligne d'action n°3 : Gestion de la connaissance, capitalisation et utilisation des résultats de la recherche

La création d'un environnement favorable à la recherche pour la santé centrée sur les besoins du système de santé obéit à la mise en place d'une dynamique de production scientifique dans un format accessible et utilisable par les décideurs. Ainsi, la gestion de la connaissance est un moyen de favoriser la capitalisation, elle-même un préalable à une utilisation optimale des résultats de la recherche.

#### - Développer la gestion de la connaissance

La gestion de la connaissance est un processus qui vise à mettre en relation productive les chercheurs et les décideurs, dans l'optique de faire en sorte que les évidences générées par l'activité de recherche servent à éclairer les décisions ou permettent de mieux comprendre les pratiques et politiques mises en œuvre. Pour ce faire, le gestionnaire de la connaissance est appelé à identifier les priorités de recherche issues de l'analyse du secteur de la santé et de

l'action sociale afin de les rendre disponibles et accessibles aux chercheurs. Ces derniers pourront traduire sous forme de protocoles de recherches lesdites priorités en vue de rechercher des financements pour leur mise en œuvre.

Une fois les résultats disponibles, les chercheurs, en relation avec le gestionnaire de la connaissance, utilisent le rapport de recherche pour élaborer les documents d'orientation devant aider à la mise à disposition de « policy briefs » comme supports d'internalisation des évidences ainsi générées. L'implémentation d'une telle compétence requiert des formations dans les universités et des séminaires de renforcement de capacités au profit des chercheurs et des décideurs.

#### **- Développer la capitalisation**

La capitalisation est un processus d'apprentissage et de génération de la connaissance basée sur une expérience vécue. Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale est le siège de plusieurs initiatives et projets de développement sanitaire et social qui, capitalisés, pourraient contribuer à améliorer les politiques et les pratiques dans le secteur. La mise en œuvre des différents PNDS a permis de développer des expériences portant sur l'organisation, le management du système ; la prévention primordiale, secondaire et tertiaire de la maladie.

Toutefois, l'évaluation de ces différents programmes laisse apparaître des écarts importants entre les expériences vécues et les connaissances qui auraient dû être capturées au profit de l'amélioration du système de santé. Cela s'expliquerait par le déficit d'utilisation de la compétence capitalisation par les acteurs du système. Pour y remédier, le présent plan stratégique servira d'opportunité pour initier des formations académiques et opérationnelles, ainsi que des activités de capitalisation.

#### **- Renforcer l'utilisation des résultats de la recherche pour la santé dans la planification stratégique, le plaidoyer et dans les curricula de formation**

Le renforcement de l'utilisation des résultats de la recherche passe par les étapes suivantes :

- Capitaliser les résultats en vue de les présenter dans un format accessible ;
- Systématiser la production de documents d'orientation par les chercheurs dans l'optique de faciliter l'élaboration participative de « policy briefs » pour les décideurs ;
- Organiser des réunions trimestrielles pour faire le point sur les résultats de la recherche et, au besoin, élaborer des notes d'information sur les connaissances émergentes disponibles ;
- Participer à l'évaluation et à la révision des curricula de formation des écoles de santé, des sciences sociales, pour une prise en compte de l'évolution de l'enseignement de la recherche pour la santé dans la configuration des paquets pédagogiques.

#### **- Assurer la centralisation exhaustive des protocoles soumis au CNERS et des rapports des recherches en santé menées au sein du pays**

Il s'agit de renforcer les capacités de la Division de la Recherche pour la centralisation des protocoles et des résultats de la recherche menée au niveau de tous les programmes de santé publique, des instituts et centres de recherche, des départements des universités impliquées dans la recherche en santé ainsi que les ONG, le secteur privé, et tous les autres acteurs de la recherche pour la santé. Cette centralisation pourrait être facilitée par la formalisation des

liens entre le MSAS et les instituts et centres de recherche mais aussi avec les départements des universités impliqués dans la Recherche pour la Santé (à travers la DGRI /MESRI).

Pour les départements de recherche en santé des universités, il s'agit d'un partage des thèses soutenues dans le domaine de la recherche en santé et pouvant avoir une forte implication dans la mise en œuvre des programmes de santé publique. Un effort devra être fait pour la digitalisation des thèses sélectionnées et à envoyer au niveau de la Division de la Recherche.

Les recherches opérationnelles menées par les équipes des districts sanitaires, régions médicales et des établissements publics de santé (EPS) seront également centralisées de façon digitale.

- **Mettre en place une bibliothèque virtuelle au niveau de la Division de la Recherche pour la centralisation et le partage des rapports de recherche**

Dans la dynamique de la création de la bibliothèque centrale du MSAS, une base de données virtuelle sera consacrée à la recherche pour la santé. Un système d'archivage et de documentation sera mise en place par la numérisation et la mise sur site web des anciens et nouveaux documents. L'accès à cette bibliothèque virtuelle sera organisé conformément à la loi portant sur l'archivage et la documentation dans le secteur public.

- **Assurer la diffusion et la vulgarisation des résultats de la recherche pour la santé**

Les résultats de la recherche pour la santé ne peuvent servir au système que si les conditions de leur accessibilité sont créées. Pour ce faire, les plateformes électroniques ou l'archivage physique avec un manuel d'accès seront utilisés. Il s'agit de :

- **Mettre en place une plateforme WEB dédiée à la recherche pour la santé**

Ce site web destiné au partage des résultats de la RPS devra inclure des portails ou des liens aux sites Web existants pour :

- ✓ Tous les programmes majeurs de santé publique (VIH, Paludisme, Tuberculose, hépatites etc.) et les différentes maladies tropicales négligées (MTN) qui constituent un problème majeur de santé publique. Des interconnexions seront faites avec les programmes qui ont un site web Fonctionnel.
- ✓ La Faculté de Médecine (FMPO) : avec des liens lien pour le partage des thèses portant sur les programmes majeurs de santé publique et les MTN ;
- ✓ Les Instituts et Centres de recherche en santé, à travers des interconnexions avec les sites propres aux instituts de Recherche ;
- ✓ Les Départements des universités impliquées dans la recherche en santé.

- **Organiser chaque année un Forum national de deux (2) jours pour le partage des résultats des recherches**

Il s'agit d'assurer une sélection d'un certain nombre recherches, de haute qualité, parmi l'ensemble des recherches clôturées et partagées au cours de l'année par un comité

multisectoriel consultatif ou un groupe dédié à cette fin (critères de sélections établies). Les projets ainsi sélectionnés feront l'objet d'un partage au cours d'un forum national annuel de deux (2) jours.

Cette rencontre nationale, qui regroupera l'ensemble des acteurs de la recherche pour la santé, servira d'opportunité pour animer des stands portant sur les dimensions plurielles de la recherche et de l'innovation dans le secteur de la santé.

- **Encourager/faciliter la participation à des conférences internationales**

La recherche est une compétence transversale qui nécessite une collaboration et un partenariat au-delà des frontières des pays. En effet, les échanges et la mise en œuvre de recherches collaboratives constituent de formidables opportunités de renforcement de capacités. Les conférences internationales sont des espaces privilégiés de partage et d'apprentissage. A travers des communications orales, des abstracts et autres supports audiovisuels, le chercheur ou l'utilisateur de la compétence recherche partage les connaissances générées et apprennent des autres participants aux conférences internationales. Pour exploiter au maximum cette opportunité, le plan stratégique inscrit dans ses priorités le financement d'acteurs du système national de recherche pour prendre part à des rencontres et conférences internationales.

#### **3.3.1.4. Ligne d'action n°4 : Renforcement du partenariat et promotion de la multisectorialité**

Pour pouvoir développer davantage le partenariat et promouvoir la multisectorialité dans le domaine de la recherche pour la santé, il s'agira de :

- Promouvoir la multisectorialité à travers la mise en place d'un comité de coordination multisectorielle consultatif de la recherche pour la santé et soutenir sa fonctionnalité. Ce Comité sera impliqué dans la planification stratégique, la planification opérationnelle, la définition des priorités de recherche, la centralisation et le partage des résultats de recherche en vue de leur utilisation à des fins de gestion des programmes de santé.
- Renforcer le partenariat au niveau national dans le domaine de la recherche : Cela passera par :
  - Le développement d'un partenariat entre toutes les institutions impliquées dans la RPS au sein du pays : Plus spécifiquement, la mise en place de liens formalisés (Officiels) pour le compte de la RPS entre la Division de la Recherche, les programmes de santé, les instituts et centres de recherche, les départements des universités impliqués dans la RPS (FMPO).
  - La promotion d'une collaboration étroite entre le Coordonnateur de la recherche pour la santé et différentes organisations pour la planification stratégique et opérationnelle, l'identification et la mise à jour continue des priorités de recherche, le partage électronique des rapports des recherches clôturées, le partage des informations financières portant sur les ressources collectées en faveur de la recherche en santé ;
  - Le développement du partenariat entre la Division de la Recherche et les Programmes de santé publique, les Instituts de recherche et les Départements des universités impliqués dans la recherche pour santé.

Dans ce cadre, des liens officiels devraient être élaborés entre le MSAS et ces institutions avec, notamment, la signature de conventions et de protocoles avec ceux qui n'en disposent pas :

- ✓ Les instituts, centres et groupe de recherche parmi lesquels on peut citer : IRESSEF, FIPD, IRD, ISED, IPDSR, CSE, ANSD, CRES, CREFDES, GRAG, GREG ;
  - ✓ Les départements des universités impliqués dans la recherche en santé (UFR Santé Thiès, Départements de parasitologie Médecine et pharmacie, LEVP, Département de bactériologie-virologie de l'UCAD) ;
  - ✓ Les autres facultés (sociologie de l'UCAD, Département nutrition de la faculté des sciences et techniques de l'UCAD, CEA-SAMEF, SLAP) ;
  - ✓ La Commission de Protection des Données personnelles (CDP), l'Autorité nationale de Biosécurité (ANB).
- Renforcer les Groupes thématiques de Recherche (GTR) : Cela permet d'encourager la mise en place d'unités mixtes de recherche et de réseaux dans l'optique de compétir, en parfaite synergie, à des appels à candidatures. En effet, la dynamique actuelle de financement de la recherche privilégie les grands ensembles et les réseaux. Cette approche crée plus d'opportunités de mobilisation de ressources et de renforcement de capacités pour les organisations émergentes de recherche pour la santé. Au total, l'épanouissement du chercheur n'est pas dans son isolement, au regard des changements de paradigmes de la recherche qui misent plus sur le groupe et la transdisciplinarité que sur l'individuel et l'unisectorialité.

### 3.3.2. Renforcement de capacités de la Recherche pour la Santé

Le Comité d'Aide au Développement définit les capacités comme « *l'aptitude des personnes, des organisations et/ou d'une société toute entière à gérer leurs affaires au cours du temps* » (OCDE, 2006). Depuis près de vingt ans, le renforcement de capacités est omniprésent, tant dans la littérature institutionnelle que dans l'agenda des administrations publiques, des agences internationales et des organisations non gouvernementales. Il se réfère au processus d'amélioration des compétences des individus et du renforcement institutionnel d'une ou plusieurs organisations. Dans le domaine de la recherche pour la santé, il s'agit de renforcer les capacités des acteurs et parties prenantes au niveau des trois échelons de la pyramide sanitaire, des centres et instituts de recherche, des départements en charge de la recherche en santé au sein des universités, etc.

#### 3.3.2.1. Ligne d'action 5 : Renforcement de capacités individuelles dans le domaine de la RPS

Les capacités individuelles concernent : les compétences, les aptitudes, les connaissances et habiletés à utiliser dans le domaine de la recherche pour la santé. Cela passe la mise à jour du Guide méthodologique sur la recherche et par la promotion de la formation en méthodologie de recherche opérationnelle des acteurs de la pyramide sanitaire et d'autres structures ou institutions engagées ou concernées par la recherche pour la santé.

L'exécution de cette ligne d'action passe également par l'organisation de stages dans les universités spécialisées dans la recherche sur les systèmes de santé et d'ateliers de formation au profit des professionnels du système de santé et d'action sociale.

### **3.3.2.2. Ligne d'action 6 : Renforcement de capacités organisationnelles dans le domaine de la RPS**

Les capacités organisationnelles concernent l'analyse, l'élaboration, la mise en place, le suivi, la communication et l'appropriation de procédures, processus, structures, organisations, réseaux, partenariats, etc. Dans le domaine de la recherche pour la santé, il s'agit de l'encadrement/accompagnement du processus d'élaboration des protocoles de recherche opérationnelle depuis l'identification des priorités de la recherche à la publication/valorisation des résultats, en passant par la phase de mise en œuvre.

Il sera procédé à :

- La cartographie des structures clés impliquées ou à impliquer dans la recherche pour la santé au niveau du pays, de manière à disposer d'une base de données sur les capacités nationales existantes ou disponibles (Centres et Instituts de recherche, Départements universitaires impliqués dans la recherche pour la santé, Structures devant signer des protocoles et conventions formalisés avec le MSAS, les acteurs clés susceptibles d'être associées aux grandes réflexions, les groupes thématiques etc.)
- La création des centres d'excellence en vue d'aligner l'expertise nationale sur les standards internationaux : Il convient de renforcer les grands Centres, Instituts de recherche et Départements universitaires répertoriés dans la cartographie. Partant de l'analyse de leurs forces et faiblesses, il s'agit de fournir les soutiens requis à ceux d'entre eux qui sont sélectionnés afin qu'ils puissent demeurer des pôles d'excellence, sur la base de leurs travaux réalisés et de leur expertise reconnue au niveau national et international.
- L'établissement d'accords ou de conventions avec les structures « agréées » ou centres collaborateurs de la mise en œuvre de la recherche pour la santé ;
- La délégation par le MSAS de certains aspects des évaluations programmatiques et de la surveillance épidémiologique aux Centres et Instituts de recherche ;
- La mise à jour constante du guide méthodologique et des outils pédagogiques sur la recherche et la capitalisation, des curricula de formation et des autres documents relatifs à la formation sur la recherche en santé ;
- Le renforcement de la participation du secteur privé dans la recherche pour la santé. Il s'agit de faire le plaidoyer à l'intention des institutions privées nationales, des organismes de la société civile (OSC) et des ONG pour susciter leur contribution dans la recherche dans le cadre de la Responsabilité Sociétale de l'Entreprise (RSE). Cette intervention sera surtout soutenue au niveau des régions et des districts sanitaires.

Ces appuis envisagés portent également sur les ressources physiques (Ressources humaines, matérielles et financières), nonobstant le fait que les ressources tangibles telles que les infrastructures, les fonds financiers, les équipements et documentation ont toujours été considérées comme l'expression matérielle ou le produit de capacités mais sans être des capacités en tant que telles.

### **3.3.2.3. Ligne d'action 7 : Renforcement de capacités institutionnelles dans le domaine de la RPS**

Les capacités institutionnelles sont relatives à l'analyse, la création, la mise en place et le suivi des lois, règlementations et systèmes concernant la recherche pour la santé. Il s'agit de revoir la loi n° 2009-17 du 9 mars 2009 portant Code d'éthique pour la Recherche en Santé et son

décret d'application n° 2009-729 du 3 août 2009, afin de les adapter aux réalités actuelles de la recherche. Dans la même dynamique, l'encadrement bioéthique de la recherche devrait être renforcé par la mise en place d'une instance nationale de haut niveau chargée de l'éthique et de la bioéthique des sciences de la vie et de l'environnement.

En outre, la coordination de la recherche requiert la mise en place d'une instance transversale avec un fonctionnement autonome. Pour ce faire, l'érection d'un Service national de coordination de la recherche pour la santé reste une exigence pour une gestion efficace de la recherche dans le secteur de la santé et de l'action sociale. Le fonctionnement actuel du CNERS devra faire l'objet d'une réorientation avec la création de comités d'éthiques institutionnels contribuant à une déconcentration de la régulation de la recherche, participant ainsi à un désengorgement du système de revue des protocoles de recherche hyper centralisé.

### 3.3.3. Amélioration du financement de la Recherche pour la Santé

La viabilité du financement de la recherche pour la santé est assurée par la disponibilité de ressources domestiques mais également à travers un appui conséquent des partenaires techniques et financiers. La transparence et l'efficience dans l'utilisation des fonds mobilisés doivent être de rigueur à travers la reddition des comptes. Cela confère une garantie d'attractivité du secteur parce que créant des conditions de productivité et de motivation des acteurs de la recherche.

#### 3.3.3.1. Ligne d'action 8 : Renforcement de la mobilisation des Ressources domestiques

Au plan interne, il s'agit de mobiliser des ressources additionnelles à travers le budget de l'État et de ses démembrements. A cet effet, il sera procédé à :

- Un plaidoyer fort et continu auprès du MSAS pour allouer 2% du budget de la santé à la recherche conformément aux engagements internationaux en la matière ;
- Un renforcement du dialogue avec les collectivités territoriales et les comités de développement sanitaires (CDS) avec la possibilité de combiner plusieurs options stratégiques pour exploiter leurs potentialités dans la mobilisation des ressources internes en vue de soutenir la recherche pour la santé au niveau local ;
- Un plaidoyer pour la mise en place d'un fonds d'appui à la recherche pour la santé : La création dudit Fonds permettra d'impulser et de développer de façon durable la recherche au sein du MSAS. En effet, le Fonds d'Impulsion de la Recherche Scientifique et Technique (FIRST) logé au Ministère de l'Enseignement supérieur (MESRI) est souvent difficilement mobilisable du fait de la pluralité des domaines couverts et de la faiblesse de son budget.
- Un plaidoyer auprès du MESRI pour l'allocation d'un budget conséquent à la recherche en général au niveau des universités et à la recherche pour la santé en particulier.
- Ce plaidoyer visera une augmentation des ressources allouées aux départements des universités impliqués dans la recherche pour la santé pour leurs besoins en ressources humaines, locaux, équipements, en moyens de formation et de fonctionnement de Comités éthiques institutionnels et d'unités de soutien au management des projets de recherche.

- Un plaidoyer auprès du secteur privé national pour le soutien à la recherche pour la santé.

### **3.3.3.2. Ligne d'action 9 : Renforcement de la mobilisation des ressources extérieures**

La contribution du financement extérieur au développement de la RPS doit être garantie de façon durable. Pour ce faire :

- Un plaidoyer sera constant auprès des partenaires techniques et financiers de la coopération bilatérale et multilatérale pour le respect de l'engagement international d'allouer 5% de ressources financières accordées à la santé au domaine de la recherche. Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) aura un rôle de veille à ce sujet, au-delà des orientations propres des bailleurs.
- La Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS), à travers la Division de la Recherche, s'investira dans la mobilisation des ressources dans le cadre des appels à propositions de recherche au niveau international, par la collecte des opportunités de financement de la recherche et le partage de ces informations avec les chercheurs.
- La DPRS négociera, au cas par cas, le financement pour appuyer la mise en œuvre de protocoles de recherche sélectionnés au niveau opérationnel ;

## **QUATRIEME PARTIE : CADRE DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET D'EVALUATION**

### **4.1. Cadre de mise en œuvre du Plan stratégique**

Pour la mise en œuvre de ce plan, il faut distinguer 4 types d'acteurs :

- Les organes de coordination et de pilotage ;
- Les organes de régulation ;
- Les organes de mise en œuvre.

#### **4.1.1. Les Organes de coordination et de pilotage**

Les organes de coordination et de pilotage de la recherche sont :

- La Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS) et les programmes de santé, au niveau central ;
- Les Directions régionales de la Santé et de l'Action sociale au niveau régional.

Au niveau central, la coordination est assurée à travers les réunions hebdomadaires de la DPRS, les réunions des Groupes thématiques de recherche (GTR) mis en place au sein des Programmes de santé et les réunions du Comité multisectoriel national. Au niveau régional, elle est assurée par les instances locales sous le leadership des directions régionales de la Santé et de l'Action sociale à travers les réunions de coordination.

Ces organes de coordination et de pilotage ont, entre autres, comme rôles :

- L'identification des priorités de recherche ;
- La mise en place de Groupes thématiques de recherche ;
- La mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des priorités de recherche identifiées ;
- Le plaidoyer pour la prise en compte de la recherche pour la santé dans les conventions de financement ;
- La vulgarisation des résultats de recherche ;
- La capitalisation et la promotion de l'utilisation des résultats dans les politiques et pratiques de santé.

#### **4.1.2. Les Organes de régulation**

Au Sénégal, les organes chargés de la régulation de la recherche pour la santé sont : le Comité national d'Ethique pour la Recherche en Santé (CNERS), l'Autorité Nationale De Réglementation Pharmaceutique (ANRP), la Commission de Protection des Données personnelles (CDP), l'Autorité Nationale et le Comité National de Biosécurité (ANB et CNB).

##### **4.1.2.1. Le Comité national d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS)**

Le Comité national d'Ethique pour la Recherche en Santé (CNERS) est l'organe de régulation chargé de statuer en matière de recherche en santé au Sénégal. Créé par la loi n° 2009-17 du 09 mars 2009 portant Code d'éthique pour la Recherche en santé, son fonctionnement est organisé par le décret n° 2009-729 du 3 août 2009 portant création, organisation et

fonctionnement du Comité national d'Éthique pour la Recherche en Santé, définissant le cadre légal et règlementaire qui encadre la recherche pour la santé au Sénégal.

La revue éthique et scientifique porte sur la recherche épidémiologique, la recherche biomédicale, la recherche sur les systèmes de santé, la recherche en médecine traditionnelle et la recherche en sciences sociales et humaines.

La figure suivante schématise le circuit de revue éthique des protocoles de recherche en santé.

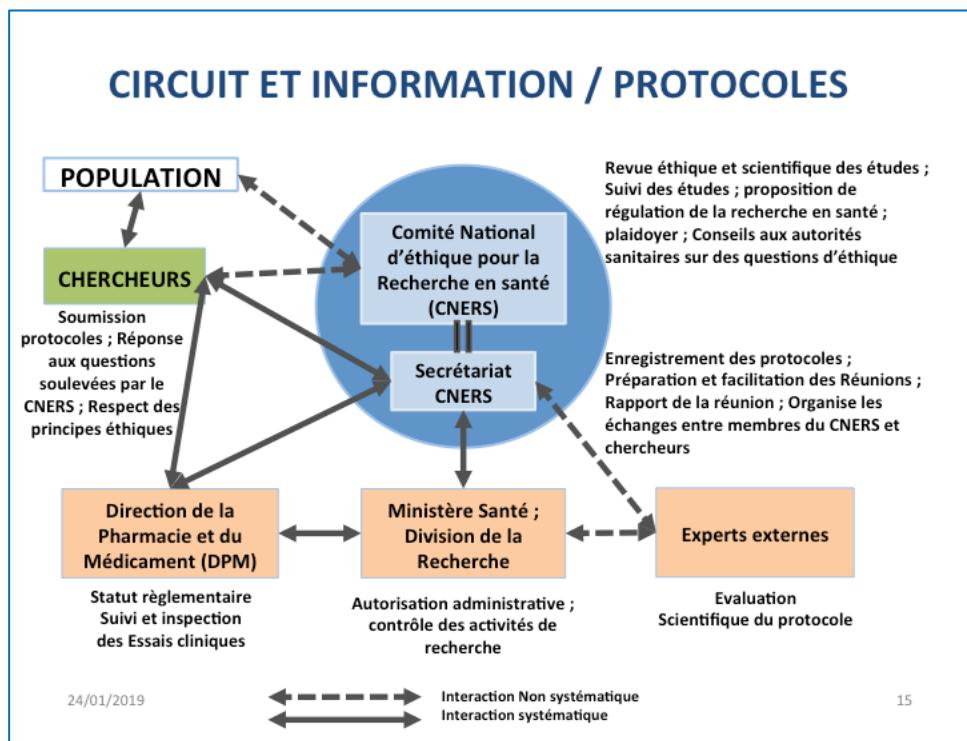


Figure 1 : le circuit de revue éthique des protocoles de recherche en santé

Concomitamment au CNERS, il existe un Comité d'éthique institutionnel de recherche pour la santé (CEI-RPS) au sein de l'Université Cheikh Anta DIOP (UCAD), créé par l'arrêté rectoral n° 1642 du 16 Juillet 2010 et modifié par l'arrêté 447 du 17 Février 2015. Toutefois, ledit comité n'est pas prévu dans la loi 2009-17. Cela limite son champ de compétence dans l'espace institutionnel. Il est plus appelé à contribuer à la formation des étudiants en éthique de la recherche et à améliorer la qualité des protocoles de recherche à soumettre au CNERS. Il peut aussi servir de modèle à répliquer au niveau des autres centres, instituts et universités dans la perspective de la révision de la loi pour une déconcentration du système de revue éthique des protocoles de recherche. L'objectif des CEI-RPS est de s'occuper des protocoles de recherche des Masters, doctorats, ainsi que les thèses et mémoires des étudiants.

#### 4.1.2.2. Autorité Nationale De Réglementation Pharmaceutique

La Direction de la Pharmacie et du médicament (DPM) assure les fonctions d'Autorité nationale de réglementation pharmaceutique. Elle a pour mission la conception, la mise en œuvre et le suivi de la politique et des programmes dans le domaine de la pharmacie et du médicament.

Elle est chargée, entre autres, de :

- ✓ Délivrer le visa pour les médicaments, les réactifs de laboratoires d'analyses médicales et les dispositifs médicaux et d'en opérer le contrôle de qualité ;
- ✓ Mettre en place un système de pharmacovigilance et d'assurer la mise en œuvre des décisions arrêtées à ce titre ;
- ✓ Délivrer le visa administratif pour les réactifs de laboratoire d'analyses médicales et les dispositifs médicaux et d'en opérer le contrôle de qualité.

En tant qu'autorité nationale de réglementation, la Direction de la Pharmacie et du Médicament participe également à la régulation des essais cliniques.

#### 4.1.2.3. La Commission de Protection des Données Personnelles (CDP)

La Commission de Protection des Données personnelles (CDP) est l'organe chargé de garantir le respect de la vie privée dans le traitement des données personnelles. Elle est instituée par la loi n° 2008-12 du 25 janvier 2008 portant sur la Protection des données à caractère personnel, en son chapitre II.

Ladite loi, en son article 4, définit les types de données tombant sous le coup de la loi :

- Toutes les données à caractère personnel à savoir « toute information relative à une personne physique identifiée ou identifiable directement ou indirectement, par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments, propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, culturelle, sociale ou économique » ;
- Les données génétiques ;
- Les données sensibles ;
- Les données dans le domaine de la santé.

Il convient de souligner à ce niveau que la compétence de la CDP est dans le champ de la mise en œuvre des interventions. Pour toutes les collectes de données effectuées dans le cadre de la recherche pour la santé. La régulation est du domaine exclusif du CNERS au regard de la loi n° 2009-17.

#### 4.1.2.4. L'Autorité Nationale et le Comité National de Biosécurité

Au Sénégal, l'Autorité Nationale de la Biosécurité (ANB) est l'autorité nationale compétente en matière de biosécurité. Elle est chargée de s'acquitter de toutes les fonctions qu'appelle le Protocole de Cartagena sur la Prévention des risques biotechnologiques. Elle est instituée par le Décret n° 2009-1409, du 23 décembre 2009, portant missions, organisation et fonctionnement de l'Autorité Nationale de la Biosécurité, conformément à la loi n° 2009-27 sur la Biosécurité, notamment en son article 5 portant création d'un cadre institutionnel.

Elle s'appuie sur deux (2) Comités consultatifs parmi lesquels le Comité National de Biosécurité (CNB). Celui-ci donne un avis scientifique motivé à l'ANB sur les risques potentiels sur la diversité biologique, la santé humaine et animale ou sur l'environnement que présenteraient l'importation, l'exportation, l'utilisation en milieu confiné, la dissémination dans l'environnement, le transport, le transit et la mise sur le marché d'organismes génétiquement modifiés ou de produits dérivés.

#### **4.1.3. Les Organes chargés de la mise en œuvre**

La mise en œuvre des interventions du Plan stratégique national de la Recherche pour la Santé est assurée par les instituts, centres, groupes de recherche, les universités, les équipes cadres de districts sanitaires et de régions, les communautés, les organisations de la société civile (OSC), les organisations non gouvernementales (ONG) et le secteur privé de la santé.

##### **4.1.3.1. Instituts, centres et groupes de recherche**

Ils assurent le leadership dans la constitution des propositions de recherche dans l'optique de capturer des financements à travers les appels à candidature. Ils contribuent également à la formation des chercheurs, à des évaluations de programmes de santé, à la mise d'activités de surveillance épidémiologique et de développement de recherche opérationnelle.

Leur réseau relationnel constitue un moyen de mobilisation des ressources dans un environnement de rude compétition internationale (assurant au passage l'équipement, la création d'emploi, la mise en œuvre de projets de recherche dont les résultats peuvent être bénéfiques à l'orientation des politiques sanitaires).

Le renforcement du réseautage reste incontournable dans le domaine de la recherche. Ainsi, des réseaux comme WANETAM, WANEC, RAFES, etc. permettent de mobiliser plus de ressources surtout au niveau du partenariat financier international comme EDCTP, CRDI et AFD. Ces centres et instituts de recherche participent également au fonctionnement du CNERS en mettant en contribution leur expertise en matière d'éthique de la recherche. Ils peuvent aussi être de bases solides pour la constitution de groupes thématiques de recherche productifs et prospectifs.

##### **4.1.3.2. Universités**

Le rôle des universités dans le cadre de la Recherche pour la santé porte sur :

- La formation continue des Enseignants et des chercheurs mais aussi des spécialistes de santé publique (ISED) ;
- L'encadrement des thèses et mémoires des étudiants ;
- La mobilisation de ressources à travers des projets de recherche et la mise en œuvre de programme participant à l'équipement des laboratoires et des universités ;
- La participation dans les évaluations des programmes de santé ;
- L'appui à la surveillance épidémiologique ;
- La participation aux groupes thématiques de recherche ;
- La participation au fonctionnement du CNERS et la promotion de la culture de l'éthique de la recherche dans l'espace universitaire et les milieux de la recherche.

##### **4.1.3.3. Directions régionales de la santé et de l'action sociale**

Dans le cadre de la santé publique, la recherche opérationnelle est un pilier important pour orienter les politiques, les stratégies de lutte contre la maladie et les épidémies, la prévention et promotion de la santé à l'échelon régional. La formation des équipes cadres de régions et de districts en recherche pour la santé constitue un moyen d'une implémentation productive de cette compétence au niveau des plateformes d'offre de service de santé et d'action sociale. Pour cela, les universités régionales, l'institut santé et développement (ISED) et les formations

en ligne, sont des opportunités pour constituer une masse critique de compétences dans le domaine de la recherche opérationnelle.

Cette dynamique de renforcement de capacités en recherche opérationnelle a permis de repositionner l'utilisation de cette compétence dans l'identification et la résolution des problèmes de santé. A ce titre, l'on peut citer en exemple sept (7) recherches opérationnelles menées dans la région de Kaffrine, entre 2017 et 2019 :

- La perception de la qualité de l'accueil par les usagers du centre de santé de brelan ;
- Prise en charge de la tuberculose multi résistante dans le district sanitaire de Kaffrine en 2019 : étude de cas d'une femme enceinte nomade ;
- Étude descriptive et analytique des déterminants liés au taux élevé de la morbidité palustre dans le district sanitaire de Koungheul en 2018 ;
- Facteurs explicatifs du faible taux de dépistage de la tuberculose au niveau du district sanitaire de Malem Hodar ;
- Investigation de cas de paralysie survenus en juin 2018 chez des enfants du village de Sagna (DS de Malem Hodar / région de Kaffrine) ;
- Les accidents sur la voie publique (AVP) dans la région de Kaffrine : étude épidémiologique rétrospective de 2014 à 2018 ;
- Investigation de cas de dengue, survenus en 2019, à Diamaguène dans la commune de Kaffrine (étude préliminaire à Kaffrine).

#### 4.1.3.4. Communautés, Société Civile et ONG

Pour établir un lien entre la communauté et les personnels de recherche, il est important de faire participer la communauté à l'intégralité du processus de recherche. L'intervention de la communauté a pour effet d'optimiser l'éthique, la protection des droits des participants aux études, d'affiner la méthodologie, de faciliter la capitalisation et de rationaliser les objectifs par rapport aux réalités des différentes communautés.

Cette participation se fait à différentes étapes des études :

- Avant l'étude : informer la communauté ;
- Pendant l'étude : suivre son déroulement ;
- A la fin de l'étude partager les résultats obtenus.

La participation des communautés peut revêtir plusieurs aspects :

- Point focal ou représentants d'une communauté (exemple des populations clés comme les PS, les HSH et les CDI) ;
- Comité de vigilance éthique permettant d'exercer un contrôle sur le respect des principes éthiques durant la mise en œuvre d'un protocole au sein de leur espace de vie ou de leur communauté.

#### 4.1.3.5. Secteur privé de la santé

Le secteur privé constitue un important réseau d'acteurs susceptible de contribuer au financement et à la mise en œuvre d'activités de recherche opérationnelle. En effet, le nombre important de structures privées de santé et leur distribution sur le territoire national, donne une opportunité d'une implémentation productive de la recherche et une approche inclusive dans l'utilisation de la compétence recherche pour la résolution des problèmes de santé.

## 4.2. Cadre de suivi et d'évaluation du Plan stratégique

Le suivi et l'évaluation du Plan stratégique obéissent au principe de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR). Le suivi portera sur la mise en œuvre des plans opérationnels annuels des différentes entités chargées de la coordination et de la mise en œuvre. L'évaluation sera conduite à mi-parcours et au terme de la mise en œuvre du plan.

### 4.2.1. Cadre de performance du Plan stratégique

Pour le suivi de la mise en œuvre, des résultats, des effets et de l'impact des interventions, un cadre de performance est élaboré. Ce cadre de Performance a deux parties :

- Un cadre de suivi des indicateurs de la stratégie. L'élaboration de ces indicateurs est basée sur les orientations de la Stratégie de N'Djamena (2016-2025). L'objectif de ce suivi est de monitorer la mise en œuvre annuelle du plan ;
- Un suivi de la mise en œuvre d'interventions clés choisies comme traceurs des différentes composantes de ce plan. Du fait que le plan opérationnel est dynamique et susceptible de modifications chaque début d'année, cette partie devra être mise à jour dans le plan opérationnel.

### 4.2.2. Mécanismes de suivi de la mise en œuvre

#### 6.2.2.1. Suivi des plans opérationnels des différentes entités chargées de la coordination et de la mise en œuvre

Chaque entité devra avoir son propre plan opérationnel annuel dont elle aura la charge de faire son suivi en interne selon les normes et procédures en vigueur à leur sein (Taux d'exécution des activités, taux de décaissement et de justification, etc.) :

- Les organes chargés de la coordination élaboreront un rapport annuel partagé avec la Division de la Recherche ;
- Les institutions chargées de la mise en œuvre élaboreront un rapport annuel qui sera partagé avec la Division de la Recherche. Cette disposition devra être inscrite dans les protocoles que le MSAS signera avec chacune d'entre elles. La division devra élaborer un canevas de reporting annuel des institutions de recherche. Ce tableau de bord pourrait être paramétré dans le DHIS2 et intégrer un système d'information de la recherche pour la santé reliant la division de la Recherche aux autres acteurs engagés dans la mise en œuvre du plan stratégique de la recherche ;
- Les Comités internes de suivi (CIS) et des missions conjointes de suivi du PNDSS intégreront le suivi du plan stratégique de la recherche ;
- Les Directions régionales de la santé et de l'action sociale, à travers les réunions de coordination et les Revues annuelles conjointes (RAC) assureront le suivi de la mise en œuvre des recherches au niveau opérationnel.

#### 6.2.2.2. Suivi de la mise en œuvre du plan stratégique

Les mécanismes de suivi et d'évaluation du plan stratégique sont décrits ci-dessous.

- Assurer le Monitoring programmatique et financier régulier de la mise en œuvre du plan

Pour opérationnaliser ce monitoring, la Division de la Recherche organisera chaque fin d'année une revue pour faire le bilan de la mise en œuvre du PSNRS et élabore un bilan qui inclut un volet programmatique et un volet financier. La liste des recherches effectuées au sein des centres et instituts de recherche devrait figurer dans ces rapports ainsi que les résultats les plus significatifs devant faire l'objet de partage au niveau national. Ce rapport prendra aussi en compte les résultats du fonctionnement de tous les organes de coordination et de régulation.

- Assurer la centralisation exhaustive des protocoles soumis au CNERS et des rapports des RPS menées au sein du pays

Il s'agit de répertorier l'ensemble des protocoles soumis et de procéder au suivi de leur mise en œuvre jusqu'à la disponibilité du rapport de fin de recherche. Chaque protocole reçu fera l'objet d'une fiche de suivi avec un monitoring régulier.

- Assurer la mise en place d'un système de collecte nationale digitalisée de l'information financière portant sur la RPS.

Ce système devrait permettre à la division de la Recherche de collecter des données plus exhaustives sur les ressources financières mobilisées et celles dépensées dans le cadre de la recherche pour la santé. Pour opérationnaliser ce système, la division devra passer par deux étapes préalables :

- Élaborer une fiche de collecte des informations financières pour les institutions et le faire valider avec elles ;
  - Intégrer dans les activités de collecte des comptes de la santé les indicateurs spécifiques à la recherche pour la santé
- Assurer la diffusion et l'utilisation des résultats de la recherche à des fins de gestion

L'effectivité de la diffusion des résultats de la recherche en santé est suivie à travers une revue systématique des différentes plateformes électroniques, de partage des centres, instituts de recherche et des universités. La Division de la Recherche utilisera un mécanisme informatisé pour faire le suivi de la diffusion des résultats de la recherche. Pour l'utilisation, un monitoring des différents plans stratégiques de santé et des protocoles et pratiques de prise en charge sera fait afin d'évaluer le niveau d'utilisation des évidences générées par la recherche.

Le forum national de partage sera aussi une opportunité de suivi de la diffusion des résultats de recherche et de leur utilisation

#### **4.2.3. Mécanismes d'évaluation**

Le plan stratégique de la recherche pour la santé 2020-2023 a prévu deux (02) évaluations : une évaluation à mi-parcours, en 2022 et une évaluation finale, en fin 2023. L'évaluation à mi-parcours s'appuiera sur les résultats du monitoring programmatique et financier et les rapports annuels et autres documents annexes. Elle pourrait se faire avec l'appui d'un consultant sur la base de termes de référence élaborés par la division de la Recherche.

En 2023, une évaluation finale sera organisée en parfait intelligence avec la revue à mi-parcours du PNDSS. Elle se fera avec l'appui de consultants externes qui appuieront par la suite l'élaboration du futur plan stratégique quinquennal 2024-2028.

## CONCLUSION

Le Plan Stratégique National de Recherche pour la Santé (PSN-RPS), pour la période 2020-2023, permet au dispositif de gouvernance et de management du secteur de la santé d'avoir des balises pour la mise en œuvre d'une politique de recherche pour la santé tenant compte du contexte socioéconomique et institutionnel du pays. Il est un document de plaidoyer pour un financement centré sur les besoins du secteur mais également créant les conditions d'une mobilisation plus accrue de ressources domestiques.

Il répond aux exigences de gouvernance mondiale de la recherche pour la santé qui invite les pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à la mise en place d'organes nationaux de gestion de la recherche pour la santé mais également de plans stratégiques de coordination et de financement de la recherche pour la santé.

Ledit document d'un montant de **Trois milliards Trois cent dix-neuf millions Neuf cent soixante-six mille Huit cents francs CFA (3 319 966 800 FCFA)** passe en revue les forces, faiblesses, contraintes, défis et opportunités du système national de recherche et évalue les besoins financiers pour combler les insuffisances identifiées.

Les activités essentielles pour le développement d'un système national de recherche pour la santé participatif, inclusif, productif et résilient, sont ainsi identifiées et budgétisées. Des indicateurs de performance, un plan de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation sont élaborés pour la période 2020-2023.

Ledit plan, une fois validé, fera l'objet d'un business-plan qui, à travers une stratégie de communication, sera soumis aux pouvoirs publics, aux partenaires techniques et financiers et au secteur privé, dans l'optique de créer une adhésion des parties prenantes et favoriser ainsi son financement et sa mise en œuvre au bénéfice de la population.

Une mise en œuvre réussie dudit plan contribuera, à coup sûr, à l'amélioration de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et à l'atteinte de l'Objectif de Développement durable n°3 : « *La santé pour tous et à tout âge* » (ODD3).



## ANNEXES



Annexe 1 : Plan opérationnel du plan stratégique 2020-2023

<b>AXES STRATEGIQUES, LIGNES D'ACTION ET ACTIVITES PRINCIPALES</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>Total 4 ans</b>	<b>%</b>	<b>Source de financement</b>
<b>AXE STRATEGIQUE 1 :</b> <b>AMELIORATION DE LA GOUVERNANCE DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE</b>	163 895 600	202 601 300	176 820 600	224 050 300	<b>767 367 800</b>	<b>23%</b>	Etat USAID EDCTP UNICEF CRDI BM Expertise France
<b>AXE STRATEGIQUE 2 :</b> <b>RENFORCEMENT DE CAPACITES DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE</b>	93 350 000	305 249 000	173 400 000	173 400 000	<b>745 399 000</b>	<b>22%</b>	Etat UNICEF ADP BM Vital strategy CRDI EDCTP USAID
<b>AXE STRATEGIQUE 3 :</b> <b>AMELIORATION DU FINANCEMENT DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE</b>	211 350 000	510 000 000	511 350 000	510 000 000	<b>1 742 700 000</b>	<b>52%</b>	Etat USAID BM UNICEF ADP
<b>SUIVI ET EVALUATION</b>	9 000 000	9 000 000	13 500 000	17 000 000	<b>48 500 000</b>	<b>1,5%</b>	Etat UNICEF USAID BM
<b>COMMUNICATION</b>	16 000 000	0	0	0	<b>16 000 000</b>	<b>0,5%</b>	Etat USAID EDCTP UNICEF CRDI BM Expertise France
<b>Total Général</b>	<b>477 595 600</b>	<b>1 026 850 300</b>	<b>875 070 600</b>	<b>924 450 300</b>	<b>3 319 966 800</b>	<b>100%</b>	

**PLAN OPERATIONNEL - BUDGET ANNUALISE (RESUME)**

N°	OBJECTIFS -INTERVENTIONS ET ACTIVITES PRINCIPALES	2020	2021	2022	2023	Total 4 ans	%
<b>AXE STRATÉGIQUE 1 : AMÉLIORATION DE LA GOUVERNANCE DE LA RECHERCHE POUR LA SANTÉ</b>							
1.	<b>Ligne d'action 1 : Renforcement du processus de planification de la recherche pour la santé</b>	9 250 000	9 250 000	9 250 000	54 680 000	82 430 000	2,5%
1.1	Elaborer chaque 5 ans un plan stratégique pour la recherche en santé	-	-	-	45 430 000	45 430 000	
1.2	Elaborer chaque début d'année un plan opérationnel consolidé	4 625 000	4 625 000	4 625 000	4 625 000	18 500 000	
1.3	Elaborer une liste consensuelle des priorités de recherche pour la santé durant la période de mise en œuvre de ce plan	4 625 000	4 625 000	4 625 000	4 625 000	18 500 000	
2.	<b>Ligne d'action 2 : Pilotage, coordination et régulation de la recherche pour la santé</b>	97 263 000	122 268 700	96 488 000	98 287 700	414 307 400	12,5%
2.1	Soutenir la fonctionnalité des instances de coordination de la DPRS (Division de la Recherche) et des organes de régulation (CNERS, etc.)	36 840 000	36 840 000	36 840 000	36 840 000	147 360 000	
2.2	Renforcer et soutenir la fonctionnalité des groupes thématiques (GTR)	6 750 000	6 750 000	6 750 000	6 750 000	27 000 000	
2.3	Renforcer l'environnement éthique et régulatoire (législatif) pour une recherche en santé respectueuse des droits humains et protectrice des chercheurs	53 673 000	78 678 700	52 898 000	54 697 700	239 947 400	
3.	<b>Ligne d'action 3 : Gestion de la connaissance, capitalisation et utilisation des résultats de la recherche pour la santé</b>	56 482 600	56 482 600	56 482 600	56 482 600	225 930 400	6,8%
3.1	Développer la gestion de la connaissance	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	36 000 000	
3.2	Développer la capitalisation	22 500 000	22 500 000	22 500 000	22 500 000	90 000 000	
3.3	Renforcer l'utilisation des résultats de la recherche en santé dans la planification stratégique, le plaidoyer et dans les curricula de formation	7 200 000	7 200 000	7 200 000	7 200 000	28 800 000	

<b>3.4</b>	Assurer la centralisation exhaustive des protocoles soumis au CNERS et des rapports de recherche en santé menées au sein du pays	7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	<b>28 000 000</b>	
<b>3.5</b>	Assurer une ample diffusion et la vulgarisation des résultats de la recherche pour la santé	10 782 600	10 782 600	10 782 600	10 782 600	<b>43 130 400</b>	
<b>4.</b>	<b>Ligne d'action 4 : Renforcement du partenariat et promotion de la multisectorialité</b>	<b>900 000</b>	<b>14 600 000</b>	<b>14 600 000</b>	<b>14 600 000</b>	<b>44 700 000</b>	<b>1,3%</b>
<b>4.1</b>	Renforcer le partenariat au niveau national et international	-	13 700 000	13 700 000	13 700 000	<b>41 100 000</b>	
<b>4.2</b>	Promouvoir la multisectorialité	-	-	-	-	-	
<b>4.3</b>	Renforcer les groupes thématiques de recherche	900 000	900 000	900 000	900 000	<b>3 600 000</b>	
<b>AXE STRATÉGIQUE 2 : RENFORCEMENT DE CAPACITÉS DE LA RECHERCHE POUR LA SANTÉ</b>							
<b>5.</b>	<b>Ligne d'action 5 : Renforcement des capacités individuelles dans le domaine de la recherche pour la santé</b>	<b>80 000 000</b>	<b>130 500 000</b>	<b>130 500 000</b>	<b>130 500 000</b>	<b>471 500 000</b>	<b>14,2%</b>
<b>5.1</b>	Renforcer la formation sur les méthodologies de recherche opérationnelle	63 000 000	63 000 000	63 000 000	63 000 000	<b>252 000 000</b>	
<b>5.2</b>	Organiser des stages dans les universités spécialisées dans la recherche sur les systèmes de santé	10 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	<b>160 000 000</b>	
<b>5.3</b>	Organiser des stages de formation à la recherche bibliographique et à la rédaction scientifique avec le logiciel ZOTERO	7 000 000	17 500 000	17 500 000	17 500 000	<b>59 500 000</b>	
<b>6.</b>	<b>Ligne d'action 6 : Renforcement des capacités organisationnelles dans le domaine de la recherche pour la santé</b>	<b>12 350 000</b>	<b>173 749 000</b>	<b>41 900 000</b>	<b>41 900 000</b>	<b>269 899 000</b>	<b>8,1%</b>
<b>6.1</b>	Faire la cartographie des structures impliquées dans la recherche en santé au niveau du pays	11 250 000	1 825 000	-	-	<b>13 075 000</b>	
<b>6.2</b>	Mettre à jour le guide méthodologique sur la recherche et les autres documents relatifs à la formation	-	12 024 000	-	-	<b>12 024 000</b>	
<b>6.3</b>	Soutenir le renforcement des capacités organisationnelles (la qualité des infrastructures, des équipements et des Ressources humaines) des Centres et Instituts de Recherche en santé	-	48 000 000	30 000 000	30 000 000	<b>108 000 000</b>	

<b>6.4</b>	Soutenir le renforcement des capacités organisationnelles (la qualité des infrastructures et des équipements) des Départements de recherche en santé au niveau des Universités	1 100 000	11 900 000	11 900 000	11 900 000	<b>36 800 000</b>	
<b>6.5</b>	Acquérir de la logistique pour la coordination et la supervision de la recherche	-	100 000 000	-	-	<b>100 000 000</b>	
<b>7.</b>	<b>Ligne d'action 7 : Renforcer les capacités institutionnelles dans le domaine de la recherche pour la santé</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>4 000 000</b>	<b>0,1%</b>
<b>7.1</b>	Renforcer l'encadrement bioéthique de la recherche	500 000	500 000	500 000	500 000	<b>2 000 000</b>	
<b>7.2</b>	Renforcer la coordination de la recherche	500 000	500 000	500 000	500 000	<b>2 000 000</b>	
<b>AXE STRATÉGIQUE 3 : AMÉLIORATION DU FINANCEMENT DE LA RECHERCHE POUR LA SANTÉ</b>							
<b>8.</b>	<b>Ligne d'action 8 : Renforcement de la mobilisation des ressources au niveau national</b>	<b>180 100 000</b>	<b>480 000 000</b>	<b>480 100 000</b>	<b>480 000 000</b>	<b>1 620 200 000</b>	<b>49%</b>
<b>8.1</b>	Assurer le plaidoyer auprès du MSAS pour l'allocation de 2% du budget de la santé à la recherche	75 000 000	77 500 000	75 000 000	77 500 000	<b>305 000 000</b>	
<b>8.2</b>	Assurer le plaidoyer auprès du MESRI pour l'allocation d'un budget conséquent à la recherche en général, au niveau des Universités, et à la recherche pour la santé en particulier	1 200 000	-	1 200 000	-	<b>2 400 000</b>	
<b>8.3</b>	Mettre en place un fonds d'appui à la recherche et à l'innovation pour la santé	100 000 000	400 000 000	400 000 000	400 000 000	<b>1 300 000 000</b>	
<b>8.4</b>	Renforcer la participation des collectivités territoriales et des Comités de Développement sanitaire (CDS)	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	<b>8 000 000</b>	
<b>8.5</b>	Assurer le plaidoyer auprès des OSC (Grandes ONG internationales et locales) pour le soutien financier à la recherche	500 000	500 000	500 000	500 000	<b>2 000 000</b>	
<b>8.6</b>	Renforcer la participation du secteur privé dans la recherche pour la santé	1 400 000	-	1 400 000	-	<b>2 800 000</b>	
<b>9.</b>	<b>Ligne d'action 9 : Renforcement des capacités de mobilisation des ressources financières extérieures</b>	<b>31 250 000</b>	<b>30 000 000</b>	<b>31 250 000</b>	<b>30 000 000</b>	<b>122 500 000</b>	<b>3,7%</b>
<b>9.1</b>	Mobiliser des Ressources dans le cadre de la coopération bilatérale et Multilatérale	1 250 000	-	1 250 000	-	<b>2 500 000</b>	
<b>9.2</b>	Soutenir le financement et la mise en œuvre de protocoles de recherche sélectionnés au niveau opérationnel	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	<b>120 000 000</b>	
<b>SUIVI ET EVALUATION</b>							

<b>10</b>	<b>Assurer le Monitoring régulier de la mise en œuvre du plan stratégique</b>	<b>9 000 000</b>	<b>9 000 000</b>	<b>9 000 000</b>	<b>9 000 000</b>	<b>36 000 000</b>	<b>1,1%</b>
<b>10.1</b>	Assurer le suivi programmatique de la mise en œuvre du plan	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	<b>24 000 000</b>	
<b>10.2</b>	Assurer le suivi Financier de la mise en œuvre du plan	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	<b>12 000 000</b>	
<b>11</b>	<b>Assurer l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale de la mise en œuvre du plan</b>	-	-	<b>4 500 000</b>	<b>8 000 000</b>	<b>12 500 000</b>	<b>0,4%</b>
<b>COMMUNICATION</b>							
<b>12</b>	<b>Organiser 5 sessions de vulgarisation du PNRS 2020-2023 (Ateliers + supports de communication)</b>	<b>16 000 000</b>	-	-	-	<b>16 000 000</b>	<b>0,5%</b>
	<b>Total Général</b>				<b>3 319 966 800</b>		<b>100%</b>

Annexe 2 : Cadre de Performance

N°	INDICATEURS ET RESULTATS	DONNEES DE BASE			CIBLES ANNUELLES 2020-2023			
		Valeur	Année	Source	2020	2021	2022	2023
I.	<b>Suivi des Indicateurs de la Stratégie Africaine (Indicateurs clés)</b>							
	Gestion coordination							
	Le Sénégal dispose d'un plan stratégique pour la Recherche en santé et une liste des priorités de recherche	1	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	Le Sénégal dispos d'un comité d'éthique national chargé de l'examen des protocoles de recherche	1	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	Le Sénégal dispose d'une cellule de promotion de la recherche pour la santé au sein du ministère de la Santé	1	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	Le Sénégal dispose d'un mécanisme de coordination de la recherche-avec les autres départements ministériels concernés	1	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	Financement							
	Le Sénégal dispose d'une ligne budgétaire à la recherche pour la santé dans le budget du ministère de la Santé	0	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	Le Sénégal investit au moins 2 % du budget national de la santé dans la recherche pour la santé	0	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	A Sénégal, au moins 5 % des ressources de l'aide au développement destinée au secteur de la santé sont investies dans la recherche pour la santé	0	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	Le Sénégal assure un suivi régulier des dépenses consacrées à la recherche pour la santé, toutes sources confondues	0	2019	Rapport DR	1	1	1	1
II.	<b>Suivi du Plan Opérationnel</b>							
2.1.1								
	Un plan stratégique 2024-2028 est élaboré en fin 2023	NA	2019	Rapport DR	0	0	0	1
	Un plan opérationnel consolidé est élaboré chaque début d'année	1	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	Une liste consensuelle des priorités de recherche pour la santé existe durant toute la période de mise en œuvre du plan	1	2019	Rapport DR	1	1	1	1

<b>2.1.2</b>	<b>Soutenir la fonctionnalité des instances de coordination de la DPRS (DR) et des organes de régulation (CNERS, etc.)</b>							
	Un budget annuel est accordé par le MSAS à coordination la recherche dans le cadre de la mise en œuvre du Budget Programme du MSAS	NA	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	<b>Renforcer et soutenir la fonctionnalité des groupes thématiques de recherche (GTR)</b>							
	Au moins 4 groupes thématiques de Recherche au sein des Programmes de santé publique (comme VIH, TB, paludisme, Hépatites, etc.) sont fonctionnels (au moins 3 réunions par an)	NA	2019	Rapport DR	4	4	4	4
	<b>Renforcer l'environnement éthique et régulatoire (législatif) pour une recherche en santé respectueuse des droits humains et protectrice des chercheurs</b>							
	La loi n° 2009-17 et du décret n° 2009-729 ont été révisés	NA	2019	Rapport DR	1	0	0	0
	La loi et son décret d'application et les autres textes encadrant la recherche sont partagés auprès des acteurs de la recherche en 2021 et en 2023	NA	2019	Rapport DR	0	1	0	1
	Le CNERS est doté d'un budget de fonctionnement annuel par le MSAS	NA	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	Un manuel de procédure spécifique au CNERS est élaboré après la révision de la loi et de son décret d'application en 2021	NA	2019	Rapport DR	0	1	0	0
	La révision et la modernisation des outils de travail du CNERS et la digitalisation de ses procédures sont effectives en 2021	NA	2019	Rapport DR	0	1	0	0
	Un Forum National pour le partage des résultats des Recherches est organisé chaque année	NA	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	01 session de formation sur l'éthique et sur les textes encadrant la recherche est organisée en 2021 et 2023 à l'intention des membres du CNERS	NA	2019	Rapport DR	0	1	0	1
	01 session de formation sur l'éthique et sur les textes encadrant la recherche est organisée en 2021 et 2023 à l'intention des personnels des instituts et centre de Recherche	NA	2019	Rapport DR	0	1	0	1
	01 session de formation sur l'éthique et sur les textes encadrant la recherche est organisée en 2021 et 2023 à l'intention des personnels des université impliquées dans la recherche en santé	NA	2019	Rapport DR	0	1	0	1
	Au moins 3 comités éthiques institutionnels mis en place dans les universités (en plus de celui de l'UCAD)	NA	2019	Rapport DR	0	1	3	0

	Un document National définissant les modalités de soutien aux chercheurs pour la protection de la propriété intellectuelle est élaboré	NA	2019	Rapport DR	0	1	0	0
2.1.3								
	<b>Développer la gestion de la connaissance</b>							
	01 session de formation sur la gestion de la connaissance est organisée chaque année à l'intention des chercheurs et des professionnels	NA	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	<b>Développer la capitalisation</b>							
	Le guide de capitalisation est disponible	NA	2019	Rapport DR	1	0	0	0
	<b>Renforcer l'utilisation des résultats de la recherche en santé dans la planification stratégique, le plaidoyer et dans les curriculums de formation</b>							
	01 atelier de formation sur l'écriture scientifique et les policy briefs est organisé chaque année	NA	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	<b>Assurer la centralisation exhaustive des protocoles soumis au CNERS et des rapports des recherches en santé menées au sein du pays</b>							
	La base de données du CNERS est mise à jour en 2020	NA	2019	Rapport DR	1	0	0	0
	<b>Assurer une ample diffusion et la vulgarisation des résultats de la recherche pour santé</b>							
	La base de données sur les résultats de recherche est mise en place en rapport avec le Bureau Archives et Documentation	NA	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	01 Forum national pour le partage des résultats des recherches est organisé chaque année	NA	2019	Rapport DR	1	1	1	1
2.1.4								
	<b>Renforcer le partenariat au niveau national et international</b>							
	Au moins 80% des centres et instituts de recherche disposent de conventions signées avec le MSAS	NA	2019	Rapport DR	NA	80%	80%	80%
	<b>Promouvoir la multisectorialité</b>							
	Il existe un comité de coordination multisectoriel consultatif fonctionnel (au moins 2 réunions durant l'année)	NA	2019	Rapport DR	1	1	1	1
2.2.1								

	<b>Renforcer la formation sur les méthodologies de recherche opérationnelle</b>							
	04 ateliers zonaux de formation en Méthodologie de recherche opérationnelle organisés chaque année pour les RM, DS, SRAS, SDAS et CPRS	NA	2019	Rapport DR	4	4	4	4
	04 ateliers zonaux d'élaboration de protocoles de recherche opérationnelle sont organisés chaque année à l'intention des RM, DS, SRAS, SDAS et CPRS	NA	2019	Rapport DR	4	4	4	4
	Au moins 03 protocoles de recherche sont mis en œuvre chaque année au niveau des RM, DS, SRAS, SDAS et CPRS sur une base sélective (financement, collecte, traitement, analyse et partage des données)	3	2019	Rapport DR	3	3	3	3
<b>2.2.2</b>								
	<b>Faire la cartographie des structures impliquées dans la recherche en santé au niveau du pays</b>							
	La cartographie des structures impliquées dans la recherche pour la santé est élaborée	NA	2019	Rapport DR	1	0	0	0
	<b>Mettre à jour le guide méthodologique sur la recherche et les autres documents relatifs à la formation</b>							
	Le Guide méthodologique de la recherche est mis à jour	NA	2019	Rapport DR	0	1	0	0
	<b>Soutenir le renforcement des capacités organisationnelles (la qualité des infrastructures, des équipements et des Ressources humaines) des Centres et Instituts de Recherche en santé</b>							
	Une ligne budgétaire annuelle pour subventionner les centres et instituts de recherche est mise en place au sein du MSAS	NA	2019	Rapport DR	0	1	1	1
	<b>Soutenir le renforcement des capacités organisationnelles (la qualité des infrastructures et des équipements) des Départements de recherche en santé au niveau des Universités</b>							
	01 Atelier de formation est organisé chaque année à l'intention des ressources humaines des universités dans l'écriture des Grants, mise en œuvre, Reportage et diffusion des résultats	NA	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	Un budget est mis en place par le MESRI pour le soutien des équipements des départements universitaires impliqués dans la RPS	NA	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	<b>Acquérir de la logistique pour la coordination et la supervision de la recherche</b>							
	Au moins 2 véhicules 4x4 acquis pour la coordination et la supervision de la recherche	NA	2019	Rapport DR	0	2	0	0

2.2.3								
	<b>Renforcer la coordination de la recherche</b>							
	01 service national de coordination de la recherche dans le secteur de la santé et de l'action sociale est mis en place	NA	2019	Rapport DR	1	0	0	0
2.3.1								
	<b>Assurer le plaidoyer auprès du MSAS pour l'allocation de 2% du budget de la santé à la recherche</b>							
	Le Sénégal investit au moins 2 % du budget national de la santé dans la recherche pour la santé	0	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	<b>Assurer le plaidoyer auprès du MESRI pour l'allocation d'un budget conséquent à la recherche en général, au niveau des Universités, et à la recherche pour la santé en particulier</b>							
	Un Fonds d'impulsion de Recherche en santé est mis en place par le MESRI au niveau des universités	NA	2019	Rapport DR	0	1	1	1
	<b>Renforcer la participation du secteur privé dans la recherche pour la santé</b>							
	01 atelier de plaidoyer est organisé à l'intention d'autorités du secteur privé national pour le soutien financier à la recherche	NA	2019	Rapport DR	0	1	0	0
2.3.2								
	<b>Mobiliser des Ressources dans le cadre de la coopération bilatérale et Multilatérale</b>							
	Une table Ronde des PTF de la coopération bilatérale et multilatérale organisée en 2020 et en 2022 pour le soutien à la recherche	NA	2019	Rapport DR	1	0	1	0
	<b>Soutenir le financement et la mise en œuvre de protocoles de recherche sélectionnés au niveau opérationnel</b>							
	Au moins 03 protocoles de recherche sont mis en œuvre chaque année au niveau des RM, DS, SRAS, SDAS et CPRS sur une base sélective (financement, collecte, traitement, analyse et partage des données)	3	2019	Rapport DR	4	4	4	4
	Une revue bilan de la mise en œuvre du PSNRS est organisée chaque fin d'année	NA	2019	Rapport DR	1	1	1	1
	Un rapport -bilan de la mise en œuvre du PSNRS est élaboré chaque fin d'année	NA	2019	Rapport DR	1	1	1	1

Un rapport -bilan financier du PSNRS est élaboré chaque fin d'année	NA	2019	Rapport DR	1	1	1	1
L'évaluation à mi-parcours du PSN-RPS mise en œuvre en fin 2022	NA	2019	Rapport DR	0	0	1	0
Organiser 5 sessions de vulgarisation du PNRS 2020-2023 (Ateliers + supports de communication)	5	2019	Rapport DR	1	0	0	0

### Annexe 3 : Liste des Priorités de Recherche

#### 1. Paludisme et COVID-19

- Faisabilité/acceptabilité du génotypage de routine (circulation des souches et multiplicité des infections) et de la méthode LAMP dans la zone Nord
- Etude de la résistance des ACTs
- Utilisation de l'Artemisia dans le traitement et la prévention du paludisme et de la Covid-19
- Prévalence de la déficience en G6PD
- Prévention de la COVID-19 par l'utilisation de la chloroquine en traitement présomptif
- Evaluation de la sensibilité et de la spécificité des TDRs pour la détection de la Covid-19
- Elimination du paludisme
- Etude sur la communication en période d'épidémie de Covid-19
- Engagement communautaire et riposte contre l'épidémie de covid-19
- Cartographie et prédictibilité de l'épidémie en relation avec le changement climatique

#### 2. Tuberculose

- Quelle est la prévalence de la tuberculose au Sénégal ?
- Le traitement oral de la tuberculose multi résistante est-il faisable et acceptable au Sénégal ?
- Le couplage du dépistage communautaire de la tuberculose de l'enfant lors des campagnes de masse avec MTN (supplémentation, TTT de masse) et PNLP (distribution MILDA, CPS) est-il faisable et acceptable ?
- Comment parvenir à un dépistage et une prise en charge intégrée de la tuberculose chez les PVVIH diabétiques ?

#### 3. Maladies Tropicales Négligées

- Enquête CAP sur les MTN (rage, bilharziose, trachome et lèpre)

- Enquête de prévalence des MTN et de leurs complications (rage, lèpre, leishmaniose, cancer de la vessie, gale, mycétome, morsures de serpents et pian)
- Etude de la sensibilité aux insecticides des vecteurs de la dengue
- Etude sur l'efficacité du Praziquantel sur les formes hybrides de schistosomes
- Etude sur le niveau d'infestation des réservoirs/vecteurs de parasites (cyclops, bulins)

#### **4. Médicaments**

- Etude pour l'adoption d'un modèle unique "autonomisé" de quantification prévisionnelle des besoins en médicaments et technologies (collaboration avec ANSD)
- Etude sur un modèle pérenne de distribution sur toute la chaîne d'approvisionnement
- Etude sur la qualité du médicament de la réception à la dispensation du patient
- Etude sur les facteurs entravant une production locale (nationale et/ou sous régionale) subvenant aux besoins du pays
- Etude pour une prise en compte des besoins spécifiques en médicaments et technologies des hôpitaux
- Etude sur l'utilisation des plantes médicinales sur la prévention et le traitement des maladies

#### **5. Lutte contre les épidémies**

- Engagement communautaire dans la lutte contre les épidémies
- Communication pour le changement de comportements
- Communication de crise en période d'épidémie
- Aspects éthiques dans la gestion des pandémies
- Résilience du système de santé face aux épidémies à large échelle
- Santé mentale des personnels de santé engagés dans la riposte contre l'épidémie

#### **6. VIH**

- Etude de la transmission du VIH chez les populations clés
- Etudes socio-économiques, anthropologiques et comportementales
- Etudes cliniques - bactériologiques et virologiques Médecine traditionnelle et VIH – Surveillance épidémiologique

## Annexe 4 : Principaux défis de la recherche

### Les principaux défis sont :

- L'irrégularité de l'élaboration de plans stratégiques quinquennaux
- L'absence de plans opérationnels annualisés spécifiques à la Recherche au niveau de la DR
- L'inexistence d'un document consensuel et à jour listant les priorités nationales en matière de recherche
- L'inexistence d'un mécanisme de coordination multisectoriel Consultatif formalisé
- L'insuffisance des activités de plaidoyer pour que la mise en place d'une ligne budgétaire dédiée à la recherche dans le respect des engagements internationaux du pays et aussi dans le but de rendre réel la place donnée à la recherche dans le PNDS
- L'insuffisance du plaidoyer envers d'autres Ministères et du secteur privé pour booster les contributions à l'effort national de financement de la recherche pour la santé
- La mise aux normes du CNERS à travers les révisions de la Loi de 2009-17 et du décret 2009-729 proposées par l'évaluation SENETHICS
- L'insuffisance de la vulgarisation de la loi et son décret et l'insuffisance de connaissance des acteurs mais aussi des membres du CNERS des mais aussi des textes règlementaires encadrant la recherche
- L'inexistence de comités d'éthique institutionnels au niveau des universités
- La propriété intellectuelle et les droits sur les produits des chercheurs et des institutions ne sont pas suffisamment pris en compte et ils ne sont pas systématiquement enregistrés au Bureau sénégalais des Droits d'auteurs et droits voisins
- La non formalisation des liens entre le MSAS et certains centres et instituts de recherche (conventions, protocoles ...). Cette formalisation aura l'intérêt de rappeler les attentes du MSAS comme la soumission de protocoles de recherche au CNERS, le dépôt des rapports portant sur les recherches clôturées, le partage de l'information sur les ressources financières mobilisées pour le compte de la recherche etc.

### Du point de vue de la cartographie des structures impliquées dans la Recherche en santé :

- Absence de cartographie répertoriant les structures impliquées dans la recherche en santé. Et Absence de répertoire des chercheurs

### Sur le plan des capacités organisationnelles (RH, infrastructures, équipements supports) des centres, instituts de recherche et des équipes du niveau décentralisé (équipes RM, DS et EPS)

- La problématique du moyen de la formation et du coaching des jeunes chercheurs pour assurer la relève des champions connus
- L'inexistence de statut et des plans de carrière clairement définis pour les chercheurs
- L'insuffisance des moyens financiers (Faible niveau d'investissement) accordés pour l'équipement des laboratoires de l'enseignement Universitaire mais aussi au niveau des centres et instituts de recherche.

- L'insuffisance des liens entre les centres de recherche universitaires et les instituts de recherche avec les équipes du niveau opérationnel pour booster la recherche opérationnelle.
- L'insuffisance de la culture de la recherche opérationnelle parmi les équipes cadres au niveau opérationnel
- L'absence de ligne budgétaire dédiée à la recherche dans le budget national du MSAS et le non-respect de l'engagement international d'accorder 2% du budget national de la santé à la recherche pour la santé
- Une trop forte dépendance à près de 86% des financements extérieurs pour la mise en œuvre de la recherche pour la santé
- Le non-respect des engagements d'allouer 5% des financements de la coopération bilatérale et multilatérale destinés à la santé à la recherche
- L'inexistence d'une participation du secteur privé national dans le cadre de la RSE et des collectivités territoriales dans le cadre des domaines transférés
- L'insuffisance des activités de plaidoyer pour la mobilisation des ressources
- L'inexistence au sein de la DR d'un mécanisme spécifique de centralisation des données financières mobilisées pour le compte de la recherche, en dehors des déclarations faites à travers les protocoles soumis au CNERS

Annexe 5 : liste des personnes rencontrées

Nº	Prénom - NOM	Structure	Email
1	Pr Jean Louis NDIAYE	UFR Santé Thiès	<a href="mailto:jndiaye@univ-thies.sn">jndiaye@univ-thies.sn</a>
2	Elhadji Malick SOUGOU	DGAS/DPPGV	<a href="mailto:sougoudamanko2008@gmail.com">sougoudamanko2008@gmail.com</a>
3	Pape Abdoulaye SECK	Planification / DPRS	<a href="mailto:paskoutaye2000@yahoo.fr">paskoutaye2000@yahoo.fr</a>
4	Pr Anta Tal DIA	CNERS	<a href="mailto:diagodia@hotmail.com">diagodia@hotmail.com</a>
5	Pr Moussa Seydi	Département Maladies Infectieuses FANN	<a href="mailto:seydi.moussa@gmail.com">seydi.moussa@gmail.com</a>
6	Pr Babacar FAYE	Département de Parasitologie, FMPOS	<a href="mailto:bfaye67@yahoo.fr">bfaye67@yahoo.fr</a>
7	Dr Amadou Alpha SALL	Institut Pasteur de Dakar	<a href="mailto:amadou.sall@pasteur.sn">amadou.sall@pasteur.sn</a>
8	Dr Aissatou TOURE	CNERS	<a href="mailto:atoure85@yahoo.fr">atoure85@yahoo.fr</a>
9	Dr Badara CISSE	IRESSEF	<a href="mailto:badara.cisse@iressef.org">badara.cisse@iressef.org</a>
10	Pr Sylvain FAYE	Département de Sociologie (UCAD)	<a href="mailto:fayesylvain@yahoo.fr">fayesylvain@yahoo.fr</a>
11	Dr Youssoupha NDIAYE	DPRS	<a href="mailto:youndiaye2000@gmail.com">youndiaye2000@gmail.com</a>
12	Dr Samba Cor SARR	DR	<a href="mailto:bathie65@yahoo.fr">bathie65@yahoo.fr</a>



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MINISTERE DE LA SANTE  
ET DE LA PREVENTION

# EVALUATION DU SYSTEME DE SANTE DU SENEGAL



Septembre 2009

Cette publication a été produite par l'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID). Elle a été élaborée par Cheikh S.A. Mbengue et Yann Derriennic (Health Systems 20/20), Fodé Diouf (Groupe Issa), Demba A. Dione (ISED), Lamine Diawara (OMS) et Abdoulaye Diagne (consultant de Health Systems 20/20).



## **Mission**

**Health Systems 20/20**, qui est un projet financé par l'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID) pour la période 2006-2011, aide les pays appuyés par l'USAID à surmonter les barrières du système de santé pour l'utilisation des services prioritaires de santé. Health Systems 20/20 travaille au renforcement des systèmes de santé à travers des approches intégrées d'amélioration du financement, de la gouvernance, des opérations et de la pérennisation des capacités des institutions locales.

## **Septembre 2009**

Pour recevoir des copies supplémentaires de ce rapport, prière d'envoyer un email à [info@healthsystems2020.org](mailto:info@healthsystems2020.org) ou de visiter le site web [www.healthsystems2020.org](http://www.healthsystems2020.org)

**Cooperative Agreement No.: GHS-A-00-06-00010-00**

**Rapport soumis à:**

Dr Matar Camara  
Policy and Health Finance Specialist  
Health Office  
Senegal Mission  
United States Agency for International Development

Robert Emrey, CTO  
Health Systems Division  
Office of Health, Infectious Disease and Nutrition  
Bureau for Global Health  
United States Agency for International Development

**Citation recommandée :** Mbengue Cheikh S.A., Yann Derriennic (Health Systems 20/20), Fodé Diouf (Groupe Issa), Demba A. Dione (ISED), Lamine Diawara (OMS) et Abdoulaye Diagne. Septembre 2009. *Evaluation du système de santé du Sénégal*. Abt Associates Inc



Abt Associates Inc. | 4800 Montgomery Lane, Suite 600 | Bethesda, Maryland 20814 |  
T: 301/913-0500 | F: 301/652-3916 | [www.healthsystems2020.org](http://www.healthsystems2020.org) |  
[www.abtassociates.com](http://www.abtassociates.com)

*In collaboration with:*

| Aga Khan Foundation | Bitrán y Asociados | BRAC University | Broad Branch Associates  
| Deloitte Consulting, LLP | Forum One Communications | RTI International  
| Training Resources Group | Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine



# EVALUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ DU SÉNÉGAL

## **AVERTISSEMENT**

Les points de vue exprimés dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement ceux du Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal ou de l'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID) ou du Gouvernement du Sénégal ou du Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique



# TABLE DES MATIÈRES

<b>Sigles &amp; acronymes .....</b>	<b>v</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>ix</b>
<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>2. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>3</b>
2.1 Cadre conceptuel de l'approche d'évaluation du système de santé.....	3
2.2 Description de l'outil et de son utilisation .....	3
2.2.1 Présentation des modules techniques.....	3
2.2.2 Structure des modules.....	4
2.2.3 Indicateurs .....	5
2.3 Organisation de l'équipe d'évaluation.....	5
<b>3. CONTEXTE NATIONAL ET CONTEXTE DU SYSTÈME DE SANTÉ .....</b>	<b>7</b>
3.1 Contexte politique et administratif.....	7
3.2 Contexte macroéconomique.....	8
3.3 Environnement des affaires et climat des investissements .....	9
3.4 Politique de santé.....	11
3.5 Structure du système de prestation des soins.....	12
3.6 État de santé .....	13
3.6.1 Population.....	14
3.6.2 Mortalité.....	14
3.6.3 Santé reproductive .....	17
<b>4. SYNTHESE DE L'EVALUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ .....</b>	<b>19</b>
4.1 Gouvernance.....	19
4.1.1 Processus de planification et d'élaboration des politiques et mécanismes de coordination des interventions des partenaires.....	19
4.1.2 Réformes organisationnelles portant sur les changements de statuts et de rôles, et sur l'organisation du système de santé.....	21
4.1.3 Transparence et obligation de rendre compte.....	24
4.1.4 Forces et faiblesses.....	25
4.2 Financement.....	27
4.2.1 Profil et structure du financement.....	27
4.2.2 Financement, gestion, analyse et planification financière.....	28
4.2.3 Couverture du risque-maladie et initiatives de gratuité et de subvention .....	30

4.2.4 Forces et faiblesses.....	31
4.3 Prestation de services de santé.....	32
4.3.1 Disponibilité des services.....	34
4.3.2 Accès aux services, couverture et utilisation.....	35
4.3.3 Organisation des services .....	36
4.3.4 Assurance qualité des soins.....	37
4.3.5 Forces et faiblesses.....	38
4.4 Ressources Humaines.....	40
4.4.1 Planification.....	44
4.4.2 Politiques.....	44
4.4.3 Gestion de la performance.....	46
4.4.4 Forces et faiblesses.....	46
4.5 Gestion Pharmaceutique.....	47
4.5.1 Sous secteur pharmaceutique.....	47
4.5.2 Politique, loi et réglementation pharmaceutiques.....	48
4.5.3 Sélection des produits pharmaceutiques.....	50
4.5.4 Approvisionnement.....	50
4.5.5 Entreposage et distribution .....	51
4.5.6 Bon usage.....	52
4.5.7 Disponibilité .....	52
4.6 Système d'information sanitaire .....	57
4.6.1 Définition du SIS et généralités.....	57
4.6.2 Description de l'architecture et de l'organisation du SIS .....	58
4.6.3 Analyse de la structure et de l'organisation du SIS.....	60
4.6.4 Ressources, politiques et réglementation .....	61
4.6.5 Collecte de données et qualité.....	61
4.6.6 Analyse de données.....	62
4.6.7 Utilisation de l'information pour la gestion, le développement de politiques, la gouvernance et l'obligation de rendre des comptes .....	63
4.6.8 Forces et faiblesses.....	64
4.7 Recommandations .....	66
4.7.1 Gouvernance.....	66
4.7.2 Financement .....	67
4.7.3 Prestation de services.....	67
4.7.4 Gestion des ressources humaines .....	68
4.7.5 Gestion pharmaceutique .....	68
4.7.6 Système d'information sanitaire .....	69
<b>Annexe A : Liste de documents consultés .....</b>	<b>71</b>
<b>Annexe B : Données de base .....</b>	<b>75</b>

# SIGLES & ACRONYMES

ANCS	Alliance Nationale Contre le SIDA
AOF	Afrique Occidentale Française
ARV	Anti rétroviraux
BM	Banque Mondiale
CADL	Centre d'Appui au Développement Local
CAFSP	Cellule d'Appui au Financement et au Partenariat
CAS/PNDS	Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS
CTA	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Arthémisinine
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CDS	Centre de santé
CDSMT	Cadre de dépenses sectoriel à moyen terme
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CESSI	Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers
CHN	Centre Hospitalier National
CNDCL	Conseil National de Développement de Collectivités Locales
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
COPE	Client-Oriented Provider-Efficient services
CPN	Consultation prénatale
CRFS	Centres Régionaux de Formation en Santé
CS	Case de santé
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
DCI	Dénomination commune internationale
DERF	Direction des Études, de la Recherche et de la Formation
DNS	Dépenses nationales de santé
DPL	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
DQA	Audit de la Qualité des Données
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSIST	Division de la Lutte contre le SIDA et les IST
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social

ENTSO	Ecole Nationale des Techniciens Supérieurs en Odontologie
EPS	Etablissement public de santé
ESAM	Enquête sénégalaise auprès des ménages
FAR	Femme en âge de reproduction
FDD	Fonds de dotation à la décentralisation
FMI	Fonds Monétaire International
HALD	Hôpital Aristide Le Dantec
HMN	Health Metrics Network
ICP	Infirmier-chef de poste de santé
IPM	Institution de prévoyance maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
ISED	Institut Santé et Développement
IST	Infections sexuellement transmissibles
LNCM	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MAPI	Manifestations post vaccinales indésirables
MSP	Ministère de la Santé et de la Prévention
OMC	Organisation Mondiale du Commerce
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONCDS	Ordre National des Chirurgiens Dentistes du Sénégal
ONG	Organisation non gouvernementale
ONMS	Ordre National des Médecins du Sénégal
ONPS	Ordre national des pharmaciens du Sénégal
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PAC	Programme d'Appui aux Communes
PADDEL	Programme d'Appui à la Décentralisation et au Développement Local
PADELU	Programme d'Appui au Développement Local Urbain
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PDRH	Projet de Développement des Ressources Humaines
PEC	Prise en charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNB	Produit national brut

PNDL	Programme National de Développement Local
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNIR	Programme National d'Infrastructures Rurales
PNT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PO	Plan d'opérations
POCL	Plans opérationnels des collectivités locales
PPN	Politique pharmaceutique nationale
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	Poste de santé
PSIDEL	Programme de Soutien aux Initiatives de Développement Local
PTA	Plans de travail annuels
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RCR	Référence contre référence
RH	Ressources humaines
RUM	Résumé d'unité médicale
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIS	Système d'information sanitaire
SNIS	Service National de l'Information Sanitaire
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SOU	Soins obstétricaux d'urgence
SR	Santé de la reproduction
SRO	Sels de réhydratation orale
TDR	Termes de référence
TS	Travailleuses du sexe
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UCAD	Université Cheikh Anta Diop de Dakar
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHO	World Health Organization



# REMERCIEMENTS

Ce rapport a été produit sur financement de l'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID) et réalisé par le Projet Health Systems 20/20 avec la collaboration du Ministère de la Santé de la Prévention du Sénégal.

Les auteurs expriment leur gratitude à toute l'équipe du bureau de santé de la Mission de l'USAID au Sénégal pour le soutien qui leur a été apporté, particulièrement à Akua Kwateng-Addo, Directrice du Bureau, et au Dr Matar Camara, Spécialiste en politiques et financement de la santé.

Ils expriment leurs vifs remerciements à tous les responsables du Ministère de la Santé et de la Prévention pour leur collaboration à la réalisation de l'évaluation, et pour leur contribution à la revue technique, notamment M. Moussa Mbaye, Secrétaire Général du Ministère, Pr Omar Faye, Directeur de la Santé, Dr Mandiaye Loum, Coordonnateur de la CAS/PDNS, M. Malick Cissé Inspecteur des Affaires Administratives et Financières et Dr Moussa Diakhaté, Chef du Service National de l'Information Sanitaire.

Ils remercient également les responsables du Projet Politiques et financement de la santé (Abt-Sénégal), pour leur appui à la réalisation de l'évaluation et pour leur contribution technique, particulièrement Dr Malick Niang, Coordonnateur du Projet, François Diop et Dr Mame Cor Ndour.

Ils expriment leur profonde gratitude à Stéphanie Boulenger pour sa précieuse contribution à la conception et au démarrage de l'activité.

Ils associent dans ces remerciements Maria Claudia De Valdenebro, Asha Sharma et Liz Nugent, de l'équipe du Projet Health Systems 20/20 pour leur appui multiforme, notamment dans le formatage et l'impression du rapport.

Que tous ceux qui ont accepté de bien vouloir recevoir l'équipe d'évaluation et de répondre à ses questions trouvent ici l'expression de la profonde reconnaissance de tous les auteurs.



# I. INTRODUCTION

Le Sénégal dispose depuis 1998 d'un plan stratégique décennal dans le domaine de la santé, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) mis en œuvre par le Ministère chargé de la Santé. Dans la perspective de son échéance en 2008, le Ministère de la Santé et de la Prévention s'est engagé à élaborer un autre plan stratégique couvrant la période 2009-2018.

Cet exercice intervient dans un contexte de grandes réformes en matière de finances et de budget, avec l'adoption du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT), comme outil de mise en œuvre du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et le ciblage de certains secteurs comme la santé pour opérationnaliser le CDSMT.

Avec ces nouvelles politiques, on assiste à un effort de recentrage des objectifs de développement autour des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), où la santé occupe une place centrale, avec les objectifs qui lui sont assignés en termes de réduction notable de la mortalité des mères et des enfants, par un accès accru aux services de santé de la reproduction (SR) et une maîtrise des endémies majeures comme le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.

En ce qui concerne les stratégies à mettre en œuvre pour permettre de relever le défi, l'État insiste pour que l'accent soit mis sur une large participation de différents acteurs au processus de mise en œuvre des politiques, en approfondissant la décentralisation, le ciblage des groupes les plus vulnérables et la rationalisation de l'utilisation des ressources, tout cela dans un contexte de culture du "rendre compte".

L'évaluation du système de santé, qui a été réalisée pour le compte du Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP), grâce à un appui de l'USAID, à travers Health Systems 2020, a été une contribution à la préparation du second PNDS et du processus de révision du CDSMT, et ses principales conclusions ont été prises en compte dans le nouveau plan.

L'ambition de cet exercice était d'apporter un éclairage à partir des conclusions et recommandations issues de la revue du système de santé du Sénégal, selon une méthode de diagnostic rapide qui sera présentée plus loin.

L'étude a analysé les facteurs et les contraintes au niveau du système et des services de santé, relativement aux dimensions suivantes : Gouvernance, Financement, Prestation de services de santé, Ressources humaines, Gestion pharmaceutique et Système d'information sanitaire.

Après la présentation des résultats provisoires et des recommandations de l'évaluation au comité de rédaction du PNDS 2, un processus de revue interne et externe, qui a duré plusieurs mois, a permis la publication du présent rapport.

Bien que les responsables du Ministère de la Santé et de la Prévention et certains de leurs partenaires ont participé aux discussions sur le rapport préliminaire, il convient de préciser que les points de vue exprimés dans ce document n'engagent que l'équipe d'évaluation dont les membres eux-mêmes, ont pu avoir des appréciations légèrement différentes sur tel ou tel point particulier, sans que cela ne remette en question le consensus fort qu'ils ont établi sur le contenu général du rapport.

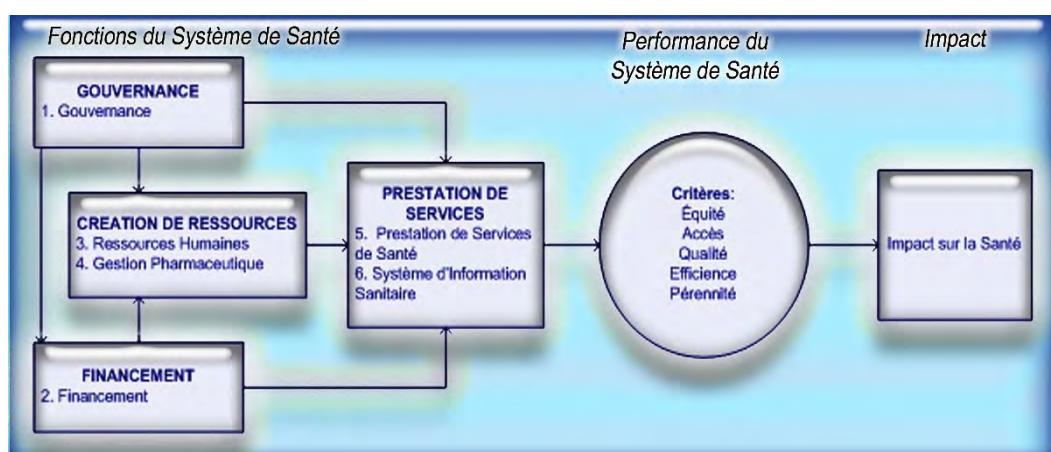


## 2. MÉTHODOLOGIE

### 2.1 CADRE CONCEPTUEL DE L'APPROCHE D'EVALUATION DU SYSTÈME DE SANTE

Le cadre conceptuel de l'approche a été développé à la suite de discussions avec l'USAID et d'autres organisations. Il est construit à partir de la définition d'un système de santé, développée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui divise les systèmes de santé en 4 principales fonctions: gouvernance, financement, création de ressources et prestation de services. Les six modules techniques tombent dans ces quatre fonctions.

**FIGURE 1. CADRE CONCEPTUEL POUR LA PERFORMANCE DES SYSTEMES DE SANTE**



### 2.2 DESCRIPTION DE L'OUTIL ET DE SON UTILISATION

#### 2.2.1 PRÉSENTATION DES MODULES TECHNIQUES

L'approche a été développée sous forme de modules représentant chacun une des fonctions du système, à l'exception du Module central dont le but est de fournir des informations contextuelles pouvant s'appliquer à tous les modules. Une brève description de chaque module est donnée ci-dessous. L'annexe 2 fournit la liste complète des indicateurs et questions qualitatives par sujet pour chaque module.

- Le **Module Central** couvre, pour le pays évalué, les informations sociodémographiques et économiques de base et un survol du système de santé et du statut général de la santé. Il couvre l'environnement politique et macroéconomique, l'environnement d'affaires et le climat d'investissement, les principales causes de mortalité et morbidité, la structure des principales organisations publiques et privées impliquées dans le système de santé, la décentralisation, l'organisation des services, les bailleurs de fonds dans la santé et la coordination entre bailleurs.
- Le **Module Gouvernance** traite des capacités du système à traiter l'information, de l'élaboration et

de la planification des politiques, de la participation sociale et de la capacité de réponse, de l'obligation de rendre des comptes et de la réglementation du système de santé.

- Le **Module Financement** couvre les sources financières, le « pooling » et l'allocation des fonds incluant le budget du gouvernement et l'assurance maladie et le processus d'achat et de fourniture de services.
- Le **Module Prestation de services** examine les extrants et les résultats des services, la disponibilité, l'accès, l'utilisation et l'organisation des services, l'assurance qualité des soins de santé, et la participation de la communauté dans la prestation de services de santé.
- Le **Module Ressources humaines** couvre la planification systématique des ressources humaines, les politiques et la réglementation, la gestion basée sur la performance, la formation et l'éducation et les incitations.
- Le **Module Gestion pharmaceutique** évalue les politiques, lois et réglementations pharmaceutiques du système de santé, la sélection des produits, l'achat, l'entreposage et la distribution, la bonne utilisation et la disponibilité des produits pharmaceutiques, l'accès à des produits et services pharmaceutiques de qualité, et les mécanismes de financement des produits pharmaceutiques.
- Le **Module Système d'information sanitaire** passe en revue les composantes opérationnelles actuelles du SIS, les ressources, politiques et réglementations encadrant le SIS, la disponibilité, collecte et qualité des données, l'analyse et l'utilisation d'informations sanitaires pour la gestion et le développement de politiques sanitaires.

## 2.2.2 STRUCTURE DES MODULES

Chaque module est constitué de deux composantes, chacune basée sur des indicateurs<sup>1</sup>.

La **Composante 1** est basée sur des données internationales comparables. Cette composante de l'évaluation inclut des indicateurs pour lesquels des données sont disponibles dans les bases de données internationales. Cela fournit rapidement des informations contextuelles pour chaque module. Ces données sont disponibles sur le site Internet suivant :

<http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/>. Pour consulter cette base de données, il suffit de sélectionner le pays de son choix, et un tableau de données apparaîtra.

La **Composante 2** est basée sur une revue de documents spécifiques au pays analysé et sur des entretiens avec les principales parties prenantes. Cette composante de l'évaluation repose sur de multiples indicateurs, à la fois quantitatifs et qualitatifs.

L'évaluation combine une revue de littérature et des entretiens, afin d'identifier les forces et faiblesses dans chaque module technique et d'établir la relation avec la performance du système de santé. Les entretiens doivent compléter la revue de littérature, fournir des informations sur les indicateurs de performance du système de santé, qui ne peuvent être obtenus à partir des documents, et explorer les recommandations possibles. Une liste des matériaux à examiner et des parties prenantes à interroger est fournie pour chaque indicateur, ainsi que des suggestions de questions à poser<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>Certains modules (comme le module gouvernance) proposent plutôt de développer un profil qualitatif de la fonction du système et ne se base pas uniquement sur des indicateurs.

<sup>2</sup> Pour l'instant, ces informations ne sont disponibles qu'en anglais.

### **2.2.3 INDICATEURS**

Dans la mesure du possible, les indicateurs de chaque module, à l'exception du module sur la gouvernance sont présentés dans un format standard (voir Tableau I). La liste des indicateurs pour chaque module est présentée en annexe.

**TABLEAU I : FORMAT STANDARD DES INDICATEURS**

<b>Élément</b>	<b>Description de l'information fournie par chaque élément</b>
<b>Titre de l'indicateur</b>	
Définition, Justification et interprétation	<ul style="list-style-type: none"><li>Fournit une définition ou une description de l'indicateur et la raison pour laquelle l'indicateur est important pour l'évaluation</li><li>Fournit aussi de brèves instructions sur la manière de mesurer l'indicateur et d'interpréter les résultats.</li></ul>
Source de données suggérée	<ul style="list-style-type: none"><li>Donne des suggestions sur le type de document pouvant être susceptible de fournir cette information.</li><li>Fournit aussi des références à des indicateurs dans d'autres modules. Dans ces cas, le terme « Lien vers un autre module » est utilisé.</li></ul>
Parties prenantes à interroger	<ul style="list-style-type: none"><li>Donne des suggestions sur les types de parties prenantes à rencontrer pour plus d'informations liées à cet indicateur.</li><li>Cette rubrique n'est incluse que pour les indicateurs dans la Composante 2</li></ul>
Sujets à explorer	<ul style="list-style-type: none"><li>Donne des suggestions sur des sujets à explorer plus en profondeur, incluant une justification.</li><li>Cette rubrique n'est incluse que pour les indicateurs dans la Composante 2</li></ul>
Notes	<ul style="list-style-type: none"><li>Inclut tout élément que l'utilisateur devrait connaître (tel que les difficultés possibles qui vont être rencontrées pour la collecte de données) et peut inclure des suggestions sur la manière de changer ou adapter l'indicateur selon les données disponibles dans le pays.</li></ul>

### **2.3 ORGANISATION DE L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION**

L'équipe est composée de six experts, chacun s'occupant d'un module donné. Elle a été accompagnée et appuyée par un haut responsable désigné par le Ministère, en l'occurrence, le Chef du Service National de l'Information Sanitaire.

Chaque expert a eu à rencontrer un certain nombre de responsables au niveau central pendant la première semaine de l'évaluation. Pendant la deuxième semaine, l'équipe s'est divisée en trois groupes pour visiter les régions de Dakar, Kaolack et Kolda. Différentes rencontres ont été programmées avec les gouverneurs, préfets, maires, responsables du secteur de la santé aux niveaux régional et périphérique , médecins et pharmaciens privés, responsables d'hôpitaux.



### **3. CONTEXTE NATIONAL ET CONTEXTE DU SYSTÈME DE SANTÉ**

Cette section a deux objectifs principaux. D'abord, elle place le système de santé sénégalais dans un contexte plus large, en présentant la situation macroéconomique du pays, ainsi que le contexte politique, sociologique et des affaires. Ensuite, elle offre un survol du système de santé, de l'organisation des soins et des principales causes de mortalité et de morbidité. Ceci est dans le but de mettre en perspective le contexte dans lequel évolue le système de santé, mais aussi de comprendre les différentes influences auquel il est soumis.

#### **3.1 CONTEXTE POLITIQUE ET ADMINISTRATIF**

Le Sénégal est un Etat laïc, indépendant depuis 1960. Le pays est sous un régime présidentiel pluraliste où le Président de la République est élu au suffrage universel direct. Le Président actuel a été élu pour la première fois en 2000 et réélu en 2007 pour un deuxième mandat. Le Président de la République s'appuie sur un gouvernement dirigé par un Premier Ministre.

Le Parlement est constitué de l'Assemblée Nationale et du Sénat. L'Assemblée Nationale partage le pouvoir législatif avec le Sénat, rétabli en mai 2007 après une suppression de plusieurs années. Cent-cinquante (150) députés élus au suffrage universel direct y siègent, pour une durée de cinq ans. Le mode de scrutin utilisé est un scrutin majoritaire à un tour au niveau des départements à concurrence de 90 députés et un scrutin proportionnel sur une liste nationale à concurrence de 60 députés. Le Sénat est composé de 100 membres, dont 35 élus au suffrage indirect dans les départements et 65 autres choisis par le Président de la République. Les mandats des présidents de l'Assemblée Nationale et du Sénat, qui étaient de cinq ans, ont été ramenés à un an.

Le Sénégal est divisé en 14 régions dont les noms correspondent à ceux des capitales chefs-lieux de région : Dakar, Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kédougou, Kaolack, Kolda, Louga, Matam, Saint-Louis, Sédhiou, Tambacounda, Thiès, Ziguinchor. Les 14 régions comprennent 45 départements, eux-mêmes divisés en 121 arrondissements.

Un processus de décentralisation a été entrepris depuis 1972 et a été approfondi en 1996, avec une réforme des textes de la décentralisation qui donnent des pouvoirs accrus aux collectivités locales dans des domaines de développement qui incluent la santé.

Le Sénégal comprend 3 types de collectivités locales : la région, la commune et la communauté rurale. Le pays compte 14 régions, 113 communes et 370 communautés rurales. La plus récente réforme a consisté en la création, en 2005, de la Communauté d'agglomération de Dakar regroupant les villes de la région de Dakar.

## 3.2 CONTEXTE MACROÉCONOMIQUE

En janvier 1994, le Sénégal a entrepris un programme de réformes économiques, avec l'aide de la communauté des bailleurs de fonds, qui a débuté avec une dévaluation de 50 % de la monnaie, le franc CFA. Les contrôles de prix et les subventions du gouvernement ont été peu à peu démantelés.

Après avoir vu son économie se rétracter de 2,1% en 1993, le Sénégal a effectué un important revirement, grâce au programme de réformes, avec une croissance réelle du PIB de 5% en moyenne annuellement entre 1995 et 2007. L'inflation annuelle a diminué et est sous contrôle. Cependant, le taux de chômage élevé continue de pousser des immigrants illégaux à quitter le Sénégal en quête de meilleures opportunités de travail à l'étranger. Le Sénégal a été également touché par une crise de l'énergie qui a causé des coupures de courants massives en 2006 et 2007. L'industrie du phosphate a eu du mal, durant deux ans, à garantir son capital et la réduction de la production a eu un impact direct sur le PIB. En 2007, le Sénégal a signé des ententes pour des nouvelles concessions minières pour le fer, le zircon et l'or avec des compagnies étrangères. Des entreprises de Dubaï ont donné leur accord pour gérer et moderniser le port maritime de Dakar et créer une nouvelle zone économique. Le Sénégal doit encore beaucoup compter sur l'aide extérieure. Le pays a vu les deux tiers de sa dette bilatérale, multilatérale et envers le secteur privé, annulés. (CIA 2008; traduit de l'anglais)

Le PIB en prix courants, selon les données du FMI, se chiffre à 5.323,83 milliards de francs CFA en 2007 ou 11,1 milliards de dollars US (852 milliards de \$US pour l'Afrique subsaharienne). Toujours selon les données du FMI, le PIB par habitant en 2007 est de 909,8 \$US. Le PIB est composé à 16% de l'agriculture (arachide, millet, maïs, sorgho, riz, coton, tomates, légumes verts; bétail, volaille, poisson), 19,4% de l'industrie (transformation des produits agricoles et du poisson, minerais de phosphate, production de fertilisants, raffinage, minerais de fer, de zircon et d'or, matériaux de construction, construction et réparation de bateaux) et 64,6% des services (CIA 2008). Le taux de chômage est estimé en 2007 à 48%.

Le taux d'inflation moyen était de 5,9% en 2007, 2,1% en 2006 et 1,7% en 2005. Ce taux est élevé, mais il reste en dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne : 7,3 en 2006 et 7,2 en 2007 (FMI, 2008). En 2006, la valeur des exportations, avec 1.556 millions \$US était inférieure à la valeur des importations qui était de 3.434 million \$US (OMC, 2008). Les principaux produits d'exportation sont le poisson, l'arachide, les produits pétroliers, les phosphates et le coton. Les principaux produits importés sont la nourriture et les boissons, les biens d'équipement et les produits pétroliers.

Bien que le niveau de vie des Sénégalais s'est amélioré, entre 1994 (année de la dévaluation) et 2002, la pauvreté reste assez répandue. Les indicateurs de pauvreté harmonisés, calculés à partir des données des enquêtes sénégalaises auprès des ménages (ESAM I 1994/1995 et ESAM II, 2001/2002), confirment la tendance à la baisse de la pauvreté dans cette période. Selon ces deux sources, près de 49 % des ménages vivaient encore en dessous du seuil de pauvreté en 2001/2002, contre plus de 61 % en 1994/1995. Toutefois, la contribution des ménages ruraux à la pauvreté (c'est-à-dire le poids des ménages ruraux pauvres par rapport à l'ensemble des ménages pauvres) a augmenté, passant de moins de 62 % à 65 % (EDS, 2006).

Une mission du FMI a constaté de sérieux problèmes de dépassements budgétaires identifiés en août 2008. Ils comprennent un stock important de factures non payées au secteur privé ainsi que des dépenses extra budgétaires qui, additionnées, ne correspondent pas aux fonds disponibles et au contexte macroéconomique sénégalais. Une évaluation détaillée des factures non payées est en cours, et leur ampleur et leur manque de cohérence avec le cadre budgétaire suscitent des inquiétudes des partenaires du Sénégal

### 3.3 ENVIRONNEMENT DES AFFAIRES ET CLIMAT DES INVESTISSEMENTS

Le tableau 2 présente les résultats d'une enquête menée par la Banque Mondiale auprès des entreprises sénégalaises. L'enquête mesure les perceptions des entreprises, quant aux plus importants obstacles à leur croissance, l'importance relative de diverses contraintes à l'augmentation de l'emploi et de la productivité et les effets de l'environnement des affaires sur leur compétitivité.

L'enquête montre qu'au Sénégal, c'est le taux de taxation qui représente un obstacle majeur, suivi par les contraintes liées à l'administration publique et la corruption. Bien que les contraintes rencontrées par les chefs d'entreprise au Sénégal soient similaires à celles rencontrées dans d'autres pays, leur intensité est souvent supérieure. Des problèmes relatifs au marché du travail formel sont notés, dont le déficit relatif de formation de la force de travail, le faible développement de la formation professionnelle et une forte prévalence du paludisme qui génère un absentéisme certain. En ce qui concerne les marchés financiers, les données de l'enquête indiquent que les coûts des financements et l'accès aux financements figurent au nombre des préoccupations les plus importantes des chefs d'entreprise. Dans le domaine des infrastructures, plusieurs déficiences peuvent être notées : problèmes de maintenance et d'engorgement du réseau routier, problèmes liés au transport ferroviaire (absence de voies de communication en bon état avec la sous-région, et notamment vers le Mali, en raison de la vétusté des infrastructures ferroviaires), problème d'enlèvement des déchets et problèmes de fourniture d'électricité. (Azam, 2005)

**TABLEAU 2 : RÉSULTAT DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES ENTREPRISES AU SÉNÉGAL  
(WORLD BANK GROUP, 2008)**

Réglementation et taxes	Sénégal	Région	Tous les pays
Temps passé par les cadres supérieurs pour s'occuper des exigences requises par la réglementation gouvernementale (%)	2,9	7,31	7,61
Nombre moyen de visites ou de réunions requises avec les fonctionnaires du système de taxation	1,76	4,03	3,53
% d'entreprises ayant identifié les taux de taxation comme contrainte majeure	40,54	44,31	35,74
% d'entreprises ayant identifié l'Administration en charge de la taxation comme contrainte majeure	27,81	31,34	26,61
Permis et licences	Sénégal	Région	Tous les pays
Nombre de jours pour obtenir des licences d'opération	21,37	17,54	30,28
Nombre de jours pour obtenir des permis de construire	38,52	56,73	66,01
Nombre de jours pour obtenir des licences d'importation	21,15	15,25	19,09
% d'entreprises ayant identifié l'obtention de permis et de licences d'affaires comme contrainte majeure	17,93	17,35	14,73
Corruption	Sénégal	Région	Tous les pays
% d'entreprises effectuant des paiements informels aux fonctionnaires publics (pour faire avancer les choses)	18,12	43,32	35,53
% d'entreprises offrant des cadeaux pour obtenir des licences d'opération	21,09	18,2	15,93
% d'entreprises offrant des cadeaux lors de réunions avec les fonctionnaires du système de taxation	18,66	19,72	25,27
% d'entreprises offrant des cadeaux pour assurer des contrats avec l'Etat	36,32	42,54	26,91
% d'entreprises ayant identifié la corruption comme contrainte majeure	23,84	31,54	32,12

<b>Réglementation et taxes</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
<b>Sécurité</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
% d'entreprises payant pour la sécurité	60,09	62,91	60,97
Pertes dues au vol, vandalisme et les incendies volontaires contre l'entreprise (% des ventes)	4,13	3,53	1,98
Coûts pour la sécurité (% des ventes)	1,24	1,99	1,69
Produits acheminés pour fournir les marchés locaux, qui sont perdus en raison du vol (%)	0,24	0,74	0,67
% d'entreprises ayant identifié le crime, le vol et le désordre comme contrainte majeure	11,61	24,5	20,53
<b>Absence de déclaration</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
% d'entreprises disant qu'une entreprise type déclare moins de 100% de ses ventes pour des raisons de taxation	21,63	51	45,66
% d'entreprises de service en compétition contre des entreprises non enregistrées ou informelles	74,11	64,75	63,46
% d'entreprises enregistrées au moment de débuter les opérations dans le pays	78,86	81,39	90,78
Nombre d'années où l'entreprise a opéré sans être enregistrée	0,95	1	0,53
<b>Genre</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
% d'entreprises où des femmes participent à la gestion	26,33	28,56	28,41
% de travailleurs à temps-plein qui sont des femmes	10,61	20,19	26,49
% de femmes à des postes seniors	4	7,44	8,51
<b>Finances</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
% d'entreprises avec une ligne de crédit ou un prêt d'une institution financière	15,25	23,27	33,34
% d'entreprises faisant appel à des banques pour financer leurs investissements	19,77	13,18	16,13
% d'entreprises faisant appel à des banques pour financer leurs dépenses	9,59	21,29	27,56
Valeur de la garantie requise pour un prêt (en % du montant du prêt)	128,75	139,83	137,67
% d'entreprises identifiant l'accès au financement comme contrainte majeure	49,21	47,76	29,24
<b>Infrastructures</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
Nombre de coupures d'électricité en un mois	11,75	13,86	11,36
Valeur perdue en raison des coupures d'électricité (% des ventes)	4,98	5,96	4,31
Délais pour obtenir une connexion électrique (jours)	9,43	36,82	30,32
Nombre moyen d'incidents d'insuffisance d'eau en un mois	7,15	8,26	7,43
Délai pour obtenir une connexion d'eau (jours)	14,09	42,32	36,98
Délai pour obtenir une ligne téléphonique (jours)	8,9	50,64	31,66
<b>Innovation et technologie</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
% d'entreprises ayant une certification qualité internationalement reconnue	6,09	12,17	14
% d'entreprises dont les rapports financiers annuels ont fait l'objet d'un audit externe	25,81	48,45	50,73
% d'entreprises utilisant des technologies ayant reçu une licence d'entreprises étrangères	9,21	10,68	12,49

<b>Réglementation et taxes</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
% d'entreprises utilisant leur propre site Internet	14,56	19,98	38,94
<b>Commerce</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
Temps moyen de passage en douane des exportations directes (jours)	8,91	5,13	5,27
Temps moyen de passage en douane des importations directes (jours)	8,85	8,83	8,25
% d'entreprises exportatrices	13,45	20,57	25,27
% d'entreprises qui utilisent des intrants et/ou des produits d'origine étrangère	45,75	64,47	58,17
% d'entreprises qui ont identifié la réglementation douanière et du commerce comme contrainte majeure	15,12	20,9	17,18
<b>Main d'œuvre</b>	<b>Sénégal</b>	<b>Région</b>	<b>Tous les pays</b>
% d'entreprises offrant des formations	16,3	34,55	37,98
Nombre moyen d'employés saisonniers/temporaires, à temps partiel	7,81	30,59	23,6
Nombre moyen d'employés permanents, à temps plein	14,09	62,68	85,86
% d'entreprises identifiant la main-d'œuvre comme contrainte majeure	4,83	10,27	12,51

### 3.4 POLITIQUE DE SANTÉ

La santé est considérée comme une composante essentielle du développement économique du pays, comme l'affirme l'article 14 de la Constitution (" l'État et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille") et par la ratification des textes internationaux, tels que la Déclaration universelle des droits de l'Homme, la charte de l'OUA et la Convention des droits de l'enfant.

Les nouvelles orientations de cette politique de santé et d'action sociale, qui découlent de la Déclaration de la politique de santé et d'action sociale de juin 1989, s'appuient sur l'approche programme, traduite à travers le PNDS, pour la période 1998-2007. Un second PNDS est élaboré pour la période 2009-2018.

Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS), qui a couvert la période de 1998 à 2002, était la traduction concrète des priorités en matière de santé définies dans le PNDS. Le PDIS était exécuté annuellement par le biais des plans d'opération (PO) produits par tous les acteurs du développement sanitaire, de la périphérie au niveau central. Le pilotage d'ensemble du PDIS était assuré par la Cellule d'appui et de suivi du PNDS (CAS/PNDS) et l'information sanitaire était gérée par la Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation (DERF) qui était ainsi chargée du suivi et de l'évaluation du programme au niveau du Ministère. Les réformes inscrites sur l'agenda du PDIS concernaient l'organisation du Ministère de la Santé, le sous-secteur hospitalier, le sous-secteur de la pharmacie et du médicament et le financement de la santé.

### **3.5 STRUCTURE DU SYSTÈME DE PRESTATION DES SOINS**

Le Ministère de la Santé et de la Prévention a essentiellement pour mission de mettre en œuvre, sous l'autorité du Premier Ministre, la politique arrêtée par le Président de la République dans les domaines de la santé, de l'éducation à la santé et de la prévention.

Le district sanitaire est le niveau opérationnel comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser les limites d'un département entier ou d'une partie d'un département. Chacun des 69 districts sanitaires est géré par une équipe-cadre dirigée par un médecin-chef.

Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs-lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Ils s'appuient au niveau rural sur les infrastructures communautaires de villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou des matrones.

La région médicale est la structure de coordination du niveau régional. Chaque région médicale correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe-cadre composée de l'ensemble des chefs de services rattachés à la région médicale.

Le niveau central comprend, outre le cabinet du Ministre, les directions et les services rattachés.

**FIGURE 2: ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION**

	Ministre	Établissements Publics de santé
	Cabinet du Ministre	
<b>Directions Nationales</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement</li><li>• Direction de la Santé</li><li>• Direction des établissements de Santé</li><li>• Direction de la Prévention médicale</li><li>• Direction des Ressources Humaines</li><li>• Direction de l'Hygiène Publique</li><li>• Direction des Pharmacies et des Laboratoires</li><li>• Régions Médicales</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS</li><li>• Inspection de la Santé</li><li>• Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat</li><li>• Service National de l'Information Sanitaire</li><li>• Service National de l'Éducation et de l'Information pour la Santé</li><li>• Laboratoire National de Contrôle des Médicaments</li><li>• Cellule Informatique</li><li>• Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pharmacie Nationale d'Approvisionnement</li></ul>

### 3.6 ÉTAT DE SANTÉ

Le tableau 3 résume les principales statistiques de santé sur le Sénégal, par rapport à la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne et des pays à bas revenus.

**TABLEAU 3 : DONNÉES COMPOSANTE I, SENEGAL.**

	Senegal	Date	Valeur moyenne du comparateur régional	Date	Valeur moyenne par catégorie de revenu	Date
			Afrique sub-saharienne		Pays à bas revenus	
<b>Dynamiques de Population</b>						
Population totale	11,385,910	2004	15,439,321	2004	43,077,991	2004
Croissance de la population (par an en %)	2.37	2004	2.16	2004	2.28	2004
Population vivant en zone rurale (% du total)	49.68	2004	62.58	2004	68.6	2004
Population vivant en zone urbaine (% du total)	50.32	2004	37.42	2004	31.4	2004
<b>Santé Reproductive</b>						
Prévalence contraceptive (% de femmes entre 15 et 49 ans)	10.5	2000	21.39	2000	21.25	2000
Taux de fécondité total (naissances par femme)	4.9	2004	5.19	2004	5	2004
Femmes enceintes recevant au moins une consultation prénatale (%)	82	1999	83.6	1999	80.5	1999
Femmes enceintes recevant au moins 4 consultations prénatales (%)	64	1999	56	1999	51.67	1999
Prévalence du VIH, total (% pour population entre 15 et 49 ans)	0.8	2003	8.88	2003	4.45	2003
<b>Mortalité</b>						
Espérance de vie à la naissance (années)	56.14	2004	48.45	2004	53.15	2004
Taux de mortalité infantile (par 1000 naissances vivantes)	77.6	2004	92.24	2004	86.41	2004
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (par 1000)	136.6	2004	149.43	2004	135.54	2004
Mortalité maternelle, ratio (par 100000 naissances vivantes)	690	2000	841.42	2000	768.32	2000
<b>Revenu et inégalités</b>						
PIB par habitant (constant \$US)	460.84	2004	931.54	2004	342.26	2004
Croissance en % du PIB (annuelle)	6.16	2004	5.03	2004	5.6	2004
Dépenses de santé par habitant (en \$US international)	58	2003	115.87	2003	68.7	2003
Dépenses de santé du secteur privé en pourcentage des dépenses totales de santé	58.2	2003	50.23	2003	54.66	2003
Versements directs des ménages en pourcentage des dépenses privées en santé	95.3	2003	79.71	2003	84.95	2003
Index Gini	--	--	39.27	2003	47.17	2004

(Source: The World Bank-WDI-2006, WHO-The World Health Report-2006)

### **3.6.1 POPULATION**

La population est estimée à près de 12 millions d'habitants, dont 50% vit en milieu rural. Selon le dernier rapport de l'EDS, la région de Dakar, qui est la moins étendue puisqu'elle occupe 0,3 % du territoire national, abrite près de 23% de la population totale et 75 % de la population urbaine. La région la plus étendue, Tambacounda, abrite environ 6 % de la population.

La croissance démographique est assez élevée (2,4 %), en raison principalement d'un taux de fécondité total (nombre de naissances par femme en âge de procréation) de 4,9. L'espérance de vie à la naissance, qui est de 56,1 ans (2004) est supérieur à la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne (48,4 ans) ou des pays à faibles revenus (53,1 ans).

Le taux d'alphabétisation est fortement corrélé au degré d'urbanisation. Pour une moyenne nationale de 65 % d'analphabètes, le taux d'analphabétisme le plus faible est observé à Dakar (35 %) ; Ziguinchor suit avec 43 %. Dans les autres régions, en dehors de Saint-Louis et Thiès, l'analphabétisme se situe à plus de 75 %. Bien que le Sénégal compte plus de 20 ethnies, plus de 90 % de la population appartiennent à cinq groupes ethniques dominants : Wolof (43 %), Pulaar (24 %), Sereer (15 %), Joola (5 %) et Manding (4 %). La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94 %). Les chrétiens représentent 4 % de la population, alors que les animistes et les adeptes des autres religions représentent 2 %. (EDS, 2005)

### **3.6.2 MORTALITÉ**

La mortalité maternelle était estimée en 2000 par l'OMS à 690 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, se situant donc en dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne (841,4) et de celle des pays à faibles revenus (768,3). L'EDS IV (2005) l'a estimée à 401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Quant à la mortalité infantile, en 2004, elle était de 77,6 pour 1.000 naissances vivantes, contre 99,2 pour les pays d'Afrique subsaharienne et 86,4 pour les pays à faibles revenus. Il faut noter que l'EDS 2005 rapporte un taux de mortalité infantile bien supérieur pour les zones rurales (82 en zone rurale contre 52 en zone urbaine), en particulier Kolda (100) et Tambacounda (100). Les quintiles les plus pauvres sont très affectés, avec 89 pour le plus pauvre, 85 pour le second, 73 pour le moyen, 53 pour le quatrième et 41 pour le plus riche.

Les dix principales causes de mortalité étaient constituées, en 2002, par les infections respiratoires (16%), le paludisme (13%), les conditions périnatales (9%), les diarrhées (7%), la tuberculose (5%) – voir encadré 1-, les maladies cardiovasculaires (4%), la cardiopathie ischémique (4%), le VIH/SIDA (3%) - voir encadré 2- , les accidents de la route (3%) et la coqueluche (2%). (OMS 2006)

### **Encadre I : Résumé de la proposition Tuberculose de la série 8**

Le Programme d'action communautaire contre la tuberculose (*PACT*), proposé dans la proposition du Fonds Mondial Série 8, est initié, en collaboration avec le PNT, par Family Heath International et Africare, deux ONG unies dans un consortium dénommé Groupe d'action contre la tuberculose au Sénégal (*GAT*). Sa durée de mise en œuvre est prévue sur 5 ans (2009-2013) pour un budget estimatif de 17 791 333 euros. Il est soutenu par le Ministère de la Santé et de la Prévention pour compléter les interventions du PNT dans le cadre de la série 7 par une plus grande implication du niveau communautaire dans la lutte contre la TB.

Le but du *PACT* est de contribuer à l'atteinte des objectifs du plan stratégique national par l'augmentation du taux de détection des nouveaux cas TPM+ de 60% en 2007 à 70% en 2013 et à l'augmentation du taux de succès du traitement de 76% (cohorte 2006) à 85% en 2013, conformément aux orientations du Partenariat Stop TB et aux engagements pris par le pays pour l'atteinte des OMD. Pour atteindre ce but, les objectifs et domaines de prestation de services suivants sont retenus:

- **Objectif 1** : poursuivre l'extension d'un DOTS de qualité et de la décentralisation jusqu'au niveau communautaire dans les 65 districts sanitaires du pays.
- **Objectif 2** : lutter contre la co-infection TB/VIH, la TB MDR et s'attaquer à d'autres défis.
- **Objectif 3** : donner la capacité d'agir aux personnes atteintes de TB et à la communauté.
- **Objectif 4** : favoriser et promouvoir la recherche.

Ce programme est conçu dans une perspective de pérennisation des interventions communautaires et de renforcement de la collaboration entre les communautés et les structures de santé. L'approche centrale est de capitaliser les acquis du mouvement associatif œuvrant dans la santé communautaire depuis plusieurs décennies. Les actions, qui vont cibler la totalité des 11 régions du Sénégal, seront mises en œuvre en collaboration le PNT et les ONG sous récipiendaires. Les ONG sous- récipiendaires vont sous contractualiser et encadrer 650 OCB qui mettront en œuvre un paquet d'interventions communautaires TB composé des volets Sensibilisation, Soutien et Soins. Le PNT va sous contractualiser avec les 65 Districts sanitaires pour mener les activités liées à la planification, formation, supervision et reporting, ainsi qu'au soutien aux patients TB nécessiteux (Transport, nutrition, aides d'urgence, etc.).

## **Encadré 2: Le VIH/SIDA au Sénégal (Commission nationale de coordination du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, 2008)**

Le Sénégal est un pays caractérisé par une épidémie VIH/SIDA de type concentré avec une faible prévalence au niveau de la population générale (0,7%) et des prévalences assez élevées chez les populations clés les plus exposées au risque: les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH – 21,5%) et les Travailleuses du sexe (TS – 19,8%). Un partenariat international et national impliquant le gouvernement, la Banque mondiale, l'USAID, le Fonds Mondial et le système des Nations Unies, la société civile, des secteurs publics clés, une expertise scientifique, les groupes confessionnels et les Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) s'occupe des questions de VIH/SIDA.

Il persiste des contraintes majeures pour un accès universel aux services de prévention de soins et de traitements. Il s'agit essentiellement des pesanteurs socioculturelles qui entravent les efforts de prise en charge et de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des TS et des HSH., une lenteur de la mise en œuvre du passage à l'échelle des interventions, une faiblesse des capacités de mise en œuvre au niveau périphérique, une faible connaissance des modes de transmission si on y inclue les fausses croyances, des insuffisances dans le continuum de soins et dans la prise en charge communautaire socioéconomique des PvVIH et des OEV et un gap de financement lié à la fin des projets Fonds Mondial Round 1 (Mars 2008) et Banque mondiale (2009).

Pour relever les défis actuels et futurs de la réponse, le gouvernement du Sénégal a élaboré un cadre d'intervention unique, le Plan stratégique de lutte contre le Sida (PSLS) 2007-2011 et un cadre de dépense à moyen terme sur le VIH/SIDA 2008-2013 en vue de renforcer les acquis de prévention et de prise en charge , d'atteindre l'OMD 6 sur la réduction de l'impact du Sida, du paludisme et de la tuberculose et de contribuer à l'atteinte de l'OMD 3 sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, de l'OMD 4 sur la réduction de la mortalité infantile et de l'OMD 5 sur la réduction de la mortalité maternelle. L'exécution du plan stratégique et du CDMT VIH/SIDA se fait à partir de plans opérationnels consolidés et multisectoriels régional et national de lutte contre le Sida.

Le Sénégal a déjà bénéficié de deux projets du Fonds Mondial Round 1 (2003-2008) et Round 6(2007-2011).

L'objectif de la plus récente proposition est d'accélérer la mise à l'échelle pour atteindre un accès universel aux services de prévention des soins, de traitement et de soutien pour tous ceux qui en ont besoin sur le territoire sénégalais. La proposition comporte 3 buts qui visent à contribuer i) à la réduction de nouvelles infections VIH, ii) à l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées et iii) au renforcement de la gestion de la coordination et de l'information stratégique. La proposition comporte un important volet de renforcement du système de santé et du système communautaire pour combler la faiblesse des capacités de mise en œuvre du secteur santé, de la société civile du secteur privé et des autres secteurs publics en charge des groupes vulnérables à l'infection.

Dans un souci de cohérence, et de complémentarité avec le Round 6, la coordination des composantes programmatiques mises en œuvre par le secteur public, le secteur privé et les collectivités locales (IEC/CCC, CDV, PTME, prise en charge médicale et le suivi-évaluation) sera assurée par le Secrétariat exécutif du Conseil national de lutte contre le Sida (SE/CNLS) ; la coordination des composantes programmatiques mises en œuvre par les ONG et les associations de PVVIH (incluant la prise en charge communautaire des PVVIH et des OEV etc.) sera assurée par l'Alliance nationale contre le Sida (ANCS).

### 3.6.3 SANTÉ REPRODUCTIVE

Les dernières données de l'OMS, qui datent de 2000, indiquent une prévalence contraceptive de 10,5%, se situant donc en dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne (21,4%). Ce chiffre semble même avoir baissé selon l'EDS 2005, puisqu'elle est passée à 8,7% pour toutes les méthodes de contraception et 7,6% pour les méthodes modernes<sup>3</sup>. Toujours selon l'EDS 2005, les raisons évoquées quant à l'intention de ne pas utiliser la contraception sont, par ordre d'importance, l'opposition à l'utilisation (21,9%), le désir d'avoir des enfants (14,3%), la peur des effets secondaires (11,1%), les interdits religieux (10,6%) et l'opposition du mari (9,1%).

---

<sup>3</sup> Les méthodes modernes comprennent : la pilule, le DIU, les injectables, le diaphragme, la mousse, la gelée, le condom féminin, le condom masculin, la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, les implants, la pilule du lendemain, la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)



# **4. SYNTHESE DE L'EVALUATION DU SYSTEME DE SANTE**

## **4.1 GOUVERNANCE**

### **4.1.1 PROCESSUS DE PLANIFICATION ET D'ELABORATION DES POLITIQUES ET MECANISMES DE COORDINATION DES INTERVENTIONS DES PARTENAIRES**

La fonction de gouvernance des systèmes de santé implique que les activités mises en œuvre soient basées sur des politiques et plans clairement définis et connus de tous les acteurs, et dont l'élaboration et l'évaluation sont faites sur une base participative. Elle suppose également que les mécanismes de coordination des interventions des différents acteurs, y compris les partenaires au développement, soient formellement déterminés et appliqués.

Au cours des dix dernières années, la politique de santé du Sénégal a été mise en œuvre à travers le Programme national de développement sanitaire (PNDS) qui a connu deux phases : un premier Programme de développement intégré de la Santé (PDIS 1) de 1998 à 2003, et un deuxième Programme de développement intégré de la Santé (PDIS 2) de 2004 à 2008. Au moment de l'élaboration du PNDS, la Déclaration de la Politique nationale de Santé de juin 1989 et le IX<sup>e</sup> Plan national de développement économique et social (1996 – 2001) étaient les seuls cadres de référence, au plan sectoriel et national.

De 1998 à 2005, des Plans d'opérations (PO) annuels ont été élaborés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, pour la réalisation des activités des services centraux du Ministère de la Santé, des régions médicales et des districts sanitaires. La Cellule d'appui et de suivi du PNDS (CAS/PNDS) a été créée pour accompagner la mise en œuvre du PNDS.

Le premier Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP 1), qui a couvert la période 2003-2005, servira de référence à l'élaboration du PDIS 2 qui était plutôt un « essai de réajustement du PNDS ». Le second Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP 2) qui couvre la période 2006-2010, marquera l'utilisation dans le secteur de la santé, du Cadre de dépense sectoriel à moyen terme (CDSMT), cadre de programmation et d'exécution budgétaire de la politique sectorielle. Le CDSMT se veut un outil de mise en cohérence des allocations budgétaires et des politiques, d'amélioration de l'efficience des dépenses publiques et de renforcement de la responsabilisation et de l'obligation de rendre compte.

A partir de 2005, du fait de l'arrêt du financement de la Banque mondiale, relatif au fonctionnement de la CAS/PNDS, plusieurs structures du Ministère de la Santé n'ont pu élaborer leur PO, ce qui a occasionné des distorsions dans la mise en œuvre des activités. Outre ces problèmes de financement, la CAS/PNDS est confrontée à une insuffisance de ressources humaines pouvant lui permettre de mener à bien sa mission. Il s'y ajoute que la CAS/PNDS s'est longtemps limitée à assurer la coordination des interventions des partenaires, là où certains acteurs du Ministère de la Santé la percevaient comme le cadre d'élaboration des politiques et stratégies sectorielles, même si ses attributions ont été étendues en 1984.

La création d'une direction technique chargée de la planification, des études, de la recherche et du suivi-évaluation permettrait de donner un poids institutionnel réel à la structure chargée de la planification. En outre, elle permettrait l'articulation de fonctions connexes et complémentaires que sont les études, la recherche, la planification et le suivi-évaluation.

L'application du CDSMT, à partir de 2006, a marqué l'institutionnalisation des Plans de travail annuels (PTA) des districts et régions qui ont la particularité d'intégrer les Plans d'opération des collectivités locales (POCL). Ceci venait corriger une anomalie de taille, parce que les interventions des collectivités locales n'étaient pas inscrites de manière systématique dans les PO des districts et régions, bien qu'au terme de la loi 96-06 du 22 mars 1996, des compétences leur ont été transférées en matière sanitaire.

La gouvernance du système de santé du Sénégal est marquée par l'institutionnalisation de l'élaboration de plans décennaux de développement sanitaires depuis 1998, et de la pratique de la planification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces plans sont en cohérence avec les cadres nationaux de définition des politiques et de planification. Cependant, les activités mises en œuvre dans le secteur de la santé sont souvent en décalage avec les plans opérationnels du fait de difficultés à intégrer les activités des plans des programmes verticaux et ceux des unités opérationnelles; d'où le taux important d'activités planifiées et non réalisées, ou d'activités réalisées non planifiées. Si on y ajoute la faible capacité de planification des acteurs, on perçoit le risque que les activités de planification soient considérées comme des exercices routiniers sans grande incidence sur la mise en œuvre des activités.

L'élaboration des plans, notamment le PNDS 1, s'est faite sur une base participative, avec l'implication des différentes catégories d'acteurs, notamment les partenaires du Ministère et les responsables des différents niveaux de la pyramide sanitaire. Malheureusement, si le PDIS 1 a fait l'objet d'une évaluation avant l'élaboration du PDIS 2, il faut regretter que le PNDS 1 n'ait pas fait l'objet d'une évaluation qui aurait servi, grâce à l'utilisation d'un processus participatif similaire à celui qui a présidé à sa conception, de fondement à l'élaboration du PNDS 2.

La coordination des interventions se fait par l'utilisation d'instruments de suivi comme :

- la revue annuelle conjointe qui regroupe, outre les responsables du Ministère de la Santé, ceux d'autres ministères, les partenaires au développement, les ONG, les collectivités locales et la société civile, et qui formule des recommandations pour l'année;
- la cellule chargée de la planification et du suivi, co-présidée par le Ministre de la Santé et le Ministre de l'Économie, des Finances et du Plan, dont les réunions sont trimestrielles, et qui sont élargies semestriellement aux partenaires au développement;
- la mission conjointe de supervision formée de représentants du Ministère de la santé, des partenaires au développement et des autres catégories d'acteurs (société civile, ONG, collectivités locales, comités de santé), qui organise semestriellement une visite de terrain pour le suivi de l'exécution des activités programmées;
- les comités régionaux et départementaux qui assurent la coordination technique des interventions à leurs niveaux de responsabilités respectifs et qui impliquent les différentes catégories d'acteurs.

Les mécanismes de coordination des interventions des partenaires semblent satisfaire les différents acteurs, en assurant notamment une implication réelle des partenaires au développement qui fournissent au Ministère de la Santé une contribution technique et financière très importante.

#### **4.1.2 RÉFORMES ORGANISATIONNELLES PORTANT SUR LES CHANGEMENTS DE STATUTS ET DE RÔLES, ET SUR L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ**

La gouvernance du système de santé appelle la mise en place d'un dispositif organisationnel qui garantit les conditions d'une mise en œuvre optimale de la politique sectorielle. Le système de santé est organisé selon une structure pyramidale qui comprend, au niveau central, le cabinet du Ministre et les directions et services nationaux, au niveau intermédiaire, les régions médicales, et au niveau périphérique, les districts qui sont les unités opérationnelles de mise en œuvre de la politique sanitaire.

La réforme de décentralisation politique de 1996 et les changements intervenus dans la structuration du niveau central vont affecter considérablement l'organisation du système.

En transférant aux collectivités locales des compétences dans 9 domaines de développement comprenant celui de la santé, la loi 96-06 du 22 mars 2006 introduit dans le système de santé de nouveaux acteurs institutionnels dont les responsabilités vont revêtir une importance considérable. En effet, au terme de la loi de 1996:

- la région est responsable de la gestion et de l'entretien des hôpitaux régionaux et départementaux (jusqu'à l'avènement de la réforme hospitalière qui a transformé les hôpitaux en établissements publics autonomes), de la gestion, de l'entretien et de l'équipement des centres de santé ruraux, et de la mise en œuvre des mesures de prévention et d'hygiène ;
- la commune est responsable de la gestion, de l'entretien et de l'équipement des centres de santé urbains, ainsi que de la construction, de la gestion, de l'entretien et de l'équipement des postes de santé urbains ;
- la communauté rurale est responsable de la construction, de la gestion, de l'entretien et de l'équipement des postes de santé, des maternités et des cases de santé.

Le Président du Conseil régional assure la présidence du Conseil d'administration de l'hôpital régional; le maire préside les comités de gestion des centres de santé et postes de santé urbains; le Président du Conseil rural préside le comité de gestion des postes de santé ruraux. En outre, l'avis du Président du Conseil régional est requis pour la nomination des médecins chefs des centres de santé ruraux, alors que celui du maire est un préalable à la nomination des médecins-chefs des centres de santé urbains et des chefs des postes de santé urbains.

Les fonds de dotation de la décentralisation constituent des ressources allouées aux collectivités locales pour leur permettre de prendre en charge les compétences qui leur sont transférées. L'utilisation de ces fonds au bénéfice des structures de santé a été, pendant plusieurs années, la source de conflits, latents ou manifestes, entre les autorités locales et les responsables des formations sanitaires. En effet, les ressources destinées au fonctionnement des structures de santé, qui étaient, jusqu'ici, gérées directement par les responsables desdites structures, ont été intégrées dans les fonds de dotation alloués aux collectivités locales. Pendant plusieurs années, pour des raisons liées à la méconnaissance des textes ou à une gestion peu transparente de ces ressources par les autorités locales, les structures de santé ont connu quelques difficultés dans leur fonctionnement. Ces problèmes qui ont fait l'objet de plusieurs consultations entre le Ministère de la Santé et les associations d'élus, ont connu un début de solution. Mais, il demeure que jusqu'en 2008, les responsables de structures de santé se plaignent encore du fait que les fonds de dotation sont pas utilisés conformément aux besoins exprimés par les structures de santé. En outre, les ressources traditionnellement destinées au district sanitaire ont été intégrées dans le fonds de dotation en tant que fonds destinés au fonctionnement du centre de santé de

district. L'allocation de ressources spécifiques aux communautés rurales, pour assurer la gestion de l'entretien des postes de santé, se veut une solution à ces distorsions.

La non fonctionnalité des comités de gestion contribue pour une large part à cette situation, parce qu'elles devaient être les instances de concertation, de programmation et de suivi de la gestion des formations sanitaires comprenant l'utilisation des ressources transférées. L'existence de comités de santé, instances de cogestion des formations sanitaires composées de représentants des populations, à côté des comités de gestion, a entretenu un flou relatif aux compétences des différents acteurs dans la gestion des structures de santé. La réforme des organes de gestion des formations sanitaires, initiée par le Ministère de la santé, en collaboration avec les associations d'élus locaux, vise la résolution de cette question par la création d'une instance unique de cogestion comprenant les élus locaux, les responsables des formations sanitaires et les représentants des populations.

Cependant, en se limitant au seul niveau des formations sanitaires, la réflexion sur les organes de gestion semble comporter des limites inhérentes à la non-prise en compte du district sanitaire par les lois de décentralisation. En effet, les lois de 1996 ignorent le district sanitaire en posant les relations entre les collectivités locales et le système de santé sous l'angle exclusif de rapports entre lesdites collectivités et les structures de santé. Pour assurer une cohérence entre l'intervention des collectivités locales et l'orientation de la politique sanitaire qui fait du district l'unité opérationnelle, la réforme devrait prendre en compte la création d'une instance de coordination regroupant les collectivités locales présentes sur le territoire du district, les autorités sanitaires et les autres catégories d'acteurs comme les ONG et les associations communautaires. Cette instance serait le lieu idéal de synthèse des POCL, d'élaboration des PTA, de suivi de l'exécution des activités et de coordination de l'intervention des différents acteurs, y compris la concertation entre les collectivités locales et les districts sanitaires sur l'utilisation des fonds de dotation.

Les autorités sanitaires locales, dans leur relation avec les présidents de conseil régional, maires et présidents de conseil rural, se trouvent dans une position de faiblesse institutionnelle liée au fait que ces autorités locales sont souvent des responsables politiques d'envergure nationale, dont le pouvoir réel et l'influence sur les décideurs est sans commune mesure avec ceux du médecin-chef de région, du médecin-chef de district ou de l'infirmier-chef de poste de santé. Pour protéger le niveau périphérique du système dans ses relations avec les autorités politiques locales, souvent très puissantes, le MSP devrait proposer l'institutionnalisation de mécanismes formels d'évaluation annuelle des relations entre les collectivités locales et les structures du Ministère avec lesquelles elles interagissent (régions médicales, districts sanitaires et EPS). Le Ministère de l'Économie des Finances, le Ministère en charge des collectivités locales et les associations d'élus locaux devraient être partie prenantes à cette évaluation annuelle. En plus de fournir des recommandations spécifiques pour l'amélioration de la collaboration entre les collectivités locales et le secteur de la Santé, elle permettrait au Gouvernement de prendre les mesures correctives nécessaires, dans le cas où des autorités locales utiliseraient des ressources allouées au secteur de la santé à des fins autres que celles auxquelles elles sont destinées.

L'organisation du Ministère de la Santé a été affectée par plusieurs changements liés à répartition des services techniques de l'État. Les directions et services chargés de la Prévention, de l'Hygiène et des Infrastructures ont été les plus concernés par ces changements, avec des créations de structures internes au Ministère de la Santé, suivies de leur scission entre plusieurs ministères ou de leur transfert vers d'autres départements ministériels. La fréquence de ces changements a affecté l'organisation interne du Ministère, du fait qu'une nouvelle modification intervenait au moment où le Ministère proposait des textes réglementaires fixant les attributions des services en fonction du changement précédent.

Le Ministère de la Santé a été confronté, ces dernières années, à des problèmes de coordination, qui ont été unanimement signalés par les responsables du niveau central au cours de cette évaluation. En effet, si

le décret relatif à l'organisation et au fonctionnement du Ministère, fait du cabinet du Ministre le lieu de coordination des actions des directions et services nationaux, la tâche ou la fonction de coordination technique n'est conférée à aucun responsable de manière spécifique. Il en résulte que la fonction de coordination technique est assurée par le Ministre, son Directeur de cabinet ou un de ses principaux conseillers, suivant leur profil ou la nature de la question devant être résolue. Le Secrétaire Général du Ministère est perçu par certains responsables comme devant assurer la coordination des interventions des directions et services nationaux, alors que les attributions qui lui sont conférées par les textes ne prennent pas en compte la coordination technique. Il s'y ajoute que le profil du poste qui est celui d'un administrateur civil, n'est pas compatible avec la fonction de coordination technique.

La création d'une direction générale de la santé coordonnant les interventions de toutes les directions techniques et des régions médicales, à côté des directions d'appui chargés des ressources humaines, de l'administration, des finances, des équipements et du matériel, devrait être envisagée. Le règlement de cette question, qui a souvent été évoquée dans les discussions sur l'organisation du Ministère et la coordination de ses activités (IAGU, 2001), devrait être considéré comme une priorité.

La région médicale qui est chargée d'organiser la collaboration technique entre les structures régionales de la santé, de fournir un appui aux activités des districts sanitaires, et d'assurer l'inspection et le contrôle des structures sanitaires et publiques de la région, souffre d'un manque de capacités techniques et managériales lié notamment à l'insuffisance de ressources humaines. Pour lui permettre d'assumer au mieux ses missions, la région médicale devrait être renforcée tant en moyens humains que matériels. Cependant, la création de nouvelles régions médicales, qui appelle l'affectation de ressources additionnelles au niveau intermédiaire, pourrait constituer une contrainte au renforcement de la région médicale.

Depuis leur création par le décret 61 -360 du 11 septembre 1961, les régions médicales ont conservé la même dénomination, alors que les circonscriptions médicales ont laissé la place aux districts sanitaires, pour marquer l'esprit de la stratégie des soins de santé primaires, qui élargit la sphère des activités du secteur au-delà des aspects strictement médicaux, pour épouser une approche holistique. Dans cette mesure, il serait plus cohérent que les régions médicales soient remplacées par des directions régionales de la santé, de telle sorte que l'ancien diptyque « région médicale/circonscription médicale » soit remplacé par le diptyque « direction régionale de la santé/district sanitaire ».

Le district, qui est l'unité opérationnelle de mise en œuvre de la politique sanitaire, est administré par une équipe-cadre de district, dirigée par le médecin-chef de district qui cumule cette fonction avec celle de médecin-chef du centre de santé de district. Pour permettre au médecins-chefs de district de consacrer plus de temps à leurs tâches de coordination et de supervision des activités du district, le Ministère a pris la décision de leur adjoindre un médecin pour les aider dans leurs tâches de direction du centre de santé de district. Cette formule, qui est expérimentée dans plusieurs centres de santé, permet un renforcement de ces structures en personnel médical. Cependant, elle ne règle pas la question du cumul des fonctions de médecin-chef de district et de médecin-chef du centre de santé de district, avec des risques de déséquilibre dans la prise en charge d'une fonction au détriment de l'autre. Le Ministère de la Santé devrait envisager de dissocier ces deux fonctions, en nommant un médecin-chef du centre de santé de district, placé sous l'autorité du médecin-chef de district, au même titre que tous les agents travaillant dans le district. Cette dissociation qui serait du même type que celle existante entre la fonction de médecin-chef de région et celle de Directeur de l'hôpital régional, aurait l'avantage de clarifier les rôles, et de donner à chaque responsable la latitude de se consacrer principalement aux tâches de direction qui lui sont confiées. Le nouveau médecin-chef du centre de santé serait, évidemment, membre de l'équipe-cadre de district et le médecin-chef de district pourrait assurer des vacations au centre de santé, comme le médecin-chef de région le fait à l'hôpital régional. La construction d'un bureau du district, en dehors du centre de santé, pourrait contribuer à mieux clarifier

la dissociation de ces fonctions. Cependant, la création récente de nouveaux districts, qui appelle l'allocation de ressources supplémentaires, va constituer une contrainte à la mise en œuvre de cette recommandation. Une application progressive, en fonction des moyens disponibles et du niveau d'organisation interne de chaque district serait la démarche la plus appropriée.

#### 4.1.3 TRANSPARENCE ET OBLIGATION DE RENDRE COMpte

L'examen de la fonction de gouvernance prend en compte les questions de transparence et d'obligation de rendre compte qui renvoient respectivement à une gestion respectueuse de règles claires et connues de tous, et à l'exigence faite à chaque acteur de rendre compte des actions dont il a la charge.

Le sentiment général qui ressort des entretiens avec les différents acteurs rencontrés est que le secteur de la santé est affecté par des pratiques de corruption et par une relative impunité, et ce point de vue est étayé par des exemples contenus dans le rapport de l'étude sur la Gouvernance et la corruption dans le système de santé au Sénégal (Forum civil 2004). Il y est fourni une illustration assez détaillée de la situation vécue dans les formations sanitaires où certains responsables et agents de santé se livrent en toute impunité à des pratiques illicites telles que le rançonnement, la vente parallèle de médicaments, l'utilisation à des fins privées du matériel et des locaux publics et la « gratuité informelle ».

Ce rapport a été le prétexte de la tenue d'un forum sur la « Gouvernance dans le secteur de la santé au Sénégal » (31 mars–1<sup>er</sup> avril 2006) qui s'inscrivait dans un processus de collaboration entre le Ministère de la Santé et d'autres acteurs intéressés par cette question. Il ressort de cette étude que, dans certaines formations sanitaires, des agents de la pharmacie s'approvisionnent en médicaments auprès de certains fournisseurs pur les revendre aux patients, parallèlement au circuit légal. Il en découle, évidemment, un manque à gagner considérable pour la trésorerie des structures de santé concernées. Un cas de vente illégale de médicaments impliquant le médecin-chef du centre de santé a même été évoqué dans le rapport.

La « gratuité informelle » renvoie à la pratique de certains agents de santé qui permettent à des patients de bénéficier des services offerts par la structure sanitaire sans aucune contrepartie financière, pour des raisons liées à des relations amicales ou familiales. Certes, le contexte social sénégalais, fortement caractérisé par la solidarité et l'entraide, place les agents de santé dans des situations où ils se sentent obligés de d'offrir des soins gratuits à des parents, voisins ou amis mais, si les mécanismes de contrôle ne permettent pas de freiner ces pratiques, on peut en déduire qu'ils laissent la porte ouverte à toutes sortes de malversations.

Certains professionnels de santé utilisent les formations sanitaires publiques et leur matériel dans le cadre de consultations fournies à titre privé, en violation flagrante des textes en vigueur. Cette pratique est très prononcée dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) où certains chefs de service consacrent à leurs activités privées un nombre d'heures largement supérieur à celui autorisé par les textes. Ils en arrivent même à y consacrer la majeure partie de leur temps de travail, tout en utilisant de manière abusive le matériel de l'hôpital. D'autres médecins, à qui les textes ne donnent aucune possibilité d'exercice à titre privé dans leur lieu de travail, s'adonnent pourtant à cette pratique. En outre, des malades qui se rendent dans des structures publiques sont souvent contraints par les prestataires de les retrouver dans des structures privées où ils officient. L'exercice illégal d'activités privées dans les formations sanitaires publiques et le détournement de malades affaiblissent la viabilité des structures de santé et constitue une violation du droit à un service public de santé.

Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle montre le degré d'impunité qui règne dans les structures publiques de soins, parce qu'aucune mesure de rétorsion n'est prise pour y faire face, alors que ces errements ne sont pas inconnus des directeurs d'hôpital et des responsables du Ministère. La

principale explication qui nous a été fournie sur l'absence de réaction des autorités est que, dans les CHU, les postes de chef de service sont occupés par des professeurs titulaires de chaire qui dépendent du l'Université et qui, pour cette raison, échappent à l'autorité des directeurs de CHU et du Ministère. La signature d'une convention entre l'Université et les établissements publics de santé que sont les CHU devrait être l'occasion de prévoir des dispositions qui mettraient fin à cette situation. Une première option serait de dissocier la qualité de titulaire de chaire et la fonction de chef de service, sur le modèle de l'Hôpital Général de Grand-Yoff (HOGGY) où officient des universitaires qui sont, en général, placés sous l'autorité de chefs de service désignés par la direction de l'hôpital. Cette option pourrait être envisagée dans la perspective de la réalisation du nouvel hôpital national, Dallal Jamm, qui devra disposer du plateau technique le plus élevé du pays, et pour lequel des modalités d'organisation différentes de celles des CHU actuels pourraient être envisagées. Une seconde option serait de maintenir le statu quo, en continuant à faire nommer les titulaires de chaire au poste de chefs de service, tout en prévoyant, dans les conventions entre les établissements de santé et les universités, des mécanismes de contrôle et d'évaluation et des sanctions qui permettraient de mettre fin à l'impunité, et qui rendraient aux pouvoirs publics, et à la direction de chaque d'établissement de santé concerné, l'autorité qui leur a échappé du fait de ce flou institutionnel qui favorise toute sorte de dérapages.

La faiblesse des moyens du Service d'Inspection du Ministère explique, en partie, que des pratiques délictuelles ont cours dans les formations sanitaires, sans qu'aucune mesure de rétorsion ne soit prise. En effet, les responsables rencontrés reconnaissent que ce service est faiblement doté en ressources humaines et matérielles, et que le secteur de la santé, qui est le seul secteur national à abriter des milliers de structures qui vendent des services tous les jours et à toute heure, de la communauté rurale à la capitale, en passant par le département et la région, ne dispose pas d'un service d'inspection et de vérification adaptés à cette spécificité. Ce service étant organisé de la même manière que ceux des autres ministères, alors que l'ampleur des tâches à couvrir est plus importante que partout ailleurs, il lui est impossible de s'assurer de la transparence dans la gestion des formations sanitaires. Il convient de doter le Service d'Inspection en ressources humaines et matérielles à la hauteur de ses missions et de la spécificité du secteur de la santé. Les mécanismes de contrôle existants au niveau des centres de santé et postes de santé ont certes permis, à plusieurs reprises l'arrestation de responsables de comités de santé indélicats, mais ils ne suffisent pas à garantir une réelle transparence dans la gestion.

L'implication des associations de consommateurs et des associations de défense des droits de la personne dans les activités du secteur de la santé aurait pu contribuer à une garantie plus effective des droits des patients, mais ces organisations, qui sont pourtant très dynamiques, semblent ignorer que leur engagement pourrait participer largement à améliorer la gouvernance dans le secteur de la santé. Pour encourager cette implication, et pour améliorer la gouvernance et la qualité des services dans les formations sanitaires, il pourrait être mis en place, en collaboration avec la société civile, des mécanismes d'évaluation de la satisfaction des usagers qui feraient l'objet de rapports périodiques soumis à l'autorité compétente et discutés par tous les acteurs concernés par la gestion des structures. La liberté de presse étant effective au Sénégal, la presse traite l'information sur les questions de santé de manière libre ; ce qui constitue un atout dans le cadre de la promotion de la gouvernance dans le secteur de la santé, parce que les récriminations des usagers ne peuvent pas être étouffées.

#### 4.1.4 FORCES ET FAIBLESSES

##### Forces

- La pratique de la planification est institutionnalisée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- L'élaboration de plans décennaux de développement sanitaire a été institutionnalisée depuis 1998.

- Des mécanismes de concertation et de coordination entre le Ministère et les partenaires au développement existent depuis plusieurs années et ils fonctionnent de manière correcte.
- Les partenaires sociaux sont impliqués dans les processus d'élaboration de politiques et dans les rencontres importantes du Ministère de la Santé.
- La décentralisation du financement et des pouvoirs de décision au niveau des districts et des collectivités locales facilite la mise en œuvre des activités au niveau opérationnel.
- La participation des populations à la santé est une tradition vieille de plusieurs décennies.
- La presse traite l'information sur les questions de santé de manière libre.
- L'accès à Internet est assuré au niveau central, dans les régions médicales et dans la quasi-totalité des districts sanitaires.

### **Faiblesses**

- Le secteur privé n'est pas impliqué dans les processus d'élaboration des politiques et dans les processus décisionnels majeurs intéressant le secteur de la santé.
- Aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, les activités planifiées sont souvent en inadéquation avec les activités exécutées.
- La pratique de l'évaluation systématique des plans n'est pas toujours respectée, comme dans le cas du PNDS I qui n'a pas fait l'objet d'un processus formel d'évaluation.
- Au niveau central, le Ministère souffre de la mauvaise coordination des activités des directions techniques et des régions médicales.
- L'application des réformes de décentralisation adoptées en 1996 n'a pas totalement répondu aux attentes parce que les agents de santé méconnaissent les textes, les comités de gestion des formations sanitaires ne sont pas fonctionnels et certaines collectivités locales n'utilisent pas correctement les fonds de dotation de la décentralisation destinés à la santé.
- Les dispositions régissant l'exercice à titre privé dans les centres hospitaliers universitaires sont violées par les praticiens, dans l'impunité la plus totale, en l'absence de conventions entre les hôpitaux et les universités, qui détermineraient les responsabilités de chaque partie et garantiraient l'autorité réelle des directeurs d'hôpital sur les chefs de service.
- Le Service d'inspection du Ministère est insuffisamment doté en ressources humaines et en moyens matériels et financiers, et son organisation n'est pas adaptée à la spécificité du secteur de la santé, qui est le seul secteur national à abriter des milliers de structures qui vendent des services tous les jours et à toute heure.
- La gouvernance dans le secteur de la santé souffre de l'absence de mécanismes d'évaluation de la satisfaction des usagers.
- Les associations de consommateurs et des associations de défense des droits de la personne sont faiblement impliquées dans les activités du secteur de la Santé.

## 4.2 FINANCEMENT

Le financement est la fonction d'un système de santé concerné par la mobilisation, l'accumulation et l'affectation de fonds pour parer aux besoins de santé individuels et collectifs dans le système de santé.<sup>4</sup>

Le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds et de donner aux prestataires les incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient accès à des services de santé publique et de soins de santé individuels efficaces<sup>5</sup>

### 4.2.1 PROFIL ET STRUCTURE DU FINANCEMENT

Les dépenses nationales en santé (DNS) étaient de 254 196.425.119 F CFA en 2005 (DNS : 23 450 FCFA per capita, Population : 10 839 807 habitants).

Les sources de financement sont, par ordre croissant, les fonds privés (43,05%), représentés à 87% par les ménages, les fonds publics (35,94%) et les bailleurs de fonds et autres (21,02%).

78% des fonds publics sont gérés par le MSP, 77% des fonds privés sont gérés par les ménages et 64% des fonds du reste du monde sont gérés par le MSP.

Les agents de financement sont, par ordre croissant, le secteur public (53%), le secteur privé (43,3%) et le reste du monde (4%).

76,7% des fonds du secteur privé sont gérés par les ménages, soit 84,365 milliards de francs CFA et les 25,668 milliards de francs CFA restants sont gérés par les assurances, les entreprises et les autres fonds privés.

La part de l'administration centrale représente 35% des DNS; celle des ménages représente 38%, celle de la coopération représente 15%, celle des ONG internationales représente 6% et celle des collectivités locales représente 1% des DNS.

Les soins de prévention et de santé publique sont évalués à 56,449 milliards FCFA soit 22% des DNS. 78% des dépenses de cette catégorie de soins sont exécutées par les programmes, 9 % par les hôpitaux publics (hôpitaux et centres de santé), 8% par les prestataires ambulatoires (publics et privés).

Les soins hospitaliers représentent 48,511 milliards de francs CFA, soit 60% des soins curatifs avec 88 % pour les structures hospitalières publiques et 12% pour les cliniques privées. La part des soins ambulatoires est de 25,269 milliards F CFA, soit 31%.

50% des dépenses directes des ménages vont au médicament (dont 14% pour le marché illicite) et 65% du versement direct des ménages vont aux prestataires privés.

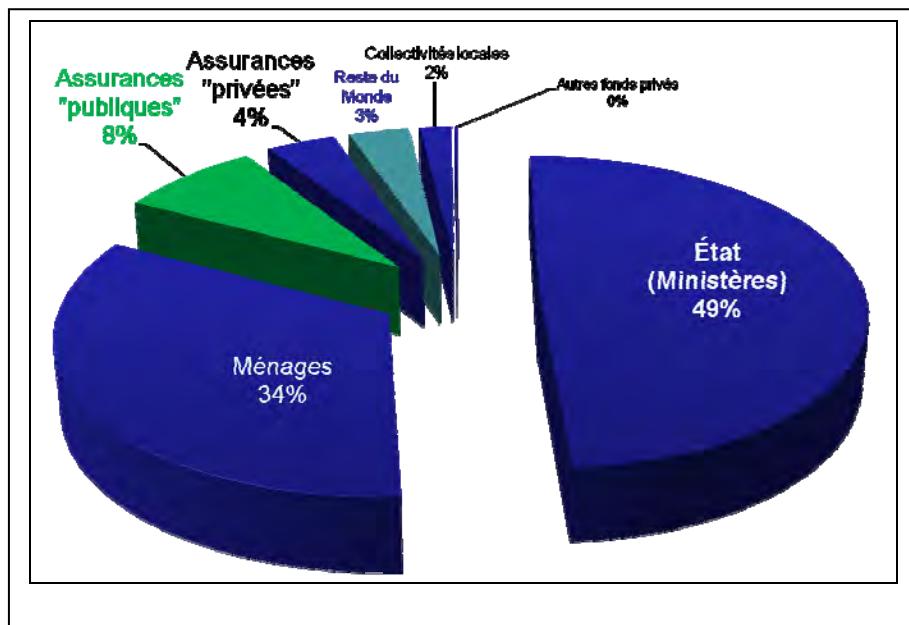
Pour ce qui concerne le financement des hôpitaux publics, la contribution des ménages est de 34%, contre 49% pour l'Etat (voir figure 3).

---

<sup>4</sup> OMS, Rapport sur la Santé dans le Monde 2000, pour un système de Santé plus performant, Chapitre 5, Qui Finance les Systèmes de Santé, page 109

<sup>5</sup> Idem, page 109

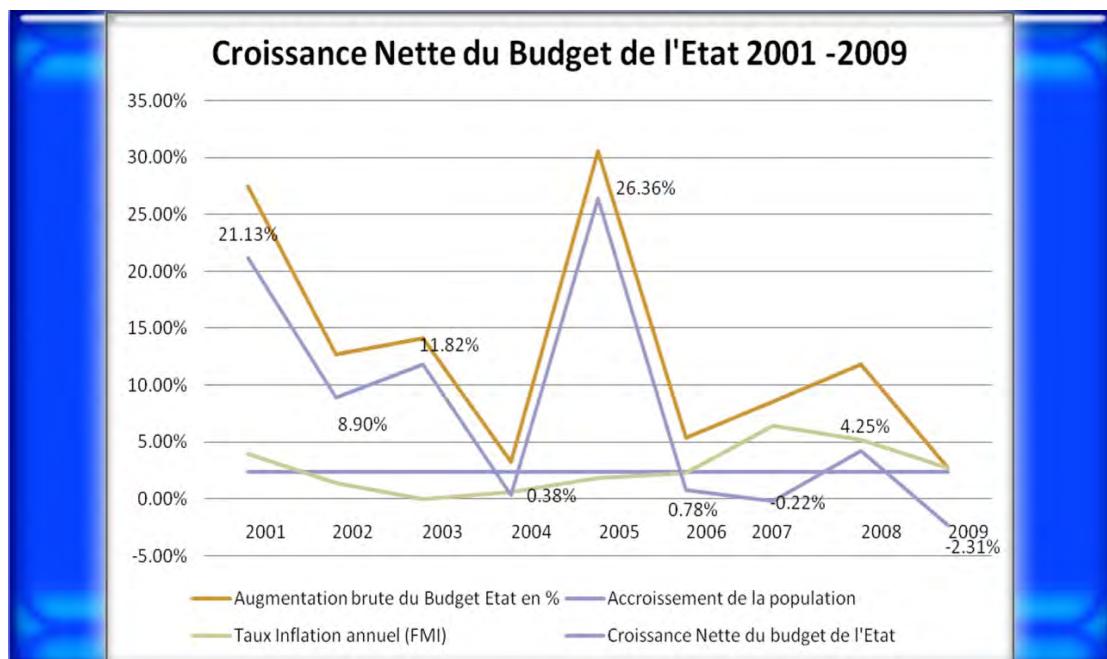
**FIGURE 3: MODALITES DE FINANCEMENT DES HOPITAUX PUBLICS**



#### **4.2.2 FINANCEMENT, GESTION, ANALYSE ET PLANIFICATION FINANCIERE**

L'Etat a fait un effort considérable, ces dernières années pour le financement de la santé, passant de 53 milliards de FCFA en 2000 à 79,7 milliards de FCFA en 2006. L'impact de cet effort mesuré en dépenses par habitant est réduit par l'accroissement de la population et le taux d'inflation (voir figure 4)

**FIGURE 4 : CROISSANCE NETTE DU BUDGET DE L'ETAT DANS LE SECTEUR DE LA SANTE**



Source : DAGE, Ministère de la Santé et de la Prévention et OMS, [www.who.int/nha/country/sen/en/](http://www.who.int/nha/country/sen/en/)

L'exercice des Comptes nationaux de la santé de 2005 a fait ressortir que les hôpitaux publics ont utilisé 50% des ressources du Ministère<sup>6</sup>. Ceci ne prend en compte que les hôpitaux nationaux et régionaux, parce qu'au Sénégal les centres de santé de district ne sont pas considérés comme des hôpitaux de districts et ne font donc pas partie du secteur hospitalier. Cette consommation de 50% des ressources du Ministère n'est pas en harmonie avec une politique axée sur les soins de santé primaires.

De plus, les informations reçues pendant cette revue ont fait ressortir que beaucoup d'hôpitaux ont des problèmes de trésorerie, dus en grande partie au non versement de la subvention de l'Etat. Ce qui mène à la conclusion que les hôpitaux, qui ont une autonomie financière, devraient être mieux gérés et qu'ils ont besoin du respect par l'Etat de ses engagements pour être plus efficaces et plus efficaces.

Dans le cadre de la décentralisation lancé en 1996, certaines responsabilités dans le secteur sanitaire ont été dévolues aux autorités locales à tous les niveaux. Cette dévolution a été suivie d'un transfert de ressources étatiques pour la santé à travers les collectivités locales. Ces ressources, appelées fonds de dotation, sont versées d'une manière ponctuelle chaque année – souvent pendant le deuxième semestre de l'année. Certaines des collectivités de la région de Dakar, qui est la plus riche du pays, utilisent leurs propres ressources pour financer les structures sanitaires. Les autres collectivités du pays contribuent faiblement, sur fonds propres, à l'effort de financement. Néanmoins, cette décentralisation du financement a renforcé la collaboration entre les prestataires du secteur public et les élus locaux dans la planification des fonds et dans la planification locale, notamment avec l'élaboration conjointe des plans d'opérations des collectivités locales.

Il y a, au sein et en dehors du Ministère, une capacité analytique de la problématique du financement de la santé. Cette capacité est démontrée dans les nombreuses études et analyses produites, dont

<sup>6</sup> CNS 2005 Présentations de la CAFSP au comité de pilotage, 10 septembre 2008. Tableaux Excel fourni au consultant, Rapport sur les CNS au Sénégal (en finalisation)

beaucoup sont citées dans la bibliographie. Certains partenaires au développement disposent de compétences dans ce domaine et apportent leur soutien au Ministère. Cette capacité nationale est un atout majeur dans la recherche de l'efficience et efficacité dans le secteur. Le principal défi est celui de son utilisation optimale.

Le CDMT et ses démembrements sectoriels, les Cadres de dépenses sectoriels à moyen terme (CDSMT), ont été mis en place sur la base d'une planification par objectifs qui répond aux OMD et aux objectifs du DSRP. La planification par objectifs est également la base des plans de travail annuels (PTA) des structures sanitaires et des POCL des collectivités locales. Cette planification exige une planification financière sur la base des activités et des résultats.

Malheureusement, le CDSMT n'est pas exploité pleinement. Il n'est pas utilisé comme base de l'arbitrage annuel du budget avec le Ministère de l'Economie et des Finances. Au niveau du Ministère, sa faible utilisation est signalée par le manque de clés de répartition/allocation des ressources. L'allocation des ressources devrait se faire sur la base du CDSMT et des clés d'allocation connues en découleraient. Sans une répartition transparente des ressources de l'Etat, il est difficile de suivre et d'apprécier les dépenses réelles effectuées – surtout par rapport aux intentions et aux politiques du gouvernement. Si le suivi et l'évaluation de l'exécution du budget est difficile, il ne peut pas avoir de « rendre compte ». Ce déphasage entre l'outil de planification financière et les ressources allouées est présent à tous les niveaux. Le processus d'élaboration des PTA et POCL n'est pas informé par un cadrage budgétaire. Un manque de cohérence entre l'effort budgétaire basé sur les résultats/programmes et les moyens fournis risque de décourager les planificateurs et de mener à court terme à un abandon de l'outil et de l'approche.

#### **4.2.3 COUVERTURE DU RISQUE-MALADIE ET INITIATIVES DE GRATUITÉ ET DE SUBVENTION**

La couverture du risque-maladie ne concerne que 20% de la population<sup>7</sup>. Bien qu'il s'agit d'un des taux les plus élevés d'Afrique de l'Ouest, il reste faible eu égard au fait que les ménages contribuent pour 38% à la DNS, malgré le niveau élevé de la pauvreté. Cette protection est fournie par plusieurs instruments ; les instituts de prévoyance maladie (IPM) pour les employés du secteur privé, le régime des agents de l'Etat dit « régime des imputations budgétaires » pour les fonctionnaires), les mutuelles de santé et l'assurance privée individuelle.

Chacun de ces instruments a des possibilités de croissance et d'extension, notamment les mutuelles et les IPM, dont le potentiel est faiblement exploité, et qui devraient bénéficier d'un soutien technique et financier, dans le cadre d'une politique nationale d'extension de la couverture du risque-maladie. Les mutuelles de santé communautaires, qui sont les mécanismes les plus adaptés au développement de l'assurance maladie dans le secteur non-formel, ne bénéficient pas d'un appui direct de l'Etat, comme cela s'observe dans des pays comme le Rwanda ou le Ghana, qui ont dépassé respectivement 80% et 50% de couverture de leur population en matière d'assurance-maladie. Certes, la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque-maladie prend en compte cette question, mais il convient de mettre en exergue, de manière très nette, la nécessité d'un appui direct de l'Etat aux mutuelles de santé, qui est indispensable dans le contexte d'un pays où près de la moitié de la population vit encore en-dessous du seuil de la pauvreté.

---

<sup>7</sup> Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Cellule d'appui au financement et au partenariat, Elaboration d'une Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais, mars 2008, page 12.

Le Gouvernement du Sénégal a pris conscience du fardeau des dépenses de la santé sur les ménages, surtout les plus pauvres. Cet engagement c'est traduit par des initiatives de gratuité (Plan Sésame, césarienne et accouchement gratuits, ARV gratuits, etc.) ou de subvention (CTA, etc.). Le total des subventions directes (hors subvention usuelles et coûts partagés avec les formations sanitaires et comité de gestions) est estimé à 3,6 milliards de francs CFA en 2006<sup>8</sup> (environ 5% des dépenses publiques vers la santé).

Les initiatives de gratuité et de subvention traduisent la volonté de l'Etat de prendre en charge une partie du fardeau des dépenses de santé pour certains groupes, malades, ou conditions. Ces initiatives ne sont pas coordonnées et ne sont pas gérées d'une manière efficace et transparente. Par exemple, le plan Sésame, qui concerne la gratuité des soins pour les plus de 60 ans, et la gratuité des accouchements et césariennes sont gérés par différentes directions au sein du Ministère. La subvention à la vente des CTA dans le secteur public et privé est gérée par le Programme National de Lutte contre le Paludisme. Il n'y a pas d'adéquation entre les montants des subventions et le coût réel des services fournis ; ce qui explique en partie que la situation particulièrement critique du secteur hospitalier.

Cette situation pose deux problèmes majeurs : le premier est que les ressources ne sont pas distribuées d'une manière efficace, car chaque programme/subvention est considéré isolément des autres<sup>9</sup>. Le second est que les prévisions de ressources nécessaires pour poursuivre ces interventions ne sont pas faites de manière systématique. Ce qui pourrait mener à des problèmes de fonctionnement et à des remboursements. Ceci est particulièrement préoccupant pour le plan Sésame, car le Gouvernement, en n'honorant pas les factures des hôpitaux participe à la fragilisation de leur équilibre financier. En outre, les initiatives de subvention et de gratuité, si elles ne sont pas correctement encadrées, peuvent déstabiliser, à terme, le système de santé.

#### 4.2.4 FORCES ET FAIBLESSES

##### Forces

- La hausse régulière du financement de l'Etat participe à la pérennisation des activités dans le secteur de la santé.
- La décentralisation du financement est une opportunité de renforcement de la collaboration entre les prestataires du secteur public et les élus locaux.
- L'Etat, à travers les initiatives de gratuité, manifeste une volonté politique réelle de réduire le fardeau des ménages.
- Le Ministère et ses partenaires disposent de ressources humaines de qualité dans le domaine de l'analyse de la problématique de financement.
- L'existence d'outils de planification financière adaptés, comme le CDMT est une opportunité, notamment pour une adéquation entre les objectifs de la politique sanitaire et l'affectation des ressources.
- La multiplicité des instruments de couverture du risque-maladie offre la possibilité de toucher toutes

---

<sup>8</sup> Concertation nationale sur le système hospitalier, octobre 2006, cité dans l'élaboration d'une stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais, mars 2008, page 15.

<sup>9</sup> Le manque transparence du processus ne rend pas possible une analyse des critères d'allocation pendant l'arbitrage interne au Ministère

les catégories de la population, dans le cadre d'une politique de développement de l'assurance-maladie.

### Faiblesses

- Le CDSMT n'est pas exploité pleinement, notamment dans l'arbitrage annuel du budget.
- Le secteur hospitalier, qui concerne les niveaux régional et national, se débat dans de graves difficultés financières, malgré le fait qu'il absorbe 50% des ressources du Ministère.
- Les initiatives de gratuité et de subvention ne sont pas gérées de manière coordonnée et le niveau des subventions reçues par les structures sanitaires n'est pas en adéquation avec le coût réel des services.
- Le taux de couverture du risque-maladie est faible et les initiatives d'assurance-maladie à base communautaire, à travers les mutuelles de santé ne bénéficient pas d'un soutien financier conséquent de l'Etat.

## 4.3 PRESTATION DE SERVICES DE SANTE

L'organisation et la gestion des services ont pour finalité de produire des services curatifs, préventifs, éducatifs et promotionnels, relativement aux attentes et objectifs de la politique de santé. A ce titre, les prestations de service demeurent une fonction principale, animée par des prestataires aux qualifications variées exerçant dans les secteurs public et privé. Un système performant devra s'attacher à mettre en cohérence les différents secteurs, pour éviter des pratiques parallèles, sources de problèmes sans solutions (comme les accusations portées contre certains prestataires du secteur privé qui appliqueraient de traitements fantaisistes qui produirait des germes multi résistants).

Ainsi, l'organisation de l'offre de services se fait autour des structures de santé, normalement prédéterminées par une carte sanitaire, qui épousent une distribution pyramidale pour le cas du Sénégal, avec 20 hôpitaux de niveau national et régional au sommet, 76 centres de santé, 1173 postes de santé et environ 2200 cases de santé qui sont des démembrements desdits postes de santé.

Les cases sont au niveau le plus périphérique et sont le socle des activités communautaires, qui pourraient constituer une alternative vers l'accès à des soins de base pour les pays pauvres et en voie de développement. Les structures sanitaires sont réparties au sein de 14 régions médicales et des 65 districts sanitaires. On notera que le Sénégal a opté depuis 1992 pour le « districting » au niveau opérationnel, notion qui a remplacé celle des circonscriptions médicales, entités administratives se superposant aux préfectures d'alors.

Les postes de santé constituent le socle de la pyramide sanitaire et couvrent l'ensemble du territoire au sein des 65 districts sanitaires du pays. Il y a cependant dans leur distribution des écarts certains que les pouvoirs publics ont tenté de réduire avec la multi-sectorialité : depuis 2000 des postes de santé sont créés par des ministères autres que celui de la santé. Le secteur privé, les infirmeries et dispensaires paramédicaux ont largement contribué à cette large couverture du territoire. Les cases de santé, qui constituent un démembrément des postes de santé, sont au nombre de 2200 environ, et constituent le point de départ des activités communautaires, même si parfois leur pérennité est très aléatoire.

Les centres de santé constituent le premier niveau de référence et fonctionnent comme des hôpitaux de district (dénomination utilisée dans d'autres pays africains et par l'OMS). Leur personnel et leur équipement leur permettent de prendre en charge des pathologies plus complexes ou compliquées, parfois même des interventions chirurgicales, telles que la césarienne (Centre référence Type 2). Une

description plus détaillée du paquet de services qu'ils pourraient offrir faciliterait le plan de formation du personnel, ainsi que les relations avec les hôpitaux. Globalement ils peuvent faire face aux pathologies médicales courantes, aux soins dentaires, aux activités de santé maternelle et aux soins de l'enfant en usant de moyens de diagnostic assez limités. On dénombre 76 centres de santé au Sénégal dont moins du 1/3 sont aujourd'hui de type 2. L'expérience des médecins de centre de santé compétents en SOU/SONU a donné des résultats satisfaisants pour la prise en charge des accouchements par césarienne, comme cela se fait dans la plupart des pays d'Afrique centrale et de l'Est où les médecins reçoivent leur diplôme avec des compétences pour la césarienne et une chirurgie dite « légère » (hernie, appendicectomie, réduction de fracture et manœuvre instrumentale pour sauver la vie).

La répartition de ces centres de santé au sein du territoire est assez satisfaisante, nonobstant quelques écarts dans les régions de Tambacounda et Matam, zones très vastes et peu peuplées ; ainsi la faible couverture dans ces zones est à relativiser.

Les hôpitaux sont au nombre de 20 avec 8 à Dakar où l'on dénombre 2 hôpitaux nationaux ayant un statut de Centre de formation universitaire, 2 hôpitaux militaires, qui reçoivent néanmoins tous les demandeurs de soins, un hôpital municipal dans la ville et 3 autres dans la banlieue de Dakar. Les seuls hôpitaux privés du pays sont confessionnels et sont situés dans les villes de Thiès et de Touba ; du reste la gestion de l'hôpital de Touba a été transférée au Ministère de la Santé. A l'exception de Fatick et des nouvelles régions (Matam, Kaffrine, Sédiou) toutes les régions du pays ont en leur sein un hôpital constituant une référence de second niveau. Le plateau technique est plus élevé selon qu'on monte dans la pyramide, en supposant que seules les pathologies les plus lourdes, et suivant la référence, devraient parvenir dans les hôpitaux nationaux qui, malheureusement, sont parfois fréquentés pour des cas simples.

Du point de vue des infrastructures, les centres de santé et postes de santé sont repartis de manière assez équilibrée dans le pays, ce qui n'est pas encore le cas pour les hôpitaux si l'on s'en réfère à la norme « une région - un hôpital ». Par ailleurs, il est à se demander si les effectifs actuels peuvent permettre la mise en place d'autres hôpitaux, du fait que ceux déjà en activité connaissent des difficultés pour disposer de ressources humaines de qualité.

**TABLEAU 4 : REPARTITION DES FORMATIONS SANITAIRES PAR REGION**

Région	Nombre de centres de santé	Nombre de postes de santé	Nombre d'hôpitaux	Population
Dakar	19	222	8	2 622 408
Diourbel	4	79	2	1 319 308
Fatick	6	82	0	627 804
Kaffrine	3	44	0	492 685
Kaolack	4	81	1	757 743
Kédougou	2	20	0	118 921
Kolda	2	48	1	553 708
Louga	5	81	1	777 085
Matam	3	66	1	533 385
Saint-Louis	5	116	2	837 583
Sédiou	2	40	0	418 278
Tambacounda	7	73	1	610 550
Thiès	9	126	2	1 471 754
Ziguinchor	5	95	1	474 374
<b>Pays</b>	<b>76</b>	<b>1173</b>	<b>20</b>	<b>11 615 586</b>

### **La médecine privée**

Pour l'essentiel, les structures médicales privées sont concentrées à Dakar, et ce, malgré les tentatives des ONG de rééquilibrer cette donne par l'installation de structures communautaires médicalisées.

Le secteur privé, institutionnellement rattaché à une division du Ministère, évolue tout de même de façon presque parallèle, tant du point de vue de la coordination des actions et des approches sanitaires que de celui de l'intégration des résultats au système d'information sanitaire. Ainsi, les données d'enquête (EDS) révèlent toujours des taux de couverture au delà des résultats colligés par le Ministère (SNIS). De ce point de vue la prise en compte du secteur privé, dans une approche globale de résolution des problèmes de santé, s'avère être une urgence.

### **Le système de référence**

La référence est conçue pour fonctionner de bas en haut et vice-versa, donc des postes de santé aux centres de santé et de ces derniers aux hôpitaux de région et ensuite aux hôpitaux nationaux. Ce schéma reste encore dans une large mesure une vue théorique, relativement à l'absence de spécialistes dans les hôpitaux régionaux et dans les centres de santé, en plus de l'absence de rétro-information sur les cas référés. Ce système doit assurer le lien et la continuité des soins à partir de tout point de prestation de service du territoire. Cela suppose donc un fonctionnement optimal des différents niveaux.

### **4.3.1 DISPONIBILITÉ DES SERVICES**

La disponibilité des services se définit par rapport à un certain nombre d'exigences liées à la structure, aux équipements et fournitures, aux ressources humaines dont les compétences et à la continuité des services.

Sous cet angle, la disponibilité des services publics au Sénégal pose un certain nombre de problèmes :

- le personnel, parce que souvent le personnel qualifié est absent, laissant libre cours au personnel de soutien qui « remplit le vide » (voir la partie « Ressources humaines »).
- Le surpeuplement des hôpitaux nationaux (cas de l'hôpital Le Dantec) avec un taux d'occupation moyen qui dépasse les 100% (malades à deux sur 1 lit à l'Institut PMC, malades gisant dans les couloirs en orthopédie traumatologie). Certains malades font le tour des hôpitaux de Dakar sans trouver de lit disponible et se résignent à rentrer chez eux. Par contre, dans les hôpitaux régionaux, la situation est moins alarmante, mais les patients ne trouvent pas souvent pas le spécialiste qu'il leur faut. Le ratio lit d'hôpital par habitant est de 0,109 /1000 (la norme étant de 1 lit /1000 hts).
- Les équipements et les services de diagnostic restent en deçà des attentes de populations qui vont souvent dans le privé ou il y a moins de problème de disponibilité du personnel et des équipements.
- Dans certaines structures publiques, le service n'est souvent pas disponible au delà de la demi-journée ; le système de « permanence » mis en place utilisant plus du personnel communautaire non qualifié que du personnel qualifié.

## **4.3.2 ACCÈS AUX SERVICES, COUVERTURE ET UTILISATION**

### **Accessibilité aux services**

L'accès à tous les services confondus pourrait être jugé au travers des consultations curatives avec un taux de consultation globale de 63,9% pour l'ensemble du Sénégal (Annuaire SNIS 2007) ; ce qui en soit est une bonne moyenne, compte tenu des difficultés à accéder aux services de base dans certaines régions (Tambacounda et Kolda), même si l'enquête ESAM-II (2001) révélait que 57,4% de la population est à moins de 30 minutes d'un service de santé. Cependant, en milieu rural, 32,9% de la population est au delà des 5 km.

L'accès aux soins se heurte aux barrières financières, et c'est pour faire face à cette situation, dans l'optique de l'atteinte des OMD, que les pouvoirs publics ont rendu gratuits certains services comme la césarienne, surtout dans les régions les plus pauvres du pays (Kolda, Tambacounda, Fatick et Ziguinchor).

Les structures privées, au nombre de 357 selon le SNIS, et localisées essentiellement dans la région de Dakar, ont une clientèle fidélisée, malgré les prix assez élevés qui y sont pratiqués. En ce qui concerne la médecine traditionnelle, la tendance au premier recours à ces services reste élevée, même s'il faut la relativiser en raison de l'urbanisation du pays. Ce recours s'explique par la facilité d'accès à ces services de base pour les couches les plus démunies de la société.

### **Utilisation et couverture**

L'utilisation et la couverture pour les programmes prioritaires du Sénégal se sont nettement améliorées ces dernières années, comme en attestent les progrès notés dans les différents programmes préventifs (voir tableau 5). A titre d'exemple, la couverture contraceptive est passée de 2,4 % à 10,3% entre les EDS 1 et 4, même si on devrait s'attendre à de meilleurs résultats au vu des efforts investis dans ce secteur. De même les soins prénatals ont suscité une attention toute particulière avec les progrès suivants : un taux de CPNI+ (73% - 82% - 93%) entre 2005 à 2007 ; le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié est passé de 47 à 52% entre les EDS 2 et 4.

En ce qui concerne la couverture du couple mère – enfant, le taux de césarienne reste très bas pour éviter le décès de la mère et la souffrance des enfants. La couverture en Penta 3 (ou DTCP3) est, quant à elle, passée à des taux respectables de 44,7 % en 2001 à 94 % en 2007, par rapport à un objectif fixe de 80 %.

Le taux de prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0-36 mois a été évalué à 15 % (> à l'objectif de 14 %). En outre, 78% des enfants couverts par la PRN ont eu un gain de poids adéquat et 91 % des mères d'enfants cibles ont bénéficié d'activités promotionnelles et éducatives.

Le taux de morbidité palustre globale qui était de 35,72% en 2001 est passé à 22,25 %, mais cette réduction est à mettre en relation avec le recours systématique aux des tests de diagnostic, depuis bientôt 2 ans, qui écartent certains cas de fièvre qui, dans le passé, étaient considérés à tort comme des cas de paludisme. La réduction des cas de paludisme grave et celle de la mortalité proportionnelle par paludisme sont un indicateur des bonnes performances du PNLP.

Le taux de prévalence du SIDA, attesté par l'EDS 4 (0,7%) indique les efforts déployés par le pays pour contenir cette pandémie. Toutefois, ce taux cache quelques disparités, notamment dans les régions de Ziguinchor et de Kolda. Ces disparités sont liées aux phénomènes migratoires, car ces régions sont

frontalières à des pays où les épidémies sont moins contrôlées. Ainsi, il devient urgent d'y mener des actions d'envergure pour ne pas hypothéquer les acquis obtenus jusqu'ici.

**TABLEAU 5 : EVOLUTION DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTE REPRODUCTIVE**

INDICATEURS	SOURCES		
	EDS II (1992)	EDS III (1997)	EDS IV (2005)
Taux de mortalité maternelle	510/100000 NV		401/100000NV
CPN I	73%	82 %	93%
CPNI zone urbaine	94%	95%	98%
CPNI zone rurale	63%	76%	90%
VAT	70 %	83%	89,3%
Taux d'accouchement assisté	47%	48%	52%
Taux de césariennes	0,7*	0,6*	3%
Mortalité néonatale	34,9‰	37,4‰	35‰
Mortalité infantile 59/1000			Rural 46‰ Urbain 32‰
Indice synthétique de fécondité	6,03	5,7	5,3
- Femmes urbaines			
- Femmes rurales	5,06	4,29	4,1
	6,74	6,74	6,4
Taux de prévalence contraceptive FM	4,8 %	8,1 %	10,3%
- Femmes urbaines			
- Femmes rurales	11,8%	19,3 %	18%
	1,4 %	2,1 %	5%
Prévalence HIV			0,7%

FM : enquêtes ménages donc juste concernant les femmes mariées

### 4.3.3 ORGANISATION DES SERVICES

Une animation du dispositif de soins permet d'offrir des services de qualité continus aux demandeurs de services, grâce à une variété de points de contacts intégrés dans les structures ; ce qui permet également de faire face aux situations d'urgence.

Le Sénégal a opté pour la journée de travail continue. Cependant, au niveau des points de prestation, la continuité des services pose problème du fait de l'absentéisme récurrent de personnels clés ; ce qui a un impact négatif sur l'efficacité des services et la satisfaction des demandeurs de soins. Par conséquent, un contrôle minimal sur les volumes de travail est nécessaire pour renforcer la présence au poste de travail, et améliorer l'offre de soins.

---

\* Enquêtes dystocies 1992, 1996 et 2001

FM Femmes mariées uniquement

L'intégration des soins peine à se mettre en place dans des structures qui, au delà de la faiblesse des ressources humaines, manquent souvent du minimum, comme dans les cas de rupture en antibiotiques et fils dans les services chirurgicaux.

L'utilisation des ressources humaines et matérielles à la périphérie du système pourrait être améliorée, En témoigne la question du cumul des fonctions de médecin-chef du district et de médecin du centre de santé, qui est évoquée depuis une dizaine d'années, sans une véritable avancée. Cette question a déjà été traitée dans le chapitre du présent rapport relatif à la gouvernance.

Sur ce socle organisationnel relativement faible, interagissent sept programmes de santé verticaux qui cherchent chacun à utiliser au maximum le personnel en place au détriment d'un système qui ainsi, perd toute chance d'être cohérent intégré et harmonieux.

Paradoxalement, au niveau des hôpitaux il y a un manque notoire de matériel de soutien diagnostic, avec parfois des différences qui relèvent, à première vue de l'iniquité, comme l'existence de scanners dans l'axe Dakar-Thiès et Saint Louis, alors que d'autres zones en sont dépourvues. Si dans les hôpitaux régionaux l'organisation administrative et des soins pose moins de problème, dans les centres hospitaliers nationaux comme l'hôpital Le Dantec, le caractère d'hôpital universitaire joue comme un facteur confondant tant sur l'organisation de services que sur les lignes d'autorité. Une définition claire des rôles et responsabilités dans de telles structures serait la bienvenue, dans le cadre des conventions entre les EPS et les universités, comme évoqué dans le chapitre relatif à la gouvernance.

#### 4.3.4 ASSURANCE QUALITÉ DES SOINS

La qualité des services témoigne de la dynamique d'un système de santé qui, au delà des besoins quantitatifs à couvrir et des normes à respecter, cherche à répondre aux besoins de qualité, qui vont bien plus loin que l'atteinte de ces normes. La qualité dans le domaine des soins étant souvent décrite « par les meilleurs soins que l'on aimerait recevoir soit même », ce qui veut dire concrètement les meilleurs soins par les meilleurs prestataires de service.

Pour ce faire, il faudrait en exprimer la volonté, mais aussi détenir ou concevoir un outil permettant de mesurer régulièrement la qualité, dont l'amélioration est en principe sans fin, au sens où l'on peut toujours améliorer ce qui se fait déjà.

Dans le cas du Sénégal, la volonté d'assurer une meilleure qualité des services existe à travers la mise en place du Programme Qualité rattaché au cabinet du Ministre de la Santé ; c'est dans cette perspective que se situe l'élaboration de la charte de l'hôpital. Jusqu'ici ce programme a travaillé sur une approche normative qui exclut totalement les demandeurs de soins, alors qu'ils ont des droits qui constituent leurs références en matière de qualité.

En outre, il n'y a pas encore d'outil standard d'évaluation de la qualité des services qui sont offerts à travers le pays. Toutefois, grâce à certains partenaires, des outils comme l'approche Performance et l'approche COPE ont été testés et même utilisés à une large échelle, pour ensuite être abandonnés. L'approche COPE se base sur les droits des demandeurs de services et les besoins des prestataires de services qui constituent un bon faisceau d'indicateurs de qualité. Ces indicateurs sont mesurés sur une périodicité régulière et permettent de dresser un plan d'action d'amélioration de la qualité.

La supervision des services, surtout formative, pouvait permettre de pallier certains problèmes de qualité en aidant le prestataire à se corriger progressivement et s'améliorer. Ainsi, un guide de la supervision révisé a été élaboré par le MSP. Cependant, son utilisation n'est pas encore effective. Les activités de supervision prévues ne sont que rarement exécutées sur le terrain et les superviseurs autant

que les supervisés s'en plaignent. Les seules supervisions effectives sont le fait des programmes verticaux concernant ceux relatifs au paludisme, à la tuberculose et au SIDA, qui disposent de moyens financiers importants. Cette supervision est souvent effectuée pour des besoins de recueil d'informations nécessaires à ces programmes et, souvent, elle se fait directement du niveau central au district, sans implication du niveau intermédiaire.

Les normes, protocoles et politiques de services sont élaborées et mises à la disposition des prestataires de services qui supportent la charge des soins, notamment pour ce qui est de la santé de la reproduction, du paludisme, de la tuberculose et du SIDA.

En définitive, la volonté d'assurer la qualité des services existe, mais il reste à la concrétiser à travers un outil de mesure et cette évaluation de la qualité doit être couplée à une supervision assidue pour régler la question des insuffisances notoires dans le domaine de la qualité des services.

### 4.3.5 FORCES ET FAIBLESSES

#### Forces

Le Sénégal s'est inscrit très tôt dans une approche globale de promotion de la santé, en essayant de mettre en pratique les conclusions de la conférence de Alma Ata de 1978, relatifs à la redéfinition de la santé et des extrants attendus (préventif, curatif, éducatif, et promotionnel), puis à travers la décentralisation des services pour les rendre plus accessibles aux populations. C'est d'ailleurs dans ce cadre que le pays a été divisé en districts sanitaires dans les années 90 pour opérationnaliser cette volonté.

La carte sanitaire, qui vient d'être élaborée, peut être un puissant outil de répartition planifiée de l'implantation des structures de prestations de services. Il faut souligner que les collectivités locales et les communautés ont une propension à construire des infrastructures de santé qu'elles n'ont pas les moyens de gérer, parce que ne pouvant pas fournir le personnel et l'équipement et assurer le fonctionnement, d'où la nécessité de les associer à tout processus de planification de l'offre de services dans leur ressort territorial. Il est toutefois notable que l'accessibilité physique aux structures s'est nettement améliorée avec les nouvelles structures réalisées dans le cadre du PNDS I (1998- 2007).

La médecine d'entreprise s'est largement développée. Il en est de même pour la médecine privée qui a connu un essor important apportant une offre variée et déterminante. Toutefois, il faut déplorer que cette offre privée ne soit disponible que dans des aires géographiques urbaines (Dakar et les capitales régionales principalement) et pose un problème d'accessibilité financière.

Entre ces différentes structures de santé, le Ministère de la Santé, vient de définir un système de référence et de contre référence, malheureusement peu connu des parties prenantes (populations – prestataires - gestionnaires financiers).

Des normes, protocoles de services et guides thérapeutiques sont disponibles pour guider et instruire le prestataire pour tout ce qui a trait aux services s'occupant de la mère et de l'enfant, ainsi qu'aux maladies prioritaires (paludisme, Sida et tuberculose). Ces protocoles sont constamment et périodiquement révisés pour intégrer toutes les connaissances nouvelles.

Tout cela a permis une amélioration significative des indicateurs relatifs à la santé maternelle et infantile – OMD 4 et 5 - comme en témoignent les EDS de 1986 à 2005. C'est dans ce cadre que s'inscrivent les progrès en matière de couverture vaccinale (Penta3 -DTCP3- : 80% en 2005 et 94 % en 2007), même si on ne peut pas présager de l'immunité vaccinale proprement dite. Sur un tout autre registre, l'absence

de notification de cas de rougeole au Sénégal pour les 3 premiers trimestres de l'année 2008 (contre 3 cas en 2007) est un bon critère de performance des services préventifs. Il faut ajouter à ces points forts les progrès constants en prévalence contraceptive : 2,4 % en 1986 et 10,3 % en 2005 (EDS 1 et EDS 4), l'avancée dans la surveillance de la grossesse - taux de CPNI+ (73%-82%-93% entre 2005 et 2007), les progrès dans les accouchements assistés par un personnel qualifié.

Pour ce qui concerne les maladies prioritaires et les pathologies chroniques, il faut signaler la volonté affichée de rendre disponibles les services sur l'ensemble du territoire à travers la mise en place de programmes spécifiques, même si ceci n'est pas en soi une garantie d'efficience. Ainsi, le SIDA est contenu dans un profil bas (0,7%), la détection et la prise en charge décentralisée de la tuberculose, la réduction drastique des cas de paludisme grave et de la mortalité palustre sont également à inscrire dans les acquis du système de soins. Il faut noter cependant que ces programmes sont soutenus et renforcés par le Fonds mondial, posant fondamentalement la question de la pérennisation de ces bons résultats.

### **Faiblesses**

La quasi-inexistence de services spécialisés dans les régions, qui entraîne une inefficience dans le système de référence et de contre-référence, contribue à la surcharge des hôpitaux nationaux. Cette faiblesse est renforcée par le faible ratio lits d'hôpitaux / habitants (1,09 pour 10,000 hts) en plus de la disparité importante entre milieu rural/urbain (1 lit d'hôpital pour 1000 hts selon l'OMS).

Les normes de fonctionnalité des différentes structures sanitaires en termes de personnel, de services à offrir et d'équipements sont peu connues des gestionnaires de ces structures.

La prise en charge complète des parturientes n'est pas effective partout : seuls 20% des centres de santé de référence type 2 peuvent faire face à des accouchements nécessitant la césarienne.

Pour ce qui est de l'accessibilité financière aux services par les personnes démunies, il n'existe pas encore de critères précis pour l'indigence, d'autant plus que le personnel social capable d'aider à résoudre ce genre de problèmes (assistants et aides sociaux) est presque inexistant dans les structures de soins.

En termes de couverture, les données sanitaires du secteur privé ne sont pas disponibles ou sont incomplètes : le secteur privé fonctionne en parallèle avec le secteur public et aucune action d'envergure n'a jusqu'ici été réalisée pour résoudre cette question, à part une tentative de recensement des éléments qui composent ces deux secteurs.

Bien que la faible prévalence du SIDA constitue un motif de satisfaction, il demeure que certaines zones comme Ziguinchor, Kolda, Kaolack et Fatick méritent une surveillance particulière et des actions d'envergure (Information, offre de dépistage, PEC des cas ...) sur les cibles transmetteurs que sont les routiers, migrants et les commerçants ambulants des marchés transfrontaliers.

La disponibilité du personnel est inadéquate pour assurer la continuité des soins. Le personnel a souvent une présence irrégulière surtout au niveau opérationnel où le nombre élevé de séminaires et de rencontres diverses éloigne les prestataires des structures.

Le Programme « Qualité des services », qui est rattaché au cabinet du Ministre, n'a pas encore produit des effets à la périphérie du système. Par ailleurs, il existe plusieurs outils qui pouvaient permettre d'évaluer la qualité (COPE – AAQ...Monitoring), mais qui ne sont utilisés aujourd'hui que de façon sporadique ou isolée.

L'offre de services fournie par les associations et ONG au niveau communautaire reste faible et son utilisation attend d'être rationalisée dans le cadre de la contractualisation des services, qui était pourtant annoncée depuis le démarrage du PNDS I.

Il n'y avait pas jusqu'ici de mécanismes formels de consultation continue pour appréhender les besoins des populations, afin d'adapter l'offre de services aux besoins réels des populations. Cependant, avec les plans opérationnels des collectivités locales (POCL) ce problème peut être surmonté.

La supervision – inexistante ou irrégulière – demeure le maillon faible du système, malgré l'élaboration d'un guide prévu à cet effet par le MSP. Dans les sites visités, peu d'activités de supervisions ont été effectuées, à cause d'un manque de moyens et d'un calendrier trop chargé.

#### 4.4 RESSOURCES HUMAINES

Il est établi que les ressources humaines représentent, dans tous les pays du monde, la ressource la plus précieuse car, en plus de leur impact économique, elles donnent de la valeur aux autres ressources en leur permettant de devenir des produits socialement utiles. Le Sénégal a, dans ce domaine, déployé des efforts importants, notamment dans le secteur de la santé, depuis plus d'une quinzaine d'années, pour assurer une meilleure intégration du développement des ressources humaines aux objectifs de santé.

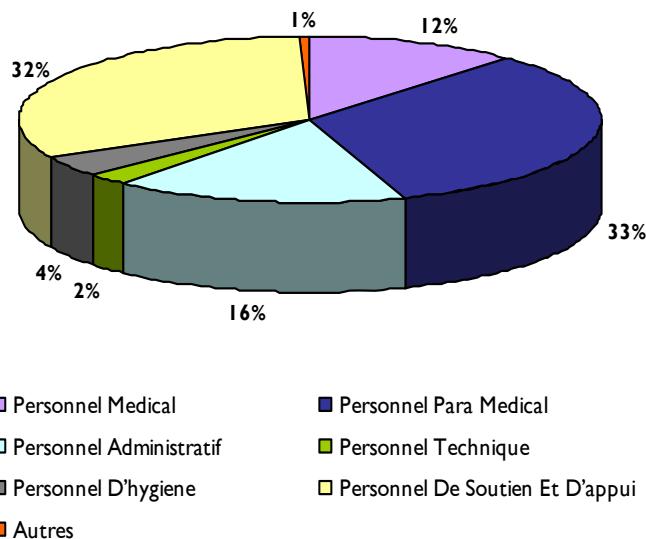
Déjà, en 1989, après la Déclaration de Politique de Santé, le Ministère de la santé a cherché à valoriser et à développer les ressources humaines à travers le Projet de Développement des Ressources Humaines (PDRH). Cette volonté a été poursuivie et confirmée avec le PNDS, dont le développement des ressources humaines a constitué une des orientations stratégiques majeures.

La fonction de gestion des ressources humaines dans un système de santé vise à disposer d'un personnel qualifié et motivé équitablement réparti sur l'ensemble du territoire. Toutes choses qui correspondent à des objectifs de couverture, de motivation et de compétences. Il est établi qu'une bonne répartition du personnel sur l'ensemble du territoire national permet un accès plus équitable des populations aux services de santé, que la motivation est essentielle pour l'efficacité et l'efficience des agents et que les compétences des personnels de la santé jouent sur la qualité de leurs prestations de services. A leur tour, l'équité, l'efficacité et la qualité, qui sont des facteurs déterminants d'un système de santé performant, permettent d'obtenir des résultats sanitaires positifs au bénéfice de la population.

Le système de santé du Sénégal compte, selon une étude récente relative au répertoire des emplois, mais non encore appliquée, cent quatre (104) emplois types classés en neuf (9) catégories. Le Ministère de la santé compte près de 16000 agents repartis entre les différentes catégories socioprofessionnelles. Ils représentent les effectifs les plus importants au niveau de la Fonction Publique, après ceux de l'Education.

**FIGURE 5 : REPARTITION DU PERSONNEL SELON LA CATEGORIE SOCIO PROFESSIONNELLE**

Source : Ministère de la Santé et de la Prévention



La répartition du personnel par catégorie socioprofessionnelle reste très inégale. Le personnel de soins comprenant le personnel médical (11,63%) et le personnel paramédical (33,04%) représente 44,67% des effectifs.

Le reste du personnel est composé du personnel de soutien (31,88%), du personnel de l'hygiène (4,22%), du personnel technique ou personnel de maintenance (2,09%) et du personnel administratif (16,48%).

Le Sénégal est loin des normes fixées par l'OMS avec :

- 1 médecin pour 18615 habitants (OMS : 1 médecin pour 5000 à 10000 habitants) ;
- 1 infirmier pour 4813 habitants (OMS : 1 IDE pour 300 habitants) ;
- 1 sage femme pour 3946 FAR (OMS : 1 SFE pour 300 FAR).

La répartition des personnels selon l'employeur montre que l'Etat reste le principal employeur des personnels de santé avec 44 % de salariés. Il est suivi des comités de santé (22%) et des Etablissements Publics de Santé (EPS) (18%). Les contractuels de l'Etat, des collectivités locales, des EPS et du PDIS se partagent les 16 % restants.

La Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontostomatologie de l'Université Cheikh Anta DIOP forme les médecins, les pharmaciens et les chirurgiens dentistes. De 1998 à 2007, la Faculté a formé près de 600 médecins, 459 pharmaciens et 180 chirurgiens dentistes. Entre 2003 et 2006, 235 médecins spécialistes ont été formés. Les médecins spécialistes en santé publique sont formés à l'Institut Santé et Développement (ISED). De 1987 à 2007, un total de 195 diplômés en santé publique a été formé à l'ISED, parmi eux 164 Sénégalais, qui sont en fonction aux niveaux central (33), régional (19), des districts (51), des hôpitaux (11), de l'Armée sénégalaise (8), des cabinets privés (5), de l'UCAD (10), des organisations internationales (28), et 31 étrangers. 171 de ces diplômés sont médecins, 13 sont pharmaciens et 11 sont chirurgiens dentistes.

Quant aux paramédicaux, ils sont formés à l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS) qui résulte du regroupement, en 1992, des anciennes écoles des infirmiers, des sages femmes, du Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers (CESSI), de l'Ecole Nationale des Techniciens Supérieurs en Odontologie (ENTSO), de l'Ecole Nationale des Agents sanitaires et de l'Ecole des Agents d'Hygiène, suite à la restructuration des écoles de formation professionnelle décidée par l'Etat. L'ENDSS est placée sous la tutelle du Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP). Le nombre de professionnels paramédicaux formés à ce jour est de 2392 diplômés dont 1230 infirmiers d'Etat et 910 sages femmes d'Etat, ceci depuis 1995. Plus récemment, en 2005, 87 assistants infirmiers ont été formés et mis sur le marché du travail. L'Ecole Nationale des Techniciens en Maintenance Hospitalière, qui est également rattachée au MSP, forme des professionnels de la maintenance. La formation des assistants infirmiers a commencé en 2003 au niveau des Centres Régionaux de Formation en Santé (CRFS) et celle des infirmiers et sages femmes y a débuté en 2007. A côté de l'ENDSS et des CRFS, qui sont des établissements publics de formation en santé, il y a des écoles privées de santé dont le nombre ne cesse de croître et qui forment surtout des infirmiers et des sages femmes.

La répartition du personnel sur le territoire national, révèle des disparités importantes entre régions. Cette inégalité s'explique par les conditions peu favorables rencontrées au niveau des régions autres celle de Dakar. Sur les 359 médecins en fonction au Ministère de la santé, 266 officient à Dakar soit pratiquement près des 3/4. La situation est encore plus préoccupante pour ce qui concerne les médecins privés, dont 389 sur 473, soit 82%, officient à Dakar avec, notamment, 43 gynécologues sur 47, 19 cardiologues sur 19, 20 chirurgiens sur 22, 8 dermatologues sur 8, 3 neurologues sur 3, 32 pédiatries sur 35, 16 ophtalmologues sur 16 et 12 radiologues sur 12).

**TABLEAU 6 : REPARTITION DE MEDECINS DU SECTEUR PRIVE, PAR REGION**

Régions	Médecins Privés	Médecins d'entreprise	Total	Pourcentage
SAINT LOUIS	5	4	9	1,9
KAOLACK	7	2	9	1,9
KAFFRINE	0	0	0	0,0
TAMBA	1	0	1	0,2
KEDOUGOU	0	0	0	0,0
THIES	32	5	37	7,8
KOLDA	3	0	3	0,6
SEDHIOU	1	0	1	0,2
MATAM	1	0	1	0,2
LOUGA	4	0	4	0,8
ZIGUINCHOR	8	0	8	1,7
DAKAR	368	21	389	82,4
FATICK	0	0	0	0,0
DIOURBEL	10	0	10	2,1
<b>TOTAL</b>	<b>440</b>	<b>32</b>	<b>472</b>	<b>100</b>

Source : Ordre National des Médecins du Sénégal

Certaines régions ne disposent d'aucun spécialiste, et elles sont donc obligées d'évacuer les malades à la moindre complication. Les spécialistes préfèrent rester dans la capitale, qui concentre près du quart de

la population totale, avec plus d'opportunités, notamment au plan économique. Ceci constitue un obstacle au développement de services de santé de qualité et à l'amélioration de la santé des populations du Sénégal.

**TABLEAU 7 : REPARTITION DES SPECIALISTES PAR REGION**

SPECIALITES	Dakar	Diourbel	Kaolack	Kolda	Louga	Mata m	St Louis	Tamba counda	Thies	Ziguinc hor
Anesthésistes – Réanimateurs	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Biologistes	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cardiologues	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cancérologue + Radiothérapeute	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chirurgiens	20	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Dermatologues	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Endocrinologues	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastro – Entérologues	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gynéco – Obstétriciens	43	0	0	0	0	0	1	0	3	0
Infectiologue	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médecins généralistes	176	10	7	3	4	1	4	2	24	8
Médecine d'urgence	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médecine du travail	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médecins d'entreprise	21	0	1			0	4	1	5	0
Neurologues	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ophtalmologues	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oto - Rhino – Laryngologues	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pédiatries	32	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Pneumo- phtisiologues	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psychiatres	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médecin urgentiste	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Radiologues	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rhumatologues	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>389</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>37</b>	<b>8</b>

Source : Ordre National des Médecins du Sénégal

Grâce au PNDS, de nouvelles infrastructures (hôpitaux, centres et postes de santé) ont été construites, entraînant un accroissement des besoins en personnel, pour une amélioration de la couverture sanitaire.

Dans leur quasi-totalité, les médecins chefs de district sont spécialistes en santé publique et ils exercent leurs fonctions dans des zones souvent difficiles. Pour ce qui concerne les pharmaciens, sur les 843 pharmaciens privés ayant ouvert des officines de pharmacie, 495 sont dans la région de Dakar qui est suivie de Thiès avec 103 pharmaciens. La situation n'est pas meilleure pour ce qui concerne les chirurgiens dentistes dont les 60% exercent à Dakar, le reste étant localisé dans les autres capitales régionales.

#### 4.4.1 PLANIFICATION

Un des problèmes majeurs de la gestion des ressources humaines est l'absence de plan stratégique de développement des ressources humaines malgré l'existence d'une division de la gestion prévisionnelle des personnels et des emplois. A ce jour, des données précises sur les ressources humaines ne sont pas disponibles, les chiffres varient selon les sources, si bien que l'un des responsables interrogés a lancé une boutade très significative « il faut qu'on sache combien nous sommes avant toute autre chose ». Cette situation est valable au niveau déconcentré et décentralisé. Il s'y ajoute que qu'il n'existe pas de planification des besoins.

Les dossiers des agents se trouvent aux niveaux central, intermédiaire et périphérique. Au niveau central les dossiers sont conservés à la DRH ; au niveau de la région médicale, un agent désigné à cet effet en a la charge, de même qu'au niveau du district sanitaire.

Les dossiers des agents ne sont pas toujours bien tenus. Leur gestion est assurée par un personnel qui n'a pas reçu la formation adéquate. Les dossiers contiennent des informations sur l'identification de l'agent, la situation de famille, la situation administrative, l'identification des services d'affectation, les études effectuées, les postes occupés, les formations continues reçues, les distinctions reçues, la participation à des missions de pèlerinage etc. Ces dossiers ne sont pas encore saisis dans le logiciel Tandem qui est pourtant capable de prendre en charge les fonctions clés de gestion des ressources humaines. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que la DRH ne maîtrise pas les ressources humaines du secteur privé qui est l'autre pilier du secteur de la santé, si bien que le secteur privé est souvent ignoré dans la planification.

La DRH compte 29 personnes dont seul un nombre limité est en mesure de faire face aux besoins de conception et de planification en matière de gestion des ressources humaines. Ce personnel n'a pas bénéficié de formation spécifique en gestion des ressources humaines. Au niveau régional et de district, les responsables ne sont pas mieux lotis que ceux du niveau central et ils doivent s'occuper de tâches additionnelles comme la supervision et la formation.

#### 4.4.2 POLITIQUES

La politique de santé a toujours mis l'accent sur le développement des ressources humaines, notamment dans la Déclaration de politique de santé en 1989, le PDRH et le PNDS. Le PDRH a permis d'élaborer trois guides : un pour le médecin-chef de région, un pour le médecin-chef de district et un pour l'infirmier chef de poste.

L'étude sur le répertoire des emplois, réalisée en 2005, a permis de dénombrer 104 emplois types regroupés en 9 catégories socio professionnelles. Elle a ébauché une description détaillée de certains profils. Il est évident que, sans une description de poste, l'employé ne peut pas savoir ce qui est attendu de lui et, par conséquent, ne sait pas comment s'y conformer. En plus, cela ne permet pas de mesurer objectivement son rendement au niveau du poste et de récompenser le mérite.

Les agents ne sont pas informés des dispositions réglementaires spécifiques appliquées sur le lieu de travail. Ils doivent tout découvrir par eux-mêmes: les horaires de travail, les heures supplémentaires, l'obligation de rendre compte, les congés, les permissions... Pourtant, il est facile de faire un recueil de toutes ces informations, et le remettre au nouvel agent dès sa prise de service.

Il existe une échelle salariale pour chaque corps de la santé, fixée par le décret 77-887 du 12 octobre 1977 portant statut particulier du cadre des fonctionnaires de la santé publique et de l'action sociale. Les

salaires proposés par le statut particulier du cadre des fonctionnaires de la santé et de l'action sociale, sont inférieurs à ceux du privé, donc moins incitatifs.

L'augmentation des salaires se fait en fonction des grades et des échelons conformément aux dispositions du décret sus cité. Il arrive que le Gouvernement décide d'une augmentation générale des salaires des fonctionnaires qui concerne, évidemment, les agents de la santé.

Au Sénégal, il y a un processus formel de recrutement qui est piloté par le Ministère chargé de la Fonction Publique, qui publie un appel à candidatures pour des postes à pourvoir. Le recrutement se fait en relation avec le Ministère de la Santé qui, en l'absence d'un véritable plan de recrutement, se contente d'une expression de besoins. Le Ministère de la Santé se trouve souvent confronté à un problème de disponibilité des personnels nécessaires, parce qu'il ne trouve pas toujours, sur le marché du travail, les profils recherchés. Devant cette situation, il n'est pas rare de voir s'installer le favoritisme et le clientélisme pour réorienter les postes non pourvus vers des catégories socio professionnelles qui n'étaient pas identifiées au départ comme prioritaires. Les agents recrutés dans de telles circonstances se sentent protégés et ne craignent donc pas d'être sanctionnés ni de perdre leur emploi. Il est impossible d'attendre de tels agents qu'ils soient performants et, au contraire, ils contribuent à la diminution de la productivité, démotivent le reste du personnel et entretiennent une culture de contre-performance dans le secteur de la santé.

Un autre biais est relatif à la non implication dans le processus d'embauche des services concernés, au point que certains responsables ont souligné avoir reçu des personnels qui n'ont aucune qualification ou dont la qualification n'est pas en adéquation avec les besoins du service.

Les mutations et les promotions sont du ressort du seul Ministère de la Santé, mais les travers ne manquent pas, même si une commission de mutation et de redéploiement existe. Il arrive souvent que certains agents, qui disposent d'une protection quelconque, soient redéployés ou maintenus à des postes éloignés de la capitale. Inutile de dire que cela peut contribuer à accentuer l'inégalité dans la distribution du personnel sur l'ensemble du territoire national sénégalais. Les répercussions sur la qualité et l'impact des programmes de santé sont évidentes.

Le Ministère de la Santé a mis en avant les vertus de la négociation pour apaiser le climat de travail. Le dialogue social est érigé en règle mais, il y a souvent des tensions sociales liées au retard dans la mise en œuvre par le Gouvernement des accords signés avec les syndicats.

Il existe une réglementation générale applicable à tous les fonctionnaires de l'Etat conformément aux dispositions de loi sur le statut général des fonctionnaires. Plus spécifiquement, des dispositions particulières existent pour certains agents de santé. C'est le cas des médecins. C'est ainsi que la loi fixe les conditions d'exercice de la médecine, à savoir être titulaire du diplôme de docteur d'état sénégalais en médecine, être de nationalité sénégalaise et être inscrit à l'Ordre National des Médecins du Sénégal. Des dispositions réglementaires similaires s'appliquent aux pharmaciens et aux chirurgiens dentistes. Pour les infirmiers et les sages femmes des dispositions existent notamment pour l'exercice privé de leur profession pour lequel ils sont tenus d'obtenir une autorisation d'exercer.

La lancinante question de l'absence de personnels qualifiés dans les zones dites difficiles, au profit de la capitale et des principales villes appelle des mesures hardies qui doivent être au centre de la politique de gestion des ressources humaines. S'il est vrai que, dans le secteur privé, la décision de s'établir dans une localité est fonction des réalités du marché, pour ce qui concerne les personnels du secteur public, la domiciliation de certains postes budgétaires dans les localités ciblées, pourrait être une première approche de solution. Ainsi, la personne affectée ne pourrait changer de localité sans perdre son poste, quels que soient ses soutiens en haut lieu, à moins que l'autorité ne prenne la décision d'une

permutation qui ferait que son départ serait comblé par l'arrivée d'un remplaçant. En outre, des primes spéciales et d'autres types de motivation pourraient être prévus pour les agents en poste dans certaines zones dites difficiles. Les collectivités locales de ces zones devraient également être sensibilisées pour qu'elles apportent leur contribution à la motivation de ces agents, afin que les populations de leur ressort cessent d'être les victimes de cette situation inique.

#### 4.4.3 GESTION DE LA PERFORMANCE

La gestion des carrières au Sénégal reste problématique. En effet, telle qu'elle est appliquée, elle ne prend pas en compte les exigences du marché du travail qui, de plus en plus, met l'accent sur la gestion axée sur les résultats. Or tout se passe comme si les pratiques en cours dans la Fonction Publique, ne favorisent pas la recherche de l'excellence. Les agents se sentent sécurisés après leur recrutement dans la Fonction Publique et ont le sentiment d'avoir obtenu la garantie d'un emploi pérenne. Cette façon de penser et de se comporter explique, en partie, les faibles performances du secteur public de la santé, car les agents ne sentent pas la nécessité de donner des résultats probants. S'y ajoutent la culture de l'impunité et celle du « protégé de » qui ne favorisent pas l'amélioration de la qualité des services de santé.

Or dans un contexte de rareté de ressources, surtout financières, l'efficience et la performance doivent être érigées en règle. Il est regrettable que la mesure de la performance se résume plus à la notation de l'agent, qui semble n'être qu'une formalité nécessaire dans son processus d'avancement, plutôt qu'un moyen de récompenser le mérite. La fiche de notation de l'agent ne prend pas toujours en compte les critères de performance et il n'est pas prévu un entretien entre l'employé et l'employeur pour une appréciation plus objective de la performance et de la note attribuée.

L'absence de description de tâches vient s'ajouter aux difficultés de mesure objective de la performance. L'agent ne se sent pas concerné parce que les responsabilités ne sont clairement établies.

La supervision, même si elle est institutionnalisée, ne se fait pas toujours régulièrement. Les responsables du niveau central reconnaissent qu'ils ne supervisent pas régulièrement le niveau régional. Par contre, les rapports de supervision trouvés au niveau de certaines régions visitées donnent la preuve de la réalité de cette supervision.

Il n'existe pas de mécanismes formels pour la planification et la revue des performances individuelles. Pourtant, le PNDS en a fait une ligne d'action majeure. De tels mécanismes sont prévus mais, malheureusement, ils ne sont pas mis en application, malgré l'existence de contrats de performances signés avec les médecins chefs de région et les directeurs d'hôpital. Seulement, les termes de ces contrats doivent être revus pour mieux évaluer les performances de chacun. Tels que décrits, les contrats de performances s'adresseraient plutôt aux médecins chefs de districts qui sont les responsables du niveau opérationnel.

#### 4.4.4 FORCES ET FAIBLESSES

Depuis l'adoption de la Déclaration de Politique de Santé en 1989, mise en œuvre avec le Projet de Développement des Ressources Humaines (PDRH 1990-1995), la priorité a été accordée aux ressources humaines et a été réitérée dans les Nouvelles Orientations de la Politique de Santé en 1995, puis reprise et renforcée dans le PNDS I. Ceci est la preuve, si besoin en était, de l'existence d'une volonté politique manifeste. Celle-ci s'est traduite, entre autres, par la création d'une Direction des ressources humaines face à la dispersion dont les ressources humaines étaient l'objet.

Des études ont été menées sur la motivation, la gestion prévisionnelle des personnels de santé, le répertoire des emplois types de la santé, la gestion des plans de carrières, le plan de redéploiement, un système de gestion informatisée du personnel et un plan de formation. Malheureusement, les conclusions de ces études n'ont pas toujours été mises en œuvre.

Le nombre d'agents du Ministère n'est pas connu de manière exacte. Il varie en fonction de la source (DRH, SNIS, Fonction Publique, Finances). La non maîtrise de ces chiffres constitue une manifestation de la mauvaise gestion des ressources humaines. Pourtant, le Ministère a acquis le logiciel TANDEM conçu spécialement pour répondre aux besoins de gestion des ressources humaines du MSP, en matière de gestion des dossiers, de gestion administrative du personnel, de gestion des mouvements, de gestion de la formation, d'édition de documents pour l'aide à la décision. Le dernier recensement des personnels de santé, réalisé en 2005, a permis d'obtenir la situation de la répartition des agents sur l'ensemble du territoire national et sur le niveau des déficits. Mais avec les mouvements continus du personnel, il est évident que la situation a déjà changé.

Le recrutement des personnels de santé a souffert de la politique d'ajustement structurel des années 80 et 90, avec un blocage effectif des recrutements dans la Fonction publique. Les autorisations de recrutement n'ont été rétablies qu'avec la mise en œuvre du PNDS I qui a bénéficié d'un quota annuel de 250 agents par an, toutes catégories socio professionnelles confondues. Même avec cette disposition, le déficit en personnel n'a pas pu être résorbé. En effet, le Ministère a été très vite confronté à un problème de disponibilité des personnels sur le marché du travail. Ceci s'explique essentiellement par l'absence de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, qui peut se définir comme « la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans cohérents visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins (en termes d'emplois et de compétences) et les ressources humaines (en termes d'effectifs) d'une organisation, en tenant compte de son plan stratégique et des mutations de l'environnement ». Ce qui existe actuellement est plus une expression de besoins qu'un véritable plan de recrutement.

## 4.5 GESTION PHARMACEUTIQUE

La gestion des médicaments « représente l'ensemble des activités visant à assurer la disponibilité régulière et l'utilisation appropriée de médicaments, de produits liés à la santé et de services fiables, efficaces et de qualité dans toutes les structures sanitaires »<sup>10</sup>. La sélection de médicaments essentiels et de produits pharmaceutiques appropriés, leur distribution et leur approvisionnement efficaces et la vérification de leur utilisation rationnelle sont les activités clés du cycle de gestion des produits pharmaceutiques. Ces activités sont réalisées dans le cadre, et sous l'influence, des structures réglementaires existantes et elles dépendent du degré de support à la gestion disponible (financier, ressources humaines ou autres).

### 4.5.1 SOUS SECTEUR PHARMACEUTIQUE

Dans le cadre des orientations stratégiques de sa politique sanitaire, le Sénégal a déjà entrepris des réformes du secteur pharmaceutique pour assurer l'accès à tous aux médicaments essentiels de qualité et à moindre coût. L'objectif est d'assurer une disponibilité, une accessibilité et une utilisation rationnelle des médicaments dans les secteurs public et privé. C'est ainsi que la mise en œuvre de la

---

<sup>10</sup> M. Islam. 2006. *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual*. Soumis à l'USAID en collaboration avec Health Systems 20/20 Project (HS20/20), Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project et Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health

politique pharmaceutique est faite à travers des institutions et organisations professionnelles. La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) vient juste d'être élaborée et le plan directeur est en phase d'adoption. C'est en ce sens qu'il ya une timide exécution des activités en attendant le plan directeur.

Le sous secteur pharmaceutique comprend la DPL, le LNCM, la ONA et l'ONPS.

- **La Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL)**

La DPL est l'autorité nationale de réglementation. Selon le décret 2004-1404, du 04 novembre 2004 portant organisation du MSP, la DPL a pour mission l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de la politique et des programmes dans le domaine de la pharmacie et des analyses médicales. Elle est notamment chargée, à ce titre, d'élaborer et veiller à l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs à la pharmacie, aux médicaments, aux réactifs de laboratoires d'analyses médicales, aux substances vénéneuses, à l'alcool et aux dispositifs médicaux , de réglementer l'exercice des professions pharmaceutiques et contrôler les laboratoires d'analyses médicales, de réglementer et assurer la promotion de la pharmacopée traditionnelle.

- **Le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM)**

Au terme du décret 2004-1404, du 04 novembre 2004, le LNCM est un service rattaché au Cabinet du Ministre. Il est chargé du contrôle technique des médicaments en relation avec la DPL.

- **La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA)**

La PNA a été créée en 1954 pour répondre aux besoins médico-pharmaceutiques de l'Afrique Occidentale Française (AOF), alors sous domination coloniale française. Après l'indépendance, elle est devenue un service public rattaché au Ministère de la Santé. Actuellement, la PNA est un Etablissement Public de Santé non hospitalier au terme de la loi 98-12 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière et de son décret d'application 99-851 du 27 août 1999. Ainsi la PNA est dotée d'un conseil d'administration et d'une direction comprenant 5 services. La PNA a pour mission d'assurer l'accessibilité financière et géographique des médicaments et produits essentiels de qualité aux populations. Elle est décentralisée dans toutes les 11 régions du Sénégal. La perspective de changement du statut de la PNA en société nationale particulière de type commercial et industriel ou en agence est actuellement en discussion ; l'objectif étant de lui permettre de se développer et de produire d'autres types d'activités plus rentables.

- **L'Ordre National des Pharmaciens (ONPS)**

L'Ordre National des Pharmaciens du Sénégal est institué par la loi 73-62 du 19 Décembre 1973. L'ONPS est un établissement public à caractère professionnel, doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Il contrôle l'exercice de la profession pharmaceutique à travers le Code de Déontologie et donne des avis motivés sur des aspects concernant la Politique Pharmaceutique Nationale.

## **4.5.2 POLITIQUE, LOI ET REGLEMENTATION PHARMACEUTIQUES**

La législation pharmaceutique remonte à la période coloniale, lorsque la loi 54-418 du 15 avril 1954 étendait aux territoires d'Outre-mer les dispositions du Code français de la Santé Publique. Depuis l'indépendance, plusieurs textes majeurs ont été publiés dont :

- la loi 65-33 du 19 mai 1965 portant modification des dispositions du Code de la Santé Publique relatives à la préparation, à la vente et à la publicité des spécialités pharmaceutiques et les décrets

d'application, notamment celui du 4 janvier 1967 relatif au visa des spécialités pharmaceutiques'

- la loi 73-62 du 19 décembre 1973 portant création de l'ordre des pharmaciens,
- la loi 94-57 du 26 juin 1994 portant définition du médicament,
- le décret 96-395 du 15 mai 1996 autorisant la substitution aux pharmaciens,
- l'arrêté 4012 du 02 juin 1998 organisant le système national de pharmacovigilance<sup>11</sup>.

Les acteurs rencontrés ont déploré l'obsolescence de ces textes, mais un processus de révision des textes est en cours.

La réglementation concerne l'ensemble du secteur pharmaceutique : fabrication, distribution, contrôle, exercice de la pharmacie, substances vénéneuses, etc. Il existe une Autorité Nationale de Réglementation, avec un laboratoire de contrôle de qualité. Un système d'homologation existe et tous les médicaments doivent être enregistrés avant leur mise sur le marché ; l'inspection est mise en place avec des pharmaciens inspecteurs diplômés ; la substitution est autorisée et la pharmacovigilance se met en place.

Les médicaments qui entrent sur le territoire sénégalais sont soumis à une autorisation préalable et à des contrôles appropriés. Il en est de même pour les vaccins qui sont soumis au visa des autorités sanitaires et à des contrôles. Les médicaments et vaccins occasionnent parfois des effets indésirables ou des réactions adverses chez certains patients. Pour mettre en évidence de tels effets secondaires, le Gouvernement a décidé de mettre en place un système de pharmacovigilance plus opérationnel et a pris d'autres mesures qui visent à renforcer l'action de l'autorité nationale de contrôle, avec l'arrêté du 2 juin 1998, portant sur l'organisation du système national de pharmacovigilance. Le LNCM assure, en collaboration avec la DPL, le contrôle technique de la qualité du médicament. Il est actuellement utilisé pour le « tracking » des produits pharmaceutiques en dessous des standards, du niveau industriel jusqu'au niveau de la case de santé. Ce sont les standards internationaux qui sont utilisés.

La période de renouvellement requise pour l'enregistrement des produits pharmaceutiques est de 5 ans. Ce système est mis à jour, et le cycle moyen pour l'enregistrement se situe entre 6 et 12 mois. Il faut préciser que le système d'enregistrement des produits pharmaceutiques ne génère pas de revenus directs pour le Ministère de la Santé parce que les frais d'enregistrement sont versés au Trésor Public.

Il existe des mécanismes de délivrance ou d'établissement de licences, d'inspection et de contrôle du personnel pharmaceutique, des manufacturiers, des distributeurs et importateurs et des officines de pharmacie. Ceci permet le respect des bonnes pratiques de fabrication. La création des officines de pharmacie est réglementée : leur ouverture est soumise à autorisation. Il existe une réglementation de leur localisation qui doit favoriser l'accès géographique de la population aux médicaments. Cependant, la réglementation n'est pas toujours respectée, avec pour conséquence une concentration des pharmacies dans les grandes villes, notamment à Dakar.

Les produits pharmaceutiques sont totalement exonérés de droits et taxes à l'importation et de TVA à la vente. Les spécialités importées par la PNA et les ONG, et les dons de médicaments, échappent à la procédure d'obtention du visa. Toutefois, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, les importateurs doivent s'acquitter

---

<sup>11</sup> Evaluation du secteur pharmaceutique au Sénégal --- MSHP/OMS – Avril 2003  
Coordonnateur : Dr Abdoulahat MANGANE, DPL, assisté par Dr Mamadou NGOM, EDM, OMS

d'un droit de taxes de 2,5% composé d'un prélèvement UEMOA (1%), d'un prélèvement CEDEAO (0,5%) et d'une redevance statistique (1%).

Malgré l'existence d'une réglementation nationale assez complète, les services d'inspection pharmaceutique sont dotés de moyens logistiques, techniques et humains très insuffisants, notamment avec un seul pharmacien dédié à cette tâche. Après chaque inspection, un rapport est élaboré et transmis à la personne qui a fait l'objet de l'inspection. Malheureusement le pays ne dispose pas d'une équipe d'inspection suffisamment outillée pour conduire toutes les activités nécessaires. Il y a des statistiques sur la compliance et le respect des lois et règlements ; les documents existent et peuvent faire l'objet d'une exploitation à la demande.

#### 4.5.3 SELECTION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Il existe une Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) basée sur des guides de traitement standards. Elle identifie les médicaments par niveau de soins (case de santé, poste de santé, centre de santé, Hôpital régional, Centre Hospitalier National). Elle est révisée tous les 2 ans ; la dernière révision date de juillet 2008, mais cette liste n'est pas encore publiée. La révision tient compte des aspects de contrôle des coûts et des aspects thérapeutiques. Ce processus est géré par un comité national d'élaboration et de révision de la LNME, établi par un arrêté du Ministre de la Santé. Ce comité fonctionne avec des termes de références et des procédures standards d'opération, mais la méthodologie de révision devrait être revue selon plusieurs techniciens.

Le système de diffusion de la LNME aux structures est limité par l'insuffisance des moyens pour son impression; elle est diffusée par voie électronique au niveau des PRA. Cette liste, une fois adoptée, reste inchangée pendant deux ans et, à la révision, des produits sont intégrés et d'autres retirés. La dernière liste contient 566 produits contre 531 en 2006. Les produits figurant sur la LNME sont désignés par leur dénomination commune internationale (DCI). Dans le secteur privé, la sélection des médicaments est faite par la commission nationale des visas.

#### 4.5.4 APPROVISIONNEMENT

L'industrie pharmaceutique du Sénégal est composée de trois unités de fabrication locale de médicaments: Sanofi-Aventis, Pfizer A.O, le laboratoire Canonne SA (Valdafrique) et l'Institut Pasteur qui produit le vaccin anti-amaril (fièvre jaune) sous le contrôle de la DPL et du LNCM. Les autres vaccins sont importés. La production locale satisfait 10 à 15% des besoins nationaux, elle reste très insuffisante d'autant qu'elle est exportée en grande partie dans les pays de l'UEMOA.

La PNA est le grossiste répartiteur du secteur public et parapublic. Ses principaux clients sont les hôpitaux, les districts, et des structures dépendantes d'autres ministères ou privées à but non lucratif. La distribution est assurée sur tout le territoire au travers de dépôts régionaux (PRA). La PNA importe également les médicaments antirétroviraux qui lui sont commandés directement par la division en charge du Programme de Lutte contre le Sida et les IST (DLSI), tout comme les antituberculeux commandés par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT).

Pour le secteur privé, l'importation et la distribution sont assurées par quatre grossistes-répartiteurs : LABOREX, COPHASE, SODIPHARM et SOGEN. Cela concerne uniquement les spécialités pharmaceutiques et les génériques en noms de marque. Une quatrième industrie locale (WEST AFRICA) vient renforcer l'existant et doit démarrer sa production incessamment. Le secteur privé approvisionne essentiellement le réseau des officines privées (844 dont la moitié à Dakar) et les 132 dépôts privés.

En parallèle à ces deux filières, existe un important marché illicite. Trafics de médicaments, réseaux clandestins de distribution et vente de produits de contrefaçon sont des pratiques relativement fréquentes au Sénégal. Ce marché n'est pas comptabilisé mais correspond à des montants importants qui se chiffrent à 7 milliards de FCFA<sup>12</sup> par an. Il est alimenté par les flux entre secteurs public et privé, les détournements, les reventes de produits périmés, contrefaits ou illégalement importés des pays voisins, ainsi que le vol de médicaments en provenance des dons. Un observatoire national de lutte contre la vente illicite de médicaments est en train d'être mis sur place par la DPL et le syndicat des médecins privés, qui a estimé le chiffre d'affaires de ce marché à 10 milliards de FCFA.

La PNA est un service public dépendant du Ministère de la Santé avec le statut d'Etablissement Public de santé (EPS) bénéficiant d'une autonomie de gestion. Ses achats se font essentiellement par appels d'offres internationaux en DCI et sur la base de la liste nationale des médicaments essentiels. Les appels d'offres sont faits tous les deux ans, mais il peut arriver qu'un produit ne soit pas pris en compte, comme il est le cas avec les Combinaison Thérapeutiques à base d'Arthémisine (CTA) dont la commande relevait d'une urgence à cause d'un changement de protocole thérapeutique.

Le Programme National de lutte contre le Paludisme a pu ainsi faire ses achats via l'OMS. La quasi-totalité des approvisionnements (99%) est faite par appel d'offres et les urgences ne représentent que 1%. Il faut remarquer qu'avec le nouveau code des marchés, les achats par entente directe ne peuvent plus se faire. Tous les deux ans les appels d'offres sont lancés et l'acquisition des médicaments se fait sur une durée de 6 mois.

L'approvisionnement est basé sur l'historique de consommation, avec un stock de sécurité, d'où la nécessité de doter les districts de logiciels de consommation, pour un souci de fiabilité. Chaque PRA fait sa quantification pour le calcul de la consommation moyenne nationale. C'est ensuite qu'une pondération est faite. Le dernier appel d'offres a été lancé en décembre 2007. La PNA est financée sur fonds propres et arrive à couvrir ses besoins qui sont de 8 à 9 milliards de FCFA.

#### 4.5.5 ENTREPOSAGE ET DISTRIBUTION

La PNA, construite en 1954 pour être la centrale d'achat de toute l'Afrique Occidentale Française (AOF), présente aujourd'hui des locaux inadaptés à l'entreposage et aux besoins de stockage nationaux, d'autant plus qu'elle sert en même temps de PRA pour la région de Dakar. Les aires de stockages sont exigües avec une absence de palettes. Ces locaux ne peuvent plus supporter des approvisionnements à hauteur de 8 milliards, comme c'est le cas actuellement.

Dans le système de distribution des médicaments, Les PRA expriment les demandes en fonction de la consommation des districts et des EPS. La PNA dispose d'une logistique suffisante pour l'approvisionnement des PRA, par le transfert du stock du niveau central au niveau régional. La gestion est informatisée et les informations sur la réception et l'utilisation sont communiquées au niveau central par l'élaboration de factures et de bons de commandes.

Tous les programmes passent par le circuit PNA, seul la SR et le PEV distribuent directement leurs produits aux niveaux des régions médicales pour une répartition au niveau district. L'implication du Ministère dans la planification de ces programmes verticaux a amené les coordonateurs de programmes à passer par le circuit de la PNA. Dans un souci de transparence, les donneurs des programmes verticaux viennent parfois contrôler l'état des stocks.

---

<sup>12</sup> Ministère de la Santé et de la Prévention, Cellule d'appui au Financement de la Santé, Compte nationaux de la Santé, 2005

Au niveau de la PNA, les inventaires sont obligatoires chaque année et tous les écarts sont analysés. En 2007, les pertes d'inventaire estimées à 4% avaient pour principales causes les péremptions. Deux vols ont été signalés au cours de l'année 2008 au niveau des PRA de Thiès et Fatick.

A chaque niveau du système de distribution, il existe des unités réfrigérantes et le contrôle de la température se fait régulièrement. L'existence de groupes électrogènes au niveau des EPS ou des CDS, de même que l'adaptation des appareils avec le gaz butane permet de maintenir une chaîne de froid optimale.

C'est au niveau des districts sanitaires que les problèmes sont le plus souvent rencontrés dans le stockage et la distribution. Lors de l'enlèvement des médicaments au niveau des PRA, les districts utilisent les moyens disponibles comme leurs ambulances ou des taxis-brousse, surtout pour les postes de santé. Outre l'exiguïté des dépôts au niveau des structures de soins, le personnel n'est souvent pas assez qualifié pour la gestion des médicaments qui n'est pas encore informatisée. Les pharmaciens ne se retrouvent que dans les EPS ; au niveau district ce sont les agents de santé communautaires qui gèrent l'essentiel des dépôts. Ceci se répercute sur la tenue des outils de gestion et le respect des procédures d'où l'absence quasi-totale d'un système d'information pharmaceutique au niveau opérationnel.

Les médicaments sont vendus aux malades consultés dans leurs structures mêmes et sur présentation obligatoire d'une ordonnance. Cette stratégie de recouvrement réel des coûts de médicaments est une composante de l'Initiative de Bamako. Le recouvrement a largement contribué à la réussite de l'IB au Sénégal.

Le secteur privé contrôle plus de 70% en valeur du marché des médicaments. La distribution du secteur privé est assurée par quatre sociétés grossistes qui approvisionnent 844 officines privées, lesquelles approvisionnent aussi 132 dépôts pharmaceutiques privés.

#### **4.5.6 BON USAGE**

Pour pallier la non-disponibilité du formulaire thérapeutique au niveau national, les ordinogrammes et fiches thérapeutiques contribuent à la rationalisation de l'utilisation des médicaments. Ces outils sont surtout remarqués au niveau des postes de santé. Le processus de rationalisation des prescriptions est renforcé par la formation continue, sous forme de séminaires et d'ateliers. Les guides sont utilisés pour la supervision et le monitoring des activités dans les structures du service public. Cette prescription est bien réglementée et elle est recommandée en DCI dans le secteur public. Ces ordinogrammes sont des guides nationaux thérapeutiques avec les traitements standards pour les principaux problèmes de santé. Les médicaments figurant dans ces guides sont utilisés, aussi bien pour les activités d'approvisionnement que pour développer la LME par le comité d'élaboration et de révision de la LNME. Il n'existe malheureusement pas de centre d'information sur les médicaments.

#### **4.5.7 DISPONIBILITE**

Une meilleure accessibilité financière est recherchée grâce au concours de la PNA dont les achats par appel d'offres international contribuent à diminuer largement les prix, d'autant plus que l'Etat a renoncé à l'essentiel des taxes. Avec le recouvrement des coûts de médicaments dans le cadre de l'IB, les points de vente sont devenus proches des populations. Cependant, l'accessibilité financière aux médicaments des populations démunies, et sans couverture sociale, a souffert du non respect des marges bénéficiaires au niveau des structures sanitaires. La proportion de ménages résidant à moins de 15 minutes d'une structure de santé est estimée à 43,9% pour l'ensemble du pays, 34,7% en zone rurale, 56,4% pour Dakar et 51,9% pour les autres villes.

Des ruptures de médicaments sont notées dans les structures à tous les niveaux et concernent surtout les antibiotiques, le fluotane et les SRO. Des ruptures sur la gamme de traceurs ont été notées ; elles étaient dûs à la fois à des épisodes de rupture au niveau de la PNA et à la mauvaise gestion des stocks et des outils de gestion au niveau des formations sanitaires. Une rupture en amoxicilline est intervenue qui, selon les responsables de la PNA et des PRA, était mondiale avec l'arrêt de fabrication en Chine, durant la préparation des jeux olympiques. Lors de l'appel d'offres, en 2005, la quantification n'était pas suffisante pour couvrir 24 mois, alors que les avenants n'étaient plus possibles du fait des dispositions du nouveau code des marchés. Les ruptures de fluotane sont dues à l'arrêt de fabrication chez la majeure partie des fabricants. La rupture d'amoxicilline a duré 6 mois, mais pour les autres produits la durée moyenne de rupture est de 2 mois. Les ruptures de SRO sont dues à un changement de protocole, avec le passage au SRO amélioré sous l'égide de l'UNICEF. En somme, 80% de la gamme de traceurs était disponible au moment de l'étude au niveau des structures de santé visitées. Les EPS disposent de pharmaciens au niveau de leurs dépôts mais n'ont pas mis en place des Comités Techniques de Médicaments fonctionnels. Au niveau des districts c'est plutôt l'absence de personnel qualifié au niveau des dépôts qui se répercute sur la bonne dispensation des médicaments.

#### **4.5.7.1 ACCES A DES SERVICES ET PRODUITS DE QUALITE**

Les médicaments sont contrôlés par le LNCM, qui est un service du MSP. Les contrôles se font lors de l'enregistrement, lors des appels d'offres internationaux de la PNA et lorsque des prélèvements sont faits par les inspecteurs dans le cadre de leur mission.

A côté d'autres mesures qui visent à renforcer l'action de l'autorité nationale de contrôle, le Ministre de la Santé a pris l'arrêté du 2 juin 1998, portant sur l'organisation du système national de pharmacovigilance. Le système OMS de certification de la qualité des produits pharmaceutiques entrant dans le commerce international est pris en compte. Dans le processus d'approvisionnement, les échantillons sont requis mais pas testé, le protocole pour que chaque produit soit testé est en cours (certains produits sont testés comme les ARV et ACT).

L'assurance qualité repose, au Sénégal, sur le système d'enregistrement des médicaments, l'inspection pharmaceutique, le contrôle technique et le système de pharmacovigilance.

La commercialisation de tout médicament est soumise à l'obtention préalable d'un visa de spécialité pharmaceutique délivré par la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires. Il faut payer un droit de visa par forme galénique, et par dosage, et ce visa est valable 5 ans. Normalement, pour obtenir ce visa, le médicament doit impérativement être fabriqué dans son pays d'origine mais, devant les productions délocalisées de certains grands laboratoires, les autorités locales ont dû adapter les textes au contexte mondial.

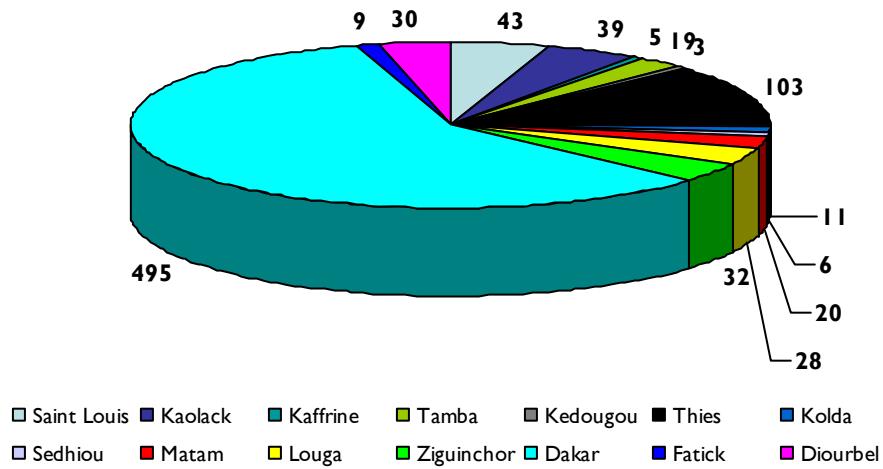
La dispensation des médicaments à l'échelle nationale est autorisée jusqu'au niveau des postes de santé. Cependant il faut remarquer l'existence de sources de médicaments non autorisées, qui inondent le marché de produits illicites, pourtant très prisés par les populations, surtout dans les régions de Dakar et Diourbel.

La mise en place des génériques au niveau des offshores privées et la possibilité qu'elles ont de ravitailler les dépôts contribuent largement à inciter le secteur privé à renforcer l'accès géographique des consommateurs à des produits et services de qualité.

La plupart des prescripteurs autorisés sont formés à l'Université de Dakar ou dans les écoles de formation publiques comme privées du pays. En 2007, le Sénégal comptait 823 médecins, 137 chirurgiens dentistes, 555 sages femmes, et 1319 infirmiers diplômés d'Etat<sup>13</sup>. La majorité est exposée aux guides au niveau des postes de travail. En 2008, le Sénégal compte 949 pharmaciens dont 844 dans les officines et 105 dans le secteur public.

Le Sénégal compte 843 officines de pharmacie, dont plus de la moitié sont établis dans la région de Dakar (voir figure 6).

**FIGURE 6 : REPARTITION DES OFFICINES DE PHARMACIE, PAR REGION**



#### 4.5.7.2 FINANCEMENT DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

L'Etat alloue chaque année des ressources pour l'achat de médicaments au niveau des formations sanitaires publiques. Il accorde également des subventions pour l'achat de médicaments spécifiques comme les antituberculeux, pour une valeur de 260 millions de FCFA par an, les ARV pour 1,5 milliard de FCFA par an, les vaccins pour 850 millions de FCFA par an et l'insuline pour 350 millions de FCFA par an. A cela s'ajoute les subventions octroyées aux structures de santé pour les initiatives de gratuité des accouchements et de la césarienne, auxquelles viennent s'ajouter celles du plan de gratuité des soins pour les personnes âgées (Sésame).

C'est le système de recouvrement des coûts qui est en vigueur dans le secteur public ; ce qui veut dire que les médicaments sont vendus aux patients. Les prix des médicaments sont homologués avec des marges qui sont fixées par arrêté ministériel. Les médicaments sont exonérés de droits de douanes, hormis ceux liés au Tarif Extérieur Commun appliqué par les pays de l'UEMOA. Seuls les médicaments du Programme de Lutte contre la Tuberculose, les ARV, les kits d'accouchement et de césarienne sont gratuits. L'assurance maladie couvre une partie infime de la population.

<sup>13</sup> Ministère de la Santé et de la Prévention, Services national de l'Information sanitaire, Carte sanitaire, 2008

Les dépenses en médicaments et consommables varient entre 10 et 17% du budget global du Ministère de la Santé entre 1998 et 2006 (voir tableau 8).

**TABLEAU 8 : EVOLUTION DU FINANCEMENT EN MEDICAMENTS ET CONSUMMABLES AU SEIN DU MINISTERE DE LA SANTE DE 1998 A 2006 (EN MILLIONS DE FCFA)**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Medicaments	4 899,96	7 785,58	6 407,54	8 213,82	9 399,11	9 960,48	10 587,46	17 550,80	12 492,02
Vaccins et consommables medicaux	759,54	541,6	537,5	1 059,25	2 629,85	1 078,90	1 209,09	4 242,48	1 585,78
Total	5 659,5	8 327,18	6 945,04	9 273,07	12 028,97	11 039,37	11 796,55	21 793,28	14 077,80
Total financement	37 157,29	51 949,18	61 996,69	75 471,6	92 186,7	95 659,45	112 220,05	127 023,38	130 255

Source : Ministère de la Santé et de la Prévention/DAGE

#### **4.5.7.3 PRIX DES MEDICAMENTS**

L'arrêté interministériel 000188/MSHP/DPM du 15 janvier 2003 fixe le mode de calcul des prix des médicaments, quel que soit le secteur. Cependant il faut remarquer que ces marges ne sont ni respectées, ni uniformes pour l'ensemble des structures par niveau.

Dans le secteur privé, la structure de prix est ainsi présentée : le prix grossiste hors taxe (PGHT), ou prix départ usine, est le prix de base accepté dans l'arrêté d'autorisation de mise sur le marché. A ce prix sont ajoutées la valeur CAF pour les médicaments importés, le transit interne, ainsi que les différentes marges des distributeurs. On aboutit ainsi à des coefficients multiplicateurs du PGHT en francs CFA, qui sont de quatre grandeurs :

- pour les médicaments dits sociaux (marge la plus faible), le coefficient est de 1,32
- pour les médicaments dits « normaux », il est de 1,8586
- pour les médicaments à conditionnement hospitalier, il est de 2,12
- pour les génériques en DCI, le prix PNA est multiplié par 1,5.

Dans le secteur public, La PNA s'approvisionne par appel d'offres international, ce qui lui permet d'obtenir de bas prix. La marge de vente est fixée uniformément pour tous les médicaments dans les secteurs public et privé et, comme indiqué plus haut, le prix PNA est multiplié par 1,5.

En 2005, les dépenses totales en produits pharmaceutiques compte non tenu des hospitalisations représentaient 18,84% de la dépense nationale en santé. Ces dépenses étaient estimées à 4417,074 F CFA par habitant. L'Etat a dépensé 53,73 F CFA/habitant et le secteur privé 436,26 F CFA/habitant. Les ONG ont dépensé 61,5 millions de F CFA en médicaments dont les 53 millions étaient destinées à la lutte contre les maladies transmissibles.

Même si la promotion des médicaments génériques contribue à lever les barrières financières à l'accès aux médicaments, des problèmes réels subsistent pour ce qui concerne la capacité des populations à acheter les médicaments en spécialités. Le développement de l'assurance-maladie, en organisant la mutualisation des risques et en réduisant le paiement direct par l'usager, pourrait contribuer grandement à résoudre cette lancinante question.

#### **4.5.7.4 FORCES ET FAIBLESSES**

##### **Forces**

- l'existence d'une législation, d'une Autorité Nationale de Réglementation, ainsi que l'élaboration d'un document officiel de politique pharmaceutique et d'un plan directeur,
- l'existence d'un LNCM, d'une Centrale d'achats des médicaments par appels d'offres (la PNA) avec des structures décentralisées dans toutes les régions (les PRA) et de quatre grossistes répartiteurs dans le privé ;
- L'autorisation préalable requise avant l'entrée des médicaments sur le territoire sénégalais et les contrôles effectués, et le fait que les vaccins sont soumis au visa des autorités sanitaires et à des contrôles ;
- l'existence de mécanismes de délivrance ou d'établissement de licences, d'inspection et de contrôle du personnel pharmaceutique, des manufacturiers, des distributeurs et importateurs et des officines de pharmacie pour le respect des bonnes pratiques de fabrication ;
- L'exonération de droits et taxes à l'importation et de TVA à la vente sur les produits pharmaceutiques;
- L'existence d'une liste des Médicaments Essentiels basée sur des guides de traitement standards ; qui identifie les médicaments par niveau de soins et qui est révisée tous les deux ans ;
- L'existence de trois industries de fabrication de médicaments, avec une quatrième industrie qui va bientôt démarrer sa production, et de quatre grossistes répartiteurs dans le secteur privé ; ce qui renforce l'approvisionnement;
- La mise en place par les différents programmes de santé d'ordinogrammes qui sont des schémas thérapeutiques standards qui sont contrôlés ;
- la volonté politique de l'Etat qui, tout en accordant chaque année aux formations sanitaires des fonds destinés à l'achat de médicaments, qui s'ajoutent aux ressources du système de recouvrement des coûts, subventionne l'achat de certains médicaments (ARV, TB, Diabète, produits SR, PEV).

##### **Faiblesses**

- L'obsolescence des textes qui datent de la période coloniale ;
- Les contraintes du nouveau code des marchés qui mettent la PNA devant l'impossibilité de prendre en charge correctement certaines urgences ;
- L'insuffisance des aires de stockage qui, par ailleurs, ne sont pas aux normes au niveau de la PNA;
- L'absence d'un système d'information pharmaceutique au niveau national ;
- L'insuffisance des moyens humains, logistiques et techniques des services d'inspection, de contrôle technique de qualité et d'enregistrement;
- La faiblesse de la production locale qui ne satisfait que 10 à 15 % des besoins nationaux en médicaments, et qui est exportée en grande partie dans les pays de l'UEMOA ;
- L'existence de ruptures de stock de produits traceurs au niveau de la PNA comme au niveau des structures de soins ;

- Les menaces sur la qualité des médicaments dues au fait que dans le processus d'approvisionnement, les échantillons sont requis mais pas testés;
- La non-disponibilité de la LNME dans les structures périphériques, par insuffisance de moyens pour la diffusion de la liste et par manque de moyens d'archivage au niveau des établissements publics ;
- La non application des dispositions sur les marges bénéficiaires, souvent par ignorance, et de celles sur la clé de répartition des recettes générées par la vente des médicaments;
- L'absence de personnel qualifié au niveau des dépôts qui se répercute sur la bonne dispensation des médicaments ;
- La vente illicite des médicaments qui représente un chiffre d'affaires de 7 milliards de FCFA, selon les résultats des comptes nationaux de la santé;
- L'absence constatée pour la majorité des districts, de critères de répartition de la ligne médicament du FDD aux formations sanitaires de leur zone de responsabilité ;
- L'autorisation d'achat à la PRA de Dakar de certains centres de santé contre remboursement des 15% au dépôt du district. qui constitue un risque de désorganisation du système d'approvisionnement et de distribution du médicament ;
- La forte pression financière sur le médicament, dont le rôle central dans le financement des formations sanitaires conduit à des hausses qui freinent l'accessibilité ;
- La non-harmonisation des outils de gestion selon les différents niveaux de dépôts.

## 4.6 SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE

### 4.6.1 DÉFINITION DU SIS ET GÉNÉRALITÉS

Un Système d'Information Sanitaire (SIS) est « un ensemble de composantes et de procédures organisées dans le but de générer des informations qui amélioreront les décisions relatives à la gestion des soins de santé à tous les niveaux du système sanitaire».

Selon l'OMS, « le système d'information sanitaire est un ensemble de personnes, procédures et matériels organisés dans le but de fournir l'information en temps voulu et sous une forme appropriée pour les besoins des programmes ainsi que les échanges internationaux d'informations sanitaires. Il a pour fonction de fournir l'information nécessaire pour la gestion du programme sanitaire national à tous les niveaux».

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

Au Sénégal, il a été créé, par décret 2004-1404 du 4 novembre 2004, un Service National de l'Information Sanitaire (SNIS).

Ce décret fixe les missions de ce service:

- réalisation des études et des enquêtes statistiques,
- collecte et analyse des informations sanitaires,

- élaboration de l'annuaire des statistiques sanitaires et démographiques,
- participation à la surveillance épidémiologique,
- centralisation et mise à jour de la documentation sur l'ensemble du système et des services sanitaires.

## 4.6.2 DESCRIPTION DE L'ARCHITECTURE ET DE L'ORGANISATION DU SIS

### 4.6.2.1 DONNÉES DE ROUTINE

Le système d'information sanitaire du Sénégal est bâti sur la pyramide du système de santé structurée à 3 niveaux que sont le district sanitaire (DS), la région médicale (RM), et le niveau central.

Au niveau de poste de santé, sont collectées mensuellement les données qui sont transmises au niveau du centre de santé, qui centralise les données de tous les postes de santé du district. Habituellement les données du district sont transmises à la région médicale tous les 3 mois. Au cours de la réunion trimestrielle de coordination régionale, à laquelle participent les membres de l'équipe-cadre de district, les données sont souvent analysées avant d'être transmises tous les 6 mois au niveau central. Il arrive que des réunions se tiennent à des intervalles différents pour la collecte et l'analyse des données de routine ou des données spécifiques à certains programmes.

Au niveau central, se trouvent le Service National de l'Information Sanitaire (SNIS), autour duquel existent plusieurs sous-systèmes d'Information sanitaire dont le développement est différent d'un programme à l'autre. La collecte des données de routine devaient en principe intégrer les principales données de tous les sous-systèmes d'information. Ce qui n'est, malheureusement, pas le cas.

### 4.6.2.2 SOUS-SYSTÈMES D'INFORMATION SANITAIRE DES PROGRAMMES DE SANTÉ

Dans le cadre de cette évaluation, les sous-systèmes des programmes suivants :

- Division de la lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (DSIST),
- Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT),
- Division de l'Immunisation qui gère les données du Programme Elargi de Vaccination (DI/PEV),
- Division de la Surveillance Épidémiologique.

D'autres sous-systèmes d'information dépendant d'autres programmes existent, comme ceux relatifs à la lutte contre le paludisme, la cécité, l'onchocercose, la filariose lymphatique, mais ils n'ont pu être visités. Ces programmes sont dotés de ressources humaines et financières et d'équipements qui leurs sont propres et bénéficient tous de financements extérieurs qui facilitent leur fonctionnement. Ils disposent chacun d'une unité de suivi-évaluation qui facilite la prise de décision et ont mis en place des systèmes de collecte des données qui leurs sont propres, même s'il y a parfois des rencontres périodiques avec le SNIS pour des échanges de données. Ces échanges de données se font dans des cadres non institutionnalisés et sont très dépendants de la qualité des relations entre les personnes. Ce qui affaiblit considérablement la coordination entre le SNIS et les sous-systèmes.

#### **4.6.2.3 SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE POUR LA RIPOSTE**

Dans le cadre de la lutte contre la maladie, il a été élaboré en 2003 au Sénégal un plan stratégique pour la surveillance épidémiologique et la riposte (2004-2008) en cours d'exécution. Dans ce cadre, des outils de collecte et transmission de données ont été mis en place.

Les maladies faisant l'objet d'une surveillance sont les suivantes :

- Les maladies cibles du PEV (coqueluche, poliomyélite, diptérie, téтанos, rougeole, fièvre jaune, tuberculose, hépatite B),
- Les maladies à potentiel épidémique comme le choléra, la méningite, les shigelloses,
- Les manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI).

Il y a une notification hebdomadaire régulière à partir du district qui transmet les données à la région médicale qui, à son tour, les achemine au niveau central. En cas d'épidémie, la notification est quotidienne. Des points focaux ont été désignés dans chaque région à cet effet et disposent de ressources pour mener à bien la mission. Ces mêmes points focaux existent au niveau district et sont souvent sous la responsabilité du Superviseur des Soins de Santé Primaires du district. Ce point focal est parfois le responsable du PEV au niveau du district.

Un guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte a été révisé en juin 2008 et prend en compte les maladies ci-dessus en plus d'autres maladies et affections jugées prioritaires et de certaines maladies non transmissibles. Ce guide définit les normes et procédures en matière de surveillance de la maladie et de riposte.

#### **4.6.2.4 SOUS-SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE HOSPITALIER**

Un Système d'Information Médicale (SIM) est en train d'être mis en place progressivement au niveau des hôpitaux. En effet, la loi 98 - 08 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière évoque, en son article 16, la mise en place d'un SIM permettant une connaissance des services offerts dans les structures hospitalières et des coûts afférents. Il doit s'intégrer dans la SIS.

Dans le cadre de ce SIM, il a été élaboré des outils de collecte des données, notamment la fiche de Résumé d'Unité Médicale (RUM) pour chaque malade, ainsi qu'un modèle de rapport mensuel et trimestriel. Les données sanitaires sont enregistrées selon la Classification Internationale des Maladies (CIM.10) et les agents de santé ont été formés à l'utilisation du logiciel EPI Info pour l'analyse des données. Il faut reconnaître que la mise en place de ce SIM, qui s'installe progressivement, reste lente et n'est pas effective dans certains hôpitaux. Il existe, ici également, une faible coordination avec le SIS.

Une évaluation effectuée en avril 2008 dans les 5 hôpitaux pilotes a permis de constater des points faibles, notamment :

- l'absence de formation des personnels nouvellement affectés,
- le non remplissage de la fiche RUM,
- les retards à l'envoi des rapports trimestriels d'activités,
- l'absence d'analyse des données pour des agents qui ont déjà bénéficié de la formation à EPI Info prévue à cet effet,

- un faible soutien accordé au SIM par les dirigeants des EPS.

#### **4.6.2.5 SOUS-SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE GESTIONNAIRE**

Parmi les sous-systèmes d'information sanitaire ‘non cliniques’ visités au cours de cette évaluation, figurent ceux :

- de la Direction des Ressources Humaines,
- de la Direction des Équipements Médicaux,
- du Service National de l’Hygiène.

Contrairement aux programmes de santé, ces sous-systèmes d'information sanitaire sont caractérisés par la pauvreté, voire l'inexistence de données, comme à la Direction des Équipements Médicaux. Ces sous-systèmes sont moins bien structurés et ne bénéficient pas de soutien financier des partenaires du Ministère pour leur fonctionnement. Pour la mise en place de sous-systèmes gestionnaires performants, des efforts restent à fournir, malgré l'élaboration par le SNIS d'outils de collecte des données.

#### **4.6.2.6 SOUS-SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE DES SECTEURS PRIVÉS ET PARAPUBLIC**

Les données sanitaires existantes dans ces sous-systèmes sont rarement communiquées au Ministère, qui est chargé de rassembler toutes les données relatives à l'offre de services de santé. A ce niveau également, la transmission des données au SIS est très dépendante de la qualité des relations humaines entre les agents du district et ceux de ces sous-systèmes, parce qu'il n'y a pas de relation institutionnalisée pour la gestion des données. Souvent, les données des secteurs privé et parapublic sont complètement ignorées du SIS; ce qui nuit gravement à la qualité des données en termes de complétude pour les services offerts.

#### **4.6.2.7 ENVIRONNEMENT STATISTIQUE NATIONAL**

Il est tout à fait favorable au développement d'un SIS performant. En effet, un schéma directeur de la statistique du Sénégal a été mis en place avec un important programme de mise en œuvre, allant de 2008 à 2013. Il se donne pour mission de « répondre de manière fiable, rapide et la plus fine possible, aux besoins en statistiques officielles des divers utilisateurs et aux engagements du Sénégal (OMD, DSRP) (3). Ce schéma directeur prend en compte tous les secteurs y compris celui de la santé, à travers le SIS qui doit bénéficier de son soutien.

### **4.6.3 ANALYSE DE LA STRUCTURE ET DE L'ORGANISATION DU SIS**

Malgré une volonté politique nettement affirmée, le SIS est loin d'être performant, comme le montre les chapitres suivants. Cependant, il renferme d'importantes potentialités et opportunités qui peuvent faciliter son rapide développement. Le développement du SIS est très dépendant de celui du système de santé dans sa globalité, car « le développement des Systèmes d'Information Sanitaire doit faire partie intégrante de l'action menée pour renforcer les systèmes de soins (2) ». Le développement des sous-systèmes existants est tout à fait compatible avec celui du SIS. Cela est même souhaitable, dans le cadre d'un SIS fédérateur et coordonnateur qui prend en compte des indicateurs et données précis.

Le grand défi sera le renforcement du leadership du SNIS dans le respect du développement des différents sous-systèmes existant dans le SIS. Le SNIS devra renforcer la coordination avec les sous-systèmes des programmes de santé qui ont connu un développement important, et apporter un soutien à la mise en place de sous-systèmes dans les services non cliniques du Ministère de la santé (DRH, DEM, SNH, etc.) qui sont les moins développés.

#### 4.6.4 RESSOURCES, POLITIQUES ET RÉGLEMENTATION

Le SNIS a été créé par décret avec des missions très précises. Il est doté d'un budget de 200 millions de francs CFA par an, avec une autonomie de gestion. Ce budget est largement en deçà des besoins de la structure. Les ressources humaines au niveau de ce service central sont insuffisantes et ne sont pas spécialisées dans la gestion des statistiques. Le SNIS a bénéficié d'un soutien du Réseau de Métrologie Sanitaire (Health Metrics Network) pour un montant de 91 000 dollars US en 2007 pour l'évaluation du du SIS.

Aux différents intermédiaire et périphérique de la pyramide sanitaire, il n'y a pas de budget spécifique pour soutenir le SIS. Ce budget existe pour certains programmes de santé comme ceux visités (DSIST, PNT, DI et DSE) et sont fournis de l'extérieur (Fonds Mondial et GAVI essentiellement).

Il n'existe pas de structure gestionnaire du SIS au niveau régional et district chargé spécifiquement de la gestion des données mais des personnes identifiées qui sont souvent formées en cours d'emploi.

Des réunions trimestrielles régionales sont organisées par axe, regroupant 3 ou 4 régions, avec les équipes cadres de districts et de régions, pour procéder régulièrement à la collecte et à la validation des données. Ces réunions sont en grande partie organisées par les programmes de santé dotés de ressources financières substantielles. Le SNIS tente également d'organiser ce genre de réunions, de manière irrégulière, faute de moyens, pour consolider les données des régions et faciliter la confection des rapports des données de routine, ou dans le cadre du suivi des indicateurs du DSRP.

#### 4.6.5 COLLECTE DE DONNÉES ET QUALITÉ

Le SNIS a mis en place des maquettes de saisies des données des différents niveaux de la pyramide sanitaire pour les données de routine. Ces maquettes sont accompagnées d'instructions de remplissage et prennent en compte les différents postes de santé et pour toute l'année. Il existe aussi des maquettes de saisies des données des programmes de santé utilisés par les agents de santé, parallèlement aux maquettes mises en place par le SNIS.

Différents guides ont été confectionnés par le SNIS et les programmes pour aider les agents de santé à bien remplir les outils de collecte des données. Ces guides sont diffusés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les outils de collectes de données mis en place par les programmes, et parfois par des ONG, sont jugés pléthoriques par les agents de santé au niveau régional et de district. Il y a souvent une répétition des mêmes demandes à un rythme difficilement soutenable par les agents de santé; ce qui crée beaucoup de frustration. A titre d'exemple, dans un des postes de santé visités, celui de Paoskoto, dans le district de Nioro, il y a 21 outils de collecte de données que l'ICP doit renseigner tous les mois, en plus de ses autres activités. Au centre de santé du district de Kaolack, la responsable de la gestion des données VIH/SIDA déclare devoir remplir tous les mois 15 outils de collecte des données uniquement pour ce problème de santé.

Des ateliers de révision des outils de collecte des données sont régulièrement organisés par les programmes de santé et contribuent au renforcement des sous-systèmes mis en place.

Les agents chargés de la vérification de la qualité des données collectées ne garantissent pas celle-ci et sont plutôt préoccupés par leur cohérence. Il arrive que des problèmes identifiés lors de l'analyse des données soient à l'origine d'une supervision initiée par le niveau central (le programme concerné), pour une vérification sur le terrain. Dans ce cas, les membres des équipes du niveau central se rendent sur le terrain avec ceux du niveau régional au niveau du district, voire de la communauté, pour un examen plus approfondi à la source.

Avec l'appui de GAVI, il a été effectué un audit de la qualité des données (DQA) en 2003 qui a permis une analyse plus fine des données collectées dans le cadre des programmes de vaccination et de surveillance épidémiologique. Cet audit, effectué par un cabinet indépendant, a permis de s'assurer que les données du PEV et de la SE sont de bonne qualité.

Les données du privé et du parapublic sont faiblement représentés dans le SIS et posent le problème de la fiabilité et de complétude des données au niveau national.

Même les données du Ministère, qui sont supposées être bien colligées en routine, ne renferment pas la totalité de l'offre des structures sanitaires. En se référant à l'annuaire des statistiques sanitaires de 2007, on constate que la moyenne de la complétude des données au plan national est de 63%, variant entre 78% pour la région de Tambacounda à 33%, la plus faible pour la région de Kolda.

## 4.6.6 ANALYSE DE DONNÉES

### 4.6.6.1 AU NIVEAU DU POSTE DE SANTÉ

Généralement, il y a un seul agent de santé à ce niveau pour collecter les données et élaborer les rapports. Cet agent a généralement bénéficié de formation en cours d'emploi lui permettant de faire correctement ce travail, mais il rencontre d'énormes difficultés à cause du nombre élevé d'outils et de la lourde charge de travail pour les soins préventifs et curatifs. Il procède, en fonction de son ancienneté dans le système et son expérience, à une analyse des données, avec prise de décision locale, avant de les transmettre au centre de santé où se fera la synthèse du district. Il arrive que les données ne soient même pas cohérentes; ce qui exclut la possibilité d'une bonne analyse. C'est là que la faiblesse des ressources humaines, en nombre et en qualité, peut influer négativement sur le SIS.

L'ICP n'échange pas d'informations avec le responsable du Centre d'Appui au Développement Local (CADL), basé à la Sous-préfecture et qui centralise les statistiques utiles pour l'action sanitaire (disponibilité alimentaire et en eau potable, latrination, données de population et de développement local etc.) et perd ainsi des informations utiles qui aurait permis une analyse plus approfondie des données.

### 4.6.6.2 AU NIVEAU DU DISTRICT SANITAIRE

A ce niveau, il y a un ou plusieurs agents de santé qui sont chargés de la gestion des données du district. Ce sont souvent des agents travaillant pour des programmes spécifiques dépendant du niveau central, mais qui gravitent tous autour du superviseur des soins de santé primaires qui est le véritable gestionnaire des données à ce niveau. Il n'est cependant pas rare de constater que des agents envoient directement des rapports au niveau régional ou central sans s'assurer de leur consolidation au niveau du district, sous le leadership du superviseur.

L'analyse des données est mieux faite à ce niveau et les prises de décisions sont plus régulières pour intervenir dans des zones du district où des défaillances sont rencontrées. Le rapport mensuel de la réunion de coordination mensuelle met souvent en exergue ces points faibles.

A ce niveau également, les échanges sont pauvres avec les services départementaux ou locaux chargés de la statistique et de la planification, comme constaté au niveau du poste de santé.

#### **4.6.6.3 AU NIVEAU DE LA RÉGION MÉDICALE**

Le même schéma d'analyse des données se retrouve au niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire. Les ressources humaines chargées de la gestion des données à ce niveau sont mieux qualifiées et ont bénéficié de nombreuses sessions de formation, du fait de leur ancienneté dans le système de santé. Des équipements informatiques y ont été mis en place dans la plupart des cas et les personnels sont des formateurs en gestion et analyse des données. Les guides de formations disponibles sont mis à profit pour assurer la formation des agents du district ainsi que les manuels de suivi-évaluation pour un bon suivi de la performance des programmes.

Le SNIS a mis en place des modèles de rapports pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire :

- rapport global de la zone de responsabilité du poste de santé produit tous les mois,
- rapport global d'activités de district produit tous les 3 mois,
- rapport d'activités de l'hôpital, produit tous les 6 mois.

Il a été également élaboré par le SNIS un modèle de rapport d'activités trimestriel de la structure privée qui est en cours de diffusion.

Ces rapports aident à l'analyse des données des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Le niveau hospitalier a mis en place le logiciel Epi Info pour la gestion des données, mais il est faiblement utilisé.

Globalement, pour ces différents niveaux de pyramide sanitaire, les données de base de population sont tirées de documents officiels (4). Mais il arrive que les informations contenues dans ces documents ne reflètent pas la réalité du terrain et amènent les agents de santé à travailler avec des chiffres différents.

#### **4.6.7 UTILISATION DE L'INFORMATION POUR LA GESTION, LE DÉVELOPPEMENT DE POLITIQUES, LA GOUVERNANCE ET L'OBLIGATION DE RENDRE DES COMPTES**

Les informations recueillies dans le SIS sont mises à profit pour la planification aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. C'est surtout au niveau central que l'information sanitaire est utilisée pour l'allocation des ressources. Au niveau intermédiaire et périphérique, le financement est souvent lié à une allocation en provenance du niveau central qui ne répond pas toujours à aux préoccupations locales, du moins en termes de priorités liées à des données statistiques. Ainsi, les maladies non transmissibles qui commencent à peser lourd sur le poids de la maladie, ne bénéficient pas des mêmes financements que des programmes dits prioritaires soutenus par le Fonds mondial et GAVI. Le Major du centre de santé de Kaolack s'est inquiété de la place importante prise par l'hypertension artérielle dans les

statistiques sanitaires qu'il enregistre mensuellement, alors qu'il ne sent pas une attention particulière accordée à cette maladie.

Dans le cadre du renforcement du rôle des élus locaux et de la participation de la société civile dans la planification, le financement et l'exécution des actions de développement sanitaire, les agents de santé du niveau opérationnel et régional sont instruits à s'impliquer dans l'élaboration et l'exécution des Plans Opérationnels des Collectivités Locales (POCL). Ces plans prennent en compte le volet santé. Le Plan de Travail Annuel (PTA) doit refléter cette orientation du secteur de la santé. A ce titre, l'information sanitaire est partagée pour faciliter la prise de décision.

Au cours de l'atelier de révision des indicateurs du DSRP par les différents secteurs de développement, l'on s'est rendu compte que les indicateurs du secteur de la santé n'étaient pas complètement renseignés. C'est le cas pour plusieurs autres secteurs et ceci prouve que des efforts restent à faire pour intéresser les agents au suivi des indicateurs.

Le SIS est globalement bien structuré et présente des potentialités importantes pouvant faciliter son développement. Il a bénéficié d'une évaluation récente avec l'appui du Réseau de Métrologie Sanitaire. Des sous-systèmes performants sont mis en place avec l'appui des partenaires extérieurs surtout pour les programmes de santé qui ont été visités (DSIST, DI/PEV, DES, PNT, leur coordination avec le SNIS est faible. Cependant, les sous-systèmes non cliniques qui ont été visités (DRH, DEM, SNH) sont faibles et méritent un appui substantiel.

En outre, le SIS est affaibli par l'insuffisance des ressources humaines en qualité et en nombre. Cependant l'environnement statistique national est favorable à la mise en place et au développement d'un bon système d'information sanitaire.

#### 4.6.8 FORCES ET FAIBLESSES

##### Forces

- Existence d'une volonté politique de mettre en place un SIS performant prenant en compte les différents niveaux de la pyramide sanitaire (le SNIS, créé par décret en novembre 2004 est doté d'un budget avec une autonomie de gestion et les sous-systèmes sont clairement identifiés),
- Développement du sous-système gestionnaire du médicament et des sous-systèmes d'information sanitaire cliniques performants (DSIST, DI, DES, PNT) qui ont mis en place des unités de suivi-évaluation au niveau central,
- Existence d'efforts d'intégration des données des sous-systèmes dans le SIS (leur plus grande visibilité se fait progressivement) malgré une tendance à mettre en place des sous-systèmes « indépendants »,
- Présence à chaque niveau de la pyramide sanitaire d'une ou plusieurs personnes chargées de la gestion des données du SIS,
- Elaboration et mise en place par le SNIS et les sous-systèmes de guides spécifiques pour assurer la qualité des données,
- Collecte des données et élaboration des rapports par les ICP, grâce à une organisation méticuleuse,
- Soutien du Réseau de Métrologie Sanitaire au SNIS pour l'évaluation du SIS,

- Existence d'une structure nationale (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie) chargée de fédérer les systèmes sectoriels dans un cadre national de la gestion de la statistique de développement.

### **Faiblesses**

- Très faible prise en compte des données des secteurs privé et parapublic dans les données colligées par le SIS,
- Faiblesse de la coordination entre le SNIS et les sous-systèmes d'information sanitaire du MSP d'une part, et avec les autres secteurs (Forces Armées, Education, MINT etc.) d'autre part,
- Insuffisance du personnel chargé du SIS aux différents niveaux de la pyramide, particulièrement aux niveaux régional et de district, doublée de sa faible capacité technique
- Faible informatisation du SIS, malgré des efforts fournis au niveau de certains programmes,
- Existence d'une multitude d'outils de gestion des données pour les différents programmes, et parfois pour les ONG, aux niveaux régional et de district pour la collecte des données (21 outils au poste de santé de Paoskoto ; ce qui alourdit le travail des agents de santé),
- Faible maîtrise des outils de collecte par certains agents de santé surtout au niveau des postes de santé et centres de santé,
- Faiblesse des sous-systèmes d'information sanitaires gestionnaires (DRH, DEM, SNH, etc.),
- Faiblesse de la collaboration des unités de gestion des données au niveau régional et de district avec les services d'autres secteurs (statistique, planification) des mêmes niveaux,
- Forte dépendance des sous-systèmes existants par rapport au financement extérieur.
- Déséquilibre entre les sous-systèmes d'information de certains programmes qui disposent de moyens importants permettant une collecte prompte et complète des données et le SNIS qui ne dispose pas de moyens suffisants, alors qu'il doit coordonner le SIS dans sa globalité,
- Faiblesse de la rétro information entre l'hôpital régional et les centres de santé de district qui lui réfèrent les malades,
- Manque de garantie de la fiabilité des données de routine du fait de l'absence de procédures spécifiques en la matière ; leur souci étant plutôt centré sur la cohérence des données. Cependant, dans certains cas comme le PEV des enquêtes permettent d'évaluer la qualité des données (DQA : Audit de la Qualité des Données),
- Lenteurs dans la mise en place du Système d'Information Médical (SIM) au niveau hospitalier, malgré une importante offre de services de santé qui de ce fait n'est pas prise en compte.

## **4.7 RECOMMANDATIONS**

### **4.7.1 GOUVERNANCE**

- Créer une instance regroupant les responsables des collectivités locales présentes sur le territoire du district, les autorités sanitaires et les autres catégories d'acteurs (ONG et associations intervenants dans la santé, société civile locale etc.), pour la planification des activités sanitaires (synthèse des POCL, élaboration des PTA), le suivi de leur exécution et la coordination de l'intervention des différents acteurs, y compris la concertation entre les collectivités locales et les districts sanitaires su l'utilisation des fonds de dotation
- Institutionnaliser l'évaluation annuelle et conjointe, par le ministère en charge de la santé et le ministère en charge des collectivités locales, des relations entre les collectivités locales et les niveaux intermédiaire et opérationnel du système de santé, pour rendre plus efficiente l'utilisation des ressources et permettre au secteur de la santé de mieux profiter des opportunités qu'offrent les réformes de décentralisation
- Créer une direction technique chargée de la planification, d'études, de la recherche et du suivi-évaluation
- Créer une direction générale de la santé coordonnant les interventions de toutes les directions techniques et des régions médicales, à côté des directions d'appui chargées des ressources humaines, de l'administration et des finances et des équipements et du matériel
- Mettre fin au cumul des fonctions de médecin-chef de district et de médecin-chef du centre de santé de district, en nommant un médecin-chef du centre de santé placé sous l'autorité du médecin-chef de district, et créer des bureaux de district distincts des centres de santé, en fonction des moyens disponibles et du niveau d'organisation interne de chaque district
- Transformer les régions médicales en directions régionales de la santé, pour une plus grande cohérence avec la philosophie des soins de santé primaires, et les renforcer en moyens humains et matériels pour leur permettre de remplir correctement leurs fonctions d'appui aux districts et d'inspection et de contrôle des formations sanitaires
- Dotter le Service d'Inspection de ressources humaines, matérielles et financières suffisantes et renforcer les capacités des régions médicales compétences en matière d'inspection, de vérification et de contrôle pour une prise en compte de la spécificité du secteur de la santé qui abrite plus d'un millier de structures qui, de la communauté rurale à la capitale, vendent des services de manière continue
- Etablir des conventions entre les hôpitaux et les universités, notamment pour préciser le rôle et les pouvoirs des professeurs titulaires de chaire et ceux de la direction de l'hôpital, afin de mettre fin à l'impunité liée au non-respect par certains professeurs des dispositions relatives à l'exercice à titre privé dans les structures publiques de santé
- Diffuser de manière systématique sur le site Internet du MSP les rapports des études, les normes, les documents de politiques et les textes législatifs et réglementaires relatifs au secteur de la santé et renforcer les services de documentation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Mettre en place un système d'évaluation basé sur les performances

- Assurer le plaidoyer pour la prise des textes réglementaires d'application des lois déjà votées et adopter la pratique de l'introduction simultanée des projets de lois et projets de décrets pour éviter les retards énormes dans l'adoption des lois et décrets ;
- Mettre en place, en collaboration avec la société civile, des mécanismes d'évaluation de la satisfaction des usagers des formations sanitaires.

#### **4.7.2 FINANCEMENT**

- Mettre en œuvre le budget programme avec le CDSMT, la planification par objectifs, le financement axé sur les résultats, des clés d'allocation, un suivi et des mécanismes de « rendre compte »
- Fournir un appui technique et financier aux systèmes de couverture du risque-maladie existants, notamment les IPM et les mutuelles de santé, pour un développement réel de l'assurance - maladie
- Mettre en place un fonds unique de gestion des initiatives de subvention et de gratuité et de soutien à l'assurance - maladie
- Evaluer le poids financier actuel et futur des initiatives de gratuité pour une allocation correcte des ressources nécessaires et pour une prise de décisions éclairée

#### **4.7.3 PRESTATION DE SERVICES**

- Etendre l'expérience des « compétents » ou adapter les curricula aux besoins prioritaires pour atteindre les OMD
- Relancer la PF en renforçant la division, et cibler les régions à appuyer fortement
- Elaborer un plan de lutte sous régional contre le VIH/ Sida au niveau des régions du Sud
- Edicter et diffuser les normes de fonctionnalité par niveau/structure
- Renforcer le personnel social dans les structures de soins pour faire face à la demande sociale
- Elaborer une stratégie claire d'inclusion de partenariat entre le secteur privé et le secteur public, pour la résolution des problèmes de santé des populations
- Elaborer des normes de structures prenant en compte l'intégration des services offerts
- Tester et adopter les outils dont l'efficacité est prouvée pour assurer la qualité des services
- Elargir les interventions communautaires à travers la contractualisation avec des organisations de la société civile,
- Systématiser la planification à la base pour recueillir l'avis des communautés (intégration dans les PTA)
- Réadapter la micro planification avec les communautés en utilisant COPE à la phase résolution des problèmes du monitoring.

#### **4.7.4 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**

- Elaborer un plan stratégique de développement des RH
- Mettre en place une politique adéquate de motivation du personnel
- Procéder à une révision périodique des curricula de formation
- Finaliser le répertoire des emplois
- Mettre en place un système de gestion des carrières des personnels
- Promouvoir le dialogue social par l'installation du comité de branche
- Systématiser l'utilisation de l'informatique dans la gestion des RH
- Assurer la disponibilité des RH, par de nouveaux recrutements accompagnés de la prise de mesures incitatives pour les personnels des zones dites difficiles, de la domiciliation au niveau local de certains postes budgétaires et de la mise à contribution des collectivités locales
- Mettre en place un système d'évaluation des performances liant les tâches effectuées à des objectifs clairement définis au préalable
- Réformer le système d'octroi des primes de motivation pour qu'elles soient attribuées en fonction de la performance (collective ou individuelle).

#### **4.7.5 GESTION PHARMACEUTIQUE**

- Réactualiser le cadre législatif et réglementaire en vigueur et veiller à son application par la DPL
- Renforcer les moyens de la DPL et de la LNCM pour assurer l'accès à des médicaments de qualité
- Renforcer les capacités de contrôle du Ministère par la formation de nouveaux inspecteurs en pharmacie, et créer un corps de pharmaciens inspecteurs assermentés
- Exiger que les marchés par entente directe ne soient possibles qu'après une motivation ne pouvant venir que du Ministère de la Santé
- Délocaliser les locaux de la PNA dans un site plus adapté à ses besoins
- Réviser le dernier arrêté ministériel sur les marges bénéficiaires et fixer les marges à respecter par chaque niveau
- Renforcer les supervisions et le contrôle des points de distribution, notamment pour ce qui concerne les prix, le respect des marges bénéficiaires, l'utilisation des outils de gestion et le respect des conditions de conservation
- Mettre en place un sous système d'information pharmaceutique fonctionnel pour réussir l'usage rationnel et la pharmacovigilance
- Appuyer la mise en place de l'observatoire national pour le marché illicite de médicaments
- Renforcer les capacités de production pharmaceutique locales ; la PNA devant créer une unité de reconditionnement avant d'évoluer vers une unité, ultérieurement.

#### **4.7.6 SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE**

- Définir un schéma d'intégration des données des secteurs privé et parapublic dans le SIS
- Intégrer au mieux les outils de collecte des données des différents programmes aux niveaux régional et de district
- Renforcer les sous-systèmes gestionnaires (DRH, DEM, SNH, etc.) pour une gestion plus globale de l'information sanitaire
- Allouer des ressources suffisantes au SNIS pour garantir une meilleure coordination entre le système central et tous les autres sous systèmes
- Développer les capacités des ressources humaines au niveau des centres de santé et postes de santé, pour une meilleure gestion de l'information sanitaire
- Simplifier au maximum les outils de collecte des données au niveau régional et district pour éviter la surcharge excessive de travail qu'induit l'utilisation d'une multitude d'outils et assurer la fiabilité des données de routine, notamment par l'introduction de procédures spécifiques en la matière
- Informatiser le SIS de manière progressive, en utilisant un personnel bien formé à l'utilisation des outils et des logiciels appropriés comme Epi Info et allouer des ressources pour la maintenance des outils en vue de garantir la pérennité du système qui sera mis en place
- Renforcer la collaboration avec les institutions chargés de la statistique et de la planification des autres secteurs aux niveaux local (CADL), départemental, régional et national (ANSD).



# ANNEXE A : LISTE DE DOCUMENTS CONSULTÉS

- Jean-Paul Azam, George Clarke, Magueye Dia, Jean Michel Marchat, Mouhssine Affifi. Sénégal, Une évaluation du climat des investissements, Genève, Banque Mondiale, 2005, Document disponible sur [www.senegal-entreprises.net](http://www.senegal-entreprises.net)
- Central Intelligence Agency. The World Factbook, Senegal, Accessed 14 October 2008, [www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook](http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook)
- Commission Nationale de Coordination du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, République du Sénégal, Proposition Sénégal – Série 8 du Fonds Mondial, Dakar, 2008.
- Ndiaye, Salif, et Mohamed Ayad. 2006, Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005, Calverton, Maryland, USA, Centre de Recherche pour le Développement Humain (Sénégal) et ORC Macro.
- Organisation Mondiale du Commerce. Statistics Database, Geneva, April 2008. [http://www.wto.org/french/res\\_f/statis\\_f/statis\\_f.htm](http://www.wto.org/french/res_f/statis_f/statis_f.htm)
- OMS. Country Health System Fact Sheet 2006. Senegal
- Syll Ousmane, La décentralisation en Afrique subsaharienne, Sénégal, Université de Franche Comté, 2005
- World Bank Group. Enterprise Surveys. Senegal. Geneva: World Bank Group;, 2008. [www.enterprisesurveys.org](http://www.enterprisesurveys.org)
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, *Annuaire des statistiques sanitaires 2004*.
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, *Annuaire des statistiques sanitaires 2005*.
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, *Annuaire des statistiques sanitaires 2006*
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, *Annuaire des statistiques sanitaires 2007*.
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Plan National de Développement Sanitaire, 1998/2007
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Plan Développement Intégré Sanitaire II, 2004/2008
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Rapport final de l'évaluation du PDIS, 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Rapport sur l'évaluation des OMD, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur le répertoire des emplois types, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la gestion des carrières des personnels de santé, 2005

- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la gestion prévisionnelle des ressources humaines, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur le renforcement des capacités des personnels chargés des RH, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la création de la DRH, 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la motivation des personnels de Santé, 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur le système informatisé de gestion des RH, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la mobilité et le redéploiement du personnel, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal Draft 3, novembre 2008, Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, EDS III 1997
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, EDS IV 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la révision des curricula de formation des infirmiers et sages-femmes d'Etat, avril 2007
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Entretiens avec divers responsables aux niveaux central, régional et de district
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Document Pauvreté et santé, 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Projet de statut des personnels des EPS, 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Approche par compétences, 2004/2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal Rapports d'étape du PDIS, de 1998 à 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Rapport final du PDIS : 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Carte sanitaire, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal Plan national de formation en Santé : 1995
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Draft octobre 2008, Carte sanitaire
- Institut Africain de Gestion Urbaine, Réseau National de Recherches sur les Politiques Sociales, Etude sur la décentralisation des services de santé, juillet 2001
- Etude statistique de l'émigration des professionnels de la santé au Sénégal, octobre 2007
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Cellule d'Appui au Financement et au Partenariat, Elaboration d'une stratégie nationale d'extension de la couverture du risque-maladie des Sénégalais, mars 2008
- République du Sénégal, Banque Africaine de Développement, Banque Mondiale, Évaluation de la gestion des finances publiques et pratiques comptables du secteur privé, Volume I, juin 2003

- François Diop, Colonel Oumar Ndiaye, et Christophe Grundmann. Janvier 2001, Décentralisation et système de santé au Sénégal, une synthèse, Document de travail. Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.
- Ndiaye, Salif, et Mohamed Ayad. 2007, Enquête Nationale sur le Paludisme au Sénégal 2006, Calverton, Maryland, USA, Centre de Recherche pour le Développement Humain (Sénégal) et Macro International Inc.
- République du Sénégal, Ministère de l'Economie et des Finances, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, Enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal, EPS 2005 -2006, aout 2007
- World Bank, Implementation Completion Report, Integrated Health Sector Development Project (PDIS), December 2005
- Fonds Monétaire International, Sénégal, Question Générales, no. 08/221, juillet 2008
- African Development Bank, Organization for Economic Co-operation and Development, African Economic Outlook, Sénégal, 2004
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Service National de l'Information Sanitaire, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, Moustapha Sakho, Rapport d'évaluation du Système d'Information Sanitaire au Sénégal, octobre 2007
- Colonel Oumar Ndiaye et M Edouard J. Dieme, République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Direction de la Santé, Projet Abt, Evaluation des initiatives de subvention et gratuité du Fonds social, août 2007
- Ndiaye, Salif, et Mohamed Ayad. 2006. Enquête démographique et de santé au Sénégal 2005. Calverton, Maryland, USA, Centre de Recherche pour le Développement Humain (Sénégal) et ORC Macro.
- Health Systems 20/20, Abt Associates, Health System Fact Sheet, Senegal, March 2008
- The World Bank, Senegal, Reducing Poverty and Improving Human Development, June 2003
- Watt Patrick, Transaction Costs in Aid, Cases Studies in Sector Wide Approaches in Zambia and Senegal, Human Development Office, UNDP, 2005
- Diop, François Pathé, Sara Sulzbach, and Slavea Chankova. September 2006, The Impact of Mutual Health Organizations on Social Inclusion, Access to Health Care, and Household Income Protection, Evidence from Ghana, Senegal, and Mali. Bethesda, MD, The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- World Health Organization, World Development Report 2008, Primary Health Care; Now More than Ever
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000, Pour un système de santé plus performant, Chapitre 5, Qui finance les systèmes de santé ?
- Millennium Development Goals, Senegal, World Development Indicator Database accessed at [www.worldbank.org/data](http://www.worldbank.org/data)
- Senegal National Expenditure on Health, accessed at [www.who.int/nha/country/sen.pdf](http://www.who.int/nha/country/sen.pdf)
- Data Profile, Senegal, World Bank World Development Indicator Database, Updated September 2008, accessed at [www.worldbank.org/data](http://www.worldbank.org/data)

- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Cadre de dépenses sectoriel a Moyen Terme 2008 -2010, Version Préliminaire, septembre 2007
- Docteur Moustapha Sakho et Docteur Aminata Touré Haidara, Etude sur les OMD du secteur de la santé, République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Ministère du Plan et du Développement Durable, janvier 2005
- République du Sénégal, Document de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté 2006-2010, Revue annuelle, Etat de la mise en œuvre du DRSP-2 en 2007, Rapport de synthèse, juin 2008
- Forum Civil, Section Sénégalaise de Transparency International, Centre de Recherche pour le Développement International, Bureau pour l'Afrique de l'Ouest, Gouvernance et corruption dans le système de santé au Sénégal, décembre 2004
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Feuille de Route Multisectorielle pour Accélérer la Réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelle et Néonatale au Sénégal, 2006 -2016, novembre 2006
- GAVI, Proposition en vue d'un soutien de GAVI-Alliance au renforcement du système de santé (RSS) du Sénégal, 2007
- Jean-Marie Chopin, La Réforme hospitalière six ans après, Brouillon.
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) Phase II : 2004 -2008, Août 2004
- Proposition du Sénégal – Série 8 du Fonds Mondial, Section renforcement des systèmes de santé et communautaire.
- Docteur Moustapha Sakho, Diagnostic de la situation nationale macroéconomique et santé, Rapport final, République du Sénégal, Organisation Mondiale de la Santé, mars 2005
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Cellule d'Appui au Financement et au Partenariat, Marges bénéficiaires, Rapport final, 2008
- Private Sector Partnership Project – One, Senegal Rapid Private Sector Health Assessment, Draft November 2008, Abt Associates.

## ANNEXE B : DONNÉES DE BASE

	Sénégal	Date	Valeur moyenne du comparateur régional [1]		Valeur moyenne par catégorie de revenus [2], [3]	
			Afrique sub-saharienne	Date	Pays à bas revenus	Date
<b>Module central</b>						
Population totale <sup>14</sup>	11,385,910	2004	15,439,321	2004	43,077,991	2004
Croissance de la population (par an en %) <sup>14</sup>	2.37	2004	2.16	2004	2.28	2004
Population vivant en zone rurale (% du total) <sup>14</sup>	49.68	2004	62.58	2004	68.6	2004
Population vivant en zone urbaine (% du total) <sup>14</sup>	50.32	2004	37.42	2004	31.4	2004
Prévalence contraceptive (% de femmes entre 15 et 49 ans) <sup>14</sup>	10.5	2000	21.39	2000	21.25	2000
Taux de fécondité total (naissances par femme) <sup>15</sup>	4.9	2004	5.19	2004	5	2004
Femmes enceintes recevant plus d'une consultation prénatale (%) <sup>15</sup>	82	1999	83.6	1999	80.5	1999
Femmes enceintes recevant 4+ consultations prénatales (%) <sup>15</sup>	64	1999	56	1999	51.67	1999
Prévalence du VIH, total (% pour population entre 15 et 49 ans) <sup>14[4]</sup>	0.8	2003	8.88	2003	4.45	2003
Espérance de vie à la naissance (années) <sup>14</sup>	56.14	2004	48.45	2004	53.15	2004
Taux de mortalité infantile (par 1000 naissances vivantes) <sup>14</sup>	77.6	2004	92.24	2004	86.41	2004
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (par 1000) <sup>14</sup>	136.6	2004	149.43	2004	135.54	2004
Mortalité maternelle, ratio (par 100000 naissances vivantes) <sup>15 [5]</sup>	690	2000	841.42	2000	768.32	2000
PIB par habitant (constant \$US) <sup>14</sup>	460.84	2004	931.54	2004	342.26	2004
Croissance en % du PIB (annuelle) <sup>14</sup>	6.16	2004	5.03	2004	5.6	2004
Dépenses de santé par habitant (en dollars US international) <sup>15</sup>	58	2003	115.87	2003	68.7	2003
Dépenses de santé du secteur privé en pourcentage des dépenses totales de santé <sup>15</sup>	58.2	2003	50.23	2003	54.66	2003
Versements directs des ménages en pourcentage des dépenses privées en santé <sup>15</sup>	95.3	2003	79.71	2003	84.95	2003
Index Gini <sup>14</sup>	--	--	39.27	2003	47.17	2004
<b>Module Gouvernance</b>						
Participation et responsabilisation – Estimation ponctuelle <sup>16 [6]</sup>	0.19	2004	-0.57	2004	-0.79	2004
Participation et responsabilisation – Rang centile <sup>16 [7]</sup>	51.5	2004	32.7	2004	26.75	2004
Stabilité politique - Estimation	-0.21	2004	-0.6	2004	-0.86	2004

<sup>14</sup> The World Bank-WDI-2006

<sup>15</sup> WHO-The World Health Report-2006

<sup>16</sup> The World Bank-Governance Indicators-2005

	<b>Sénégal</b>	<b>Date</b>	<b>Valeur moyenne du comparateur régional [1]</b>		<b>Valeur moyenne par catégorie de revenus [2], [3]</b>	
			Afrique sub-saharienne	Date	Pays à bas revenus	Date
ponctuelle <sup>16</sup> [6]						
Stabilité politique - Rang centile <sup>16</sup> [7]	40.8	2004	32.79	2004	25.4	2004
Efficacité des pouvoirs publics - Estimation ponctuelle <sup>16</sup> [6]	-0.13	2004	-0.74	2004	-0.93	2004
Efficacité des pouvoirs publics - Rang centile <sup>16</sup> [7]	53.8	2004	27.56	2004	21.49	2004
Primauté du droit - Estimation ponctuelle <sup>16</sup> [6]	-0.2	2004	-0.77	2004	-0.94	2004
Primauté du droit - Rang centile <sup>16</sup> [7]	47.3	2004	27.57	2004	22.08	2004
Qualité de la réglementation - Estimation ponctuelle <sup>16</sup> [6]	-0.31	2004	-0.67	2004	-0.87	2004
Qualité de la réglementation - Rang centile <sup>16</sup> [7]	40.4	2004	29.47	2004	24.04	2004
Lutte contre la corruption - Estimation ponctuelle <sup>16</sup> [6]	-0.4	2004	-0.65	2004	-0.83	2004
Lutte contre la corruption - Rang centile <sup>16</sup> [7]	43.3	2004	30.05	2004	23.39	2004
<b>Module Financement</b>						
Dépenses totales de santé en % du PIB <sup>15</sup>	5.1	2003	4.97	2003	5.17	2003
2. Dépenses totales de santé par tête, taux de change moyen (\$US) <sup>15[8]</sup>	29	2003	53.87	2003	25.12	2003
Dépenses gouvernementales en santé en % des dépenses publiques totales <sup>15</sup>	9.3	2003	9.1	2003	8.64	2003
Dépenses publiques (gouvernementales) en santé en % des dépenses totales de santé <sup>15</sup>	41.8	2003	49.77	2003	45.34	2003
Dépenses des bailleurs en santé en pourcentage des dépenses totales de santé <sup>15</sup>	15.4	2003	15.6	2003	19.47	2003
Versements directs des ménages en % des dépenses de santé privées <sup>15</sup>	95.3	2003	79.71	2003	84.95	2003
Versements directs des ménages en % des dépenses totales de santé <sup>17</sup>	55.46	2003	40.57	2003	46.94	2003
<b>Module Prestations de services</b>						
Nombre de lits d'hôpitaux (pour 10 000 habitants) <sup>15</sup>	--	--	5.65	2004	17.51	2004
Pourcentage de naissances assistées par du personnel qualifié par an <sup>14</sup>	58	2002	48.28	2002	43.14	2002
Couverture vaccinale DTP3 pour les enfants de moins de 1 an (%) <sup>15</sup>	87	2004	71.94	2004	72.87	2004
Prévalence contraceptive (% de femmes entre 15 et 49 ans) <sup>14</sup>	10.5	2000	21.39	2000	21.25	2000
Femmes enceintes recevant plus d'une consultations prénatale (%) <sup>15</sup>	82	1999	83.6	1999	80.5	1999
Espérance de vie à la naissance (années) <sup>14</sup>	56.14	2004	48.45	2004	53.15	2004
Taux de mortalité infantile (pour 1	77.6	2004	92.24	2004	86.41	2004

<sup>17</sup> Calculé à partir de World Health Report-2006

	Sénégal	Date	Valeur moyenne du comparateur régional [1]		Valeur moyenne par catégorie de revenus [2], [3]	
			Afrique sub-saharienne	Date	Pays à bas revenus	Date
000 naissances vivantes) <sup>14</sup>						
Mortalité maternelle, ratio (pour 100 000 naissances vivantes) <sup>15</sup> [5]	690	2000	841.42	2000	768.32	2000
Prévalence du VIH/SIDA, total (% de la population entre 15 et 49 ans) <sup>14</sup> [4]	0.8	2003	8.88	2003	4.45	2003
<b>Module Ressources Humaines</b>						
Ratio médecin par habitant (pour 1000 habitants) <sup>15</sup>	0.06	2004	0.22	2004	0.14	2004
Ratio infirmier par habitant (pour 1000 habitants) <sup>15</sup>	0.32	2004	1.35	2004	0.59	2004
Ratio sage-femme par habitant (pour 1000 habitants) <sup>15</sup>	--	--	0.1	2004	0.17	2004
Ratio pharmacien par habitant (pour 1000 habitants) <sup>15</sup>	0.01	2004	0.11	2004	0.04	2004
Ratio sage-femme par habitant (pour 1000 habitants) <sup>15</sup>	0.01	2004	0.1	2004	0.07	2004
<b>Module Gestion pharmaceutique</b>						
Dépenses totales en produits pharmaceutiques (en % du total des dépenses de santé) <sup>15</sup>	30	2000	27.2	2000	26.53	2000
Dépenses totales en médicaments (par tête, au taux de change moyen) en dollars US) <sup>15</sup>	7	2000	9.8	2000	4.22	2000
Dépenses publiques (gouvernementales) en médicaments (par tête, au taux de change moyen) en dollars US) <sup>15</sup>	2	2000	6	2000	2.07	2000
Dépenses privées en médicaments (par tête, au taux de change moyen) en dollars US) <sup>15</sup>	5	2000	6.45	2000	3.44	2000
<b>Module Système d'information sanitaire</b> [10], [11]						
Ratio de mortalité maternelle rapporté par les autorités nationales (rapports reçus dans les délais, années) <sup>18</sup> [12]	0-2 ans	--	0-2 ans	--	0-2 ans	--
Taux de mortalité des moins de 5 ans (rapports reçus dans les délais, années) <sup>14</sup> [12]	0-2 ans	--	0-2 ans	--	0-2 ans	--
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans (rapports reçus dans les délais, années) <sup>18</sup> [13]	3-4 ans	--	3-4 ans	--	3-4 ans	--
Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont une insuffisance pondérale (rapports reçus dans les délais, années) <sup>15</sup> [12]	6-9 ans	--	6-9 ans	--	6-9 ans	--
Nombre de lits d'hôpital (rapports reçus dans les délais, années) <sup>15</sup> [14]	Pas de base de données nationale/ Pas de	--	--	--	--	--

<sup>18</sup> UNICEF-The State of the World's Children-2006

	Sénégal	Date	Valeur moyenne du comparateur régional [1]		Valeur moyenne par catégorie de revenus [2], [3]	
			Afrique sub-saharienne	Date	Pays à bas revenus	Date
	données					
Prévalence contraceptive (rapports recus dans les délais, années) <sup>14</sup> [15]	4 ans et plus	--	4 ans et plus	--	4 ans et plus	--
Pourcentage de rapports de surveillance reçus au niveau national, et venant des districts, comparé au nombre de rapports attendu (complétude des rapports, %) <sup>19</sup> [16]	90% et plus	--	90% et plus	--	90% et plus	--

NOTES:

- : Aucune date n'est précisée puisque la moyenne est calculée pour plusieurs pays et, dans ce cas, la date est différente pour chaque pays

1- Les classifications et données reprises pour les régions géographiques ne le sont que pour les économies à faible et moyen revenu. On fait parfois référence aux économies à faible et moyen revenu comme étant les économies en développement. L'utilisation de ce terme est avant tout une utilisation de convenance ; elle n'a pas pour but d'impliquer que toutes les économies de ce groupe partagent la même expérience de développement ou que toutes ces économies ont atteint un stade de développement souhaité ou final. La classification basée sur le revenu ne reflète pas nécessairement le statut de développement. Les pays sont divisés en 6 régions : Asie de l'Est et Pacifique, Europe et Asie Centrale, Amérique Latine et Caraïbes, Moyen-Orient et Afrique du Nord, Asie du Sud, Afrique Subsaharienne.

2- La classification des pays par groupe de revenu est basée sur le système de classification de la Banque Mondiale qui classe l'ensemble des pays membres de la Banque mondiale et de toutes les autres économies ayant une population de plus de 30.000 habitants. Les pays qui ne sont pas dans cette catégorie ont une population de moins de 30.000 habitants.

3- Les économies sont divisées selon le RNB 2004 par habitant calculé en utilisant la méthode Atlas de la Banque mondiale. Les groupes sont les suivants : Faible revenu, 825 dollars EU ou moins ; revenu moyen inférieur, de 826 à 3.255 dollars EU ; revenu moyen supérieur (a), 3.256 à 10.065 dollars EU ; et revenu élevé (a), supérieur à 10.066 dollars EU.

5- Estimations dérivées par régression et méthodes d'estimation similaires pour les pays suivants : Afghanistan, Albanie, Algérie, Angola, Armenia, Bhutan, Bolivie, Botswana, Burundi, Cap Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, République Démocratique de Corée, République Démocratique du Congo, Djibouti, République Dominicaine, El Salvador, Guinée Équatoriale, Fidji, Gambie, Géorgie, Ghana, Guinée Bissau, Indonésie, Iraq, Kazakhstan, Kirghizstan, République Démocratique du Laos, Liban, Lesotho, Liberia, Libye, Maldives, Mozambique, Myanmar, Namibie, Nicaragua, Niger, Nigeria, Oman, Pakistan, Papouasie Nouvelle Guinée, Sénégal, Sierra Leone, îles Salomon, Somalie, Afrique du Sud, Soudan, Swaziland, Syrie, Tadjikistan, Timor Leste, Turquie, Turkménistan, Emirats Arabes Unis, Ouzbékistan, Vietnam.

6- Se situe entre -2,5 et 2,5. Les valeurs les plus élevées indiquent une meilleure gouvernance.

7- Le rang centile indique le pourcentage de pays classés en-dessous du pays sélectionné (sujet à une marge d'erreur)

9- Les données renvoient à l'année la plus récente disponible durant cette période. Plusieurs pays ont des données relatives à des années ou à des périodes autres que celle qui va de 1990 à 2004, ce qui est différent de la définition standard, ou qui concernent seulement une partie du pays. Ces pays sont la République dominicaine, le Ghana, le Liban, la Papouasie Nouvelle Guinée, les îles Salomon, la République Arabe Syrienne, la Turquie.

10- L'interprétation des six premiers indicateurs dans la composante sur le SIS n'est pas basée sur la valeur de l'indicateur, mais plutôt sur la réception dans les délais. Il faut noter que la réception dans les délais est juste un critère de mesure de la qualité des données. D'autres critères, qui n'ont pas été mesurés ici, sont la qualité de la collecte de données, la périodicité des mesures, la cohérence des données, la représentativité des données, la désagrégation des données et la méthode d'estimation des données. Les indicateurs du module SIS sont une sélection d'indicateurs. Une liste plus complète est disponible dans les publications suivantes: Health Metrics Network. 2007. Framework and Standards for Country Health Information Systems. Second edition. Geneva: World Health Organization.

11- Les standards pour chaque indicateur pour la réception dans les délais viennent de la source suivante : Health Metrics Network. 2007. Framework and Standards for Country Health Information Systems. Second edition. Geneva: World Health Organization.

12- Les standards définis par Health Metrics Network pour cet indicateur sont : hautement adéquat si c'est entre 0 et 2 ans, adéquat si c'est entre 3 et 5 ans, existant mais inadéquat si c'est entre 6 et 9 ans et pas tout du adéquat si c'est 10 ans ou plus.

13- Les standards définis par Health Metrics Network pour cet indicateur sont : hautement adéquat si c'est moins de 2 ans, adéquat si c'est 2 ans, existant mais inadéquat si c'est entre 3 et 4 ans et pas tout du adéquat si c'est 5 ans ou plus.

14- Health Metrics Network ne donne pas de standard de la réception dans les délais pour le nombre de lits d'hôpital. Cependant, le standard correspondant à la période ou la base de données nationale des formations sanitaires a été actualisée pour la dernière fois a

<sup>19</sup> WHO-Annual WHO/UNICEF Joint Reporting Form-2005

été utilisé : hautement adéquat si c'est moins de 2 ans, adéquat si c'est entre 2 et 3 ans, existant mais inadéquat si c'est plus de 3 ans et pas tout du adéquat s'il n'y a pas de base de données nationale ou s'il n'y a pas de donnée disponible.

15- Health Metrics Network ne donne pas de standard de reportage de la prévalence contraceptive. Cependant, le standard pour la reception à temps des données sur l'utilisation des condoms dans une relation sexuelle à risques, a été utilisée : hautement adéquat si c'est entre 0 et 1 an, adéquat si c'est entre 2 et 3 ans, existant mais inadéquat si c'est 4 ans ou plus et pas tout du adéquat s'il n'y a pas pas de donnée disponible.

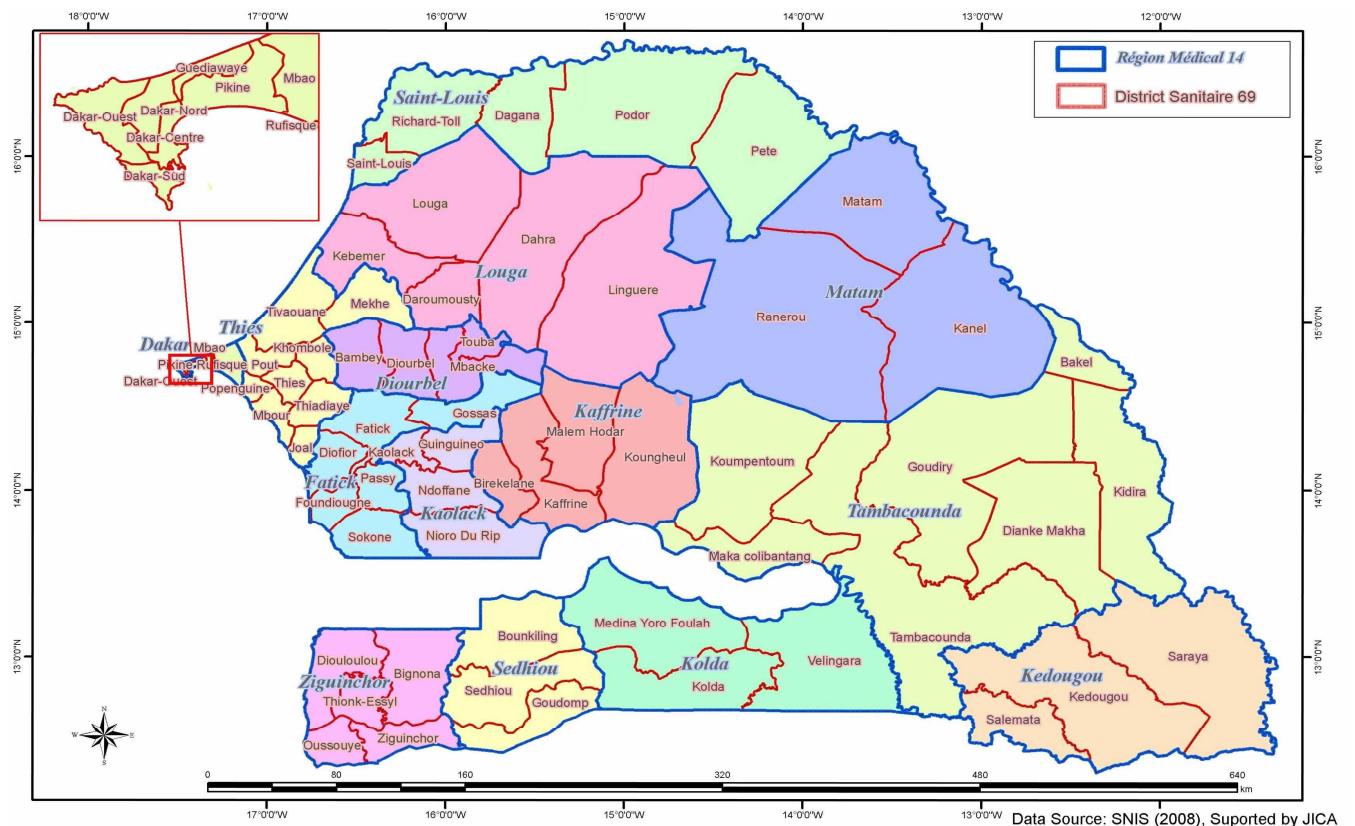
16- Health Metrics Network ne donne pas de standard de reportage pour le nombre de rapports de surveillance recus au niveau national, et venant des districts, comparé au nombre de rapports attendus. Cependant le standard pour le pourcentage de districts soumettant de manière hebdomadaire ou mensuelle des rapports de surveillance à temps au niveau supérieur a été utilisé : hautement adéquat si c'est 90% ou plus, adéquat si c'est entre 75% et 89%, existant mais inadéquat si c'est entre 25% et 74% et pas tout du adéquat si c'est moins de 25%. Cet indicateur est utilisé par Health Metrics Network pour évaluer la dimension de Capacités et pratiques (définie comme : la capacité de collecter des données de les analyser et de gérer les résultats existe-t-elle dans le pays ? Des standards sont-ils appliqués pour la collecte de données ? La documentation est-elle disponible, accessible et de bonne qualité ?) des rapports sur la santé et la maladie (y compris les systèmes de surveillance des maladies).



## **REPUBLIQUE DU SENEGAL**



# **MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION**



# PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

PNDS 2009-2018

janvier 2009

## **Préface**

Le Sénégal, à l'instar des pays de l'Afrique subsaharienne, fait face au double fardeau des maladies transmissibles et des maladies chroniques souvent à soins coûteux. Les conséquences difficiles de cette situation socio sanitaire sont encore plus accentuées chez les groupes vulnérables.

Des progrès importants ont été réalisés dans le cadre de la lutte contre certaines endémies majeures, notamment le paludisme et le SIDA. Dans le cadre de la prévention des maladies, les performances du Programme Elargi de Vaccination ont permis d'améliorer la santé des enfants. Mais la mortalité infanto juvénile et la mortalité maternelle demeurent à des niveaux encore élevés. Notre politique de santé s'oriente vers la résolution de ce gap important pour réaliser les ambitions affichées par notre pays et relever le défi des Objectifs du Millénaire pour le Développement auxquels le Sénégal a souscrit dès leur adoption en 2000.

Le présent Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvre la période 2009-2018. Il s'inscrit dans la perspective de l'accélération de la mise en œuvre des différents programmes de prévention et d'offres de services de santé. Son objectif est de contribuer à l'atteinte des objectifs du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté et des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Ce Plan a été élaboré selon une approche participative avec une implication de tous les acteurs du secteur : les professionnels de la santé, les secteurs partenaires de la santé, la société civile, le secteur privé, les collectivités locales et les partenaires au développement. Il se propose de trouver des solutions aux différents problèmes du secteur par le renforcement du système de santé, l'accroissement de l'accès à des soins de qualité, une réelle promotion de la santé et la promotion d'une bonne approche multisectorielle pour la prévention des maladies.

Ce PNDS s'inscrit dans l'atteinte des objectifs assignés au secteur par l'accélération des stratégies, le renforcement et la modernisation de l'offre de service à la lumière des expériences capitalisées dans le précédent PNDS. Il permettra d'inverser la tendance prévalente des maladies transmissibles et chroniques, de réduire le risque de décès maternel, d'assurer la survie des enfants, de renforcer et de moderniser l'infrastructure sanitaire ainsi que la performance du secteur par la promotion de la gestion axée sur les résultats.

Le PNDS 2009-2018 est le document de référence pour l'ensemble des acteurs du secteur de la santé. Je les engage donc, ainsi que tous les partenaires à se l'approprier et à contribuer à sa mise en œuvre performante.

**Son Excellence Maître Abdoulaye WADE  
Président de la République**

## **Tables des matières**

Préface

Table des matières

Sigles et abréviations

Introduction

1. Généralités sur le Sénégal
2. Contexte et bilan du PNDS 1998-2007
  - 2.1. Politique de santé
  - 2.2. Cadre de planification
  - 2.3. Système de santé
  - 2.4. Santé et Décentralisation
  - 2.5. Performances du secteur
  - 2.6. Leçons apprises du PNDS 1998-2007
- 3 Enjeux et défis
- 4 Vision et objectifs sectoriels
  - 4.1 Vision
  - 4.2 Objectifs Sectoriels
- 5 Orientations stratégiques
  - 5.1 Accélération de la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et Infanto juvéniles
  - 5.2 Amélioration de la promotion de la santé
  - 5.3 Renforcement de la prise en charge de la maladie
  - 5.4 Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte
  - 5.5 Développement des ressources humaines
  - 5.6 Renforcement des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
  - 5.7 Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux
  - 5.8 Renforcement du système d'information et de la recherche en santé
  - 5.9 Promotion de la gestion axée sur les résultats
  - 5.10 Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière
  - 5.11 Renforcement de la couverture du risque maladie avec un accent sur les groupes vulnérables
- 6 Cadre de mise en œuvre
  - 6.1 Cadre institutionnel
  - 6.2 Système de Planification
  - 6.3 Mécanisme de Coordination
  - 6.4 Suivi et Evaluation
  - 6.5 Procédures administratives et financières
- 7 Financement du plan

Conclusions

Annexes

## Sigles et abréviations

ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
CDMT	Cadre de Dépense à Moyen Terme
CDSMT	Cadre de Dépense Sectorielle à Moyen Terme
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIS	Comité Interne de Suivi
CRFS	Centres régionaux de formation en santé
DPS	Direction de la Prévision et de la Statistique
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSRP	Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
ESPS	Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal
EPS	Etablissement public de Santé
ESPS	Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal
FAR	Femme en Age de Reproduction (15-49 ans)
GOANA	Grande Offensive Agricole pour la Nourriture et l'Abondance
LNCM	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
MCS	Mission Conjointe e Supervision
MEF	Ministère chargé de l'Economie et des Finances
MSP	Ministère de la Santé et de la Prévention
MTN	Maladies Tropicales Négligées
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations non gouvernementales
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
POCL	Plans Opérationnels des Collectivités Locales
PPP	Partenariat Public Privé
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAC	Revue Annuelle Conjointe
SAMU	Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNIS	Service National d'Information Sanitaire
SONU	Soins obstétricaux et néonatals d'urgence
SR	Santé de la Reproduction
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UAEL	Union des Associations d'Elus Locaux
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **Introduction**

Le Sénégal a adopté son deuxième Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSRP-2) pour la période 2006-2010. Le secteur de la santé y occupe une place de choix du fait de son rôle de premier plan dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le présent Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) consacre une rupture dans la façon d'aborder le développement sanitaire. Plus que par le passé, la priorité est accordée à la répartition équitable de l'offre de services et au financement de la demande en santé. Le plan repose, en effet, sur une vision 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.

L'attention portée à la démocratisation des soins dans le cadre du PNDS 2009-2018 n'occulte pas cependant la priorité accordée à la prévention, option politique majeure qui trouve son fondement dans l'ancrage de la politique de santé du Sénégal aux Soins de Santé Primaires. Ce plan est certes orienté vers la réalisation des OMD santé. Mais un accent particulier sera mis sur l'amélioration de la gestion du secteur dans un cadre multisectoriel afin de mieux prendre en charge les déterminants de la santé et réduire les inégalités. C'est ainsi que les objectifs du PNDS 2009-2018 sont au nombre de quatre: (i) Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ; (ii) Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ; (iii) Renforcer durablement le système de santé ; (iv) Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

La réalisation des objectifs liés à la santé de la mère et de l'enfant se fera à travers la consolidation des acquis en matière de lutte contre les mortalités maternelle et infantile. Elle sera fondée plus précisément sur l'accélération de la mise en œuvre de la feuille de route, de repositionner la planification familiale et d'assurer une meilleure prise en charge des nouveaux nés au cours de la période néonatale. Les objectifs en matière de lutte contre la maladie sont, à priori, plus accessibles au regard des progrès enregistrés ces dernières années dans le contrôle du SIDA, du paludisme et de la tuberculose. En même temps qu'un effort sera mis dans l'intégration des interventions, une approche plus ciblée sera développée pour la prise en charge du SIDA. Il s'agira d'apporter la meilleure réponse au caractère concentré de cette épidémie, à sa féminisation et au cas particulier des régions de Kolda et Ziguinchor où la prévalence est de trois fois supérieure à la moyenne nationale.

Les orientations stratégiques du PNDS 2009-2018 sont au nombre de onze (11): (i) Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles ; (ii) Amélioration de la promotion de la santé ; (iii) Renforcement de la prise en charge des cas ; (iv) Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte ; (v) Développement des ressources humaines, (vi) Renforcement des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance, (vii) Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux, (viii) Renforcement du système d'information et de la recherche ; (ix) Promotion de la gestion axée sur les résultats, (x) Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière et (xi)

renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

Le suivi de la mise en œuvre se fera de façon conjointe à travers le Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Termes (CDSMT). Il s'inscrira dans la perspective de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, dans le respect de la loi sur la décentralisation.

## **1. Généralités sur le Sénégal**

### **1.1. Milieu physique**

La République du Sénégal est située en Afrique Occidentale, comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. Sa superficie est de 196722 km<sup>2</sup>. Elle est limitée au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau. A l'Ouest, le Sénégal est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côte. Sa pointe Ouest est la plus occidentale de toute l'Afrique continentale. La Gambie, qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Kaffrine au Nord et de Ziguinchor, Sédiou et de Kolda au Sud.

Le réseau hydrographique du Sénégal est constitué de quatre grands fleuves : le Sénégal, la Gambie, la Casamance, le Saloum et par des affluents auxquels s'ajoutent quelques cours d'eau temporaires. Le climat est tropical et se caractérise par une longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre. Celle-ci est plus longue en Casamance au sud du pays où les précipitations annuelles sont les plus importantes, avec une moyenne de 1 400 mm. Celles-ci chutent considérablement au Nord, avec moins de 381 mm. A l'instar des autres pays du Sahel, le Sénégal est confronté à la désertification depuis plusieurs décennies.

### **1.2. Caractéristiques de la population**

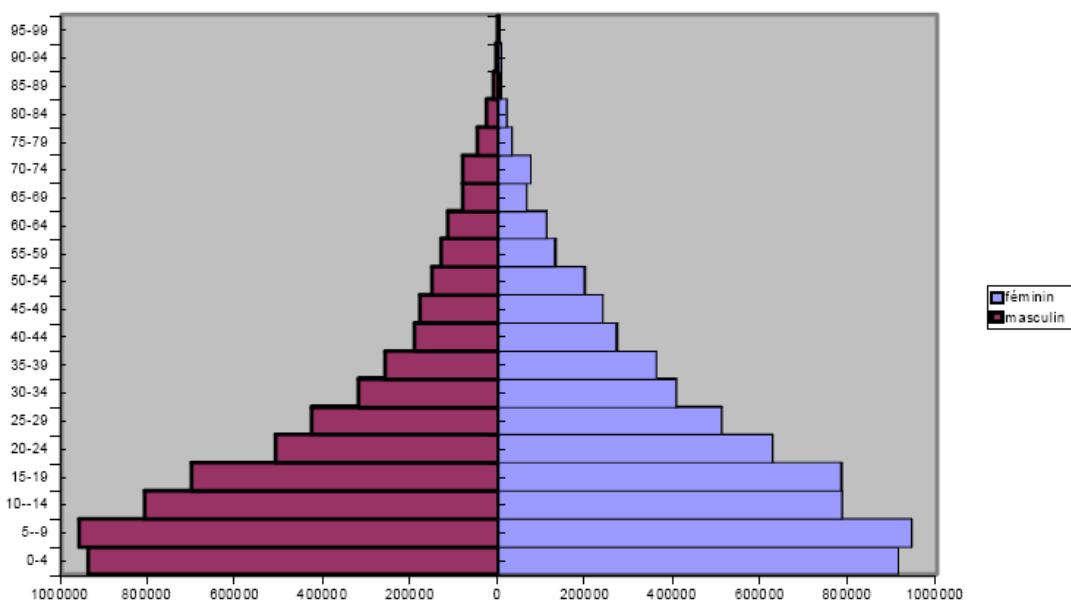
En 2008, la population du Sénégal est estimée à 11,6 millions d'habitants, soit une densité moyenne de 58 habitants au km<sup>2</sup>. Cette moyenne cache une répartition extrêmement inégale de la population, avec une opposition entre le sous-peuplement de l'Est et une forte concentration sur la côte ainsi qu'au centre.

Liés à des facteurs naturels et historiques, ces contrastes ont été accentués ces dernières décennies par l'exode rural (ce phénomène intéressant plus particulièrement les jeunes). Le Sénégal a l'un des taux d'urbanisation les plus élevés d'Afrique noire (41,5% selon DPS 2005). Le développement des centres urbains吸orbe une grande partie de la croissance de la population sénégalaise qui a plus que doublé en trente ans (de 5 millions en 1975 à 8,5 millions en 1995 et près de 12 millions en 2008). Cette expansion démographique est principalement due à l'accroissement naturel de la population (2,3% en 2006) qui résulte à la fois du recul de la mortalité (9,4 pour 1 000 en 2006) et d'une forte natalité (32,8 pour 1 000 en 2006). Outre son inégale répartition, le dépeuplement des campagnes au profit des villes et sa croissance rapide, la population sénégalaise se caractérise par sa jeunesse : en 2005, les moins de 20 ans représentent 54% et les plus de 65 ans 4%. A l'heure actuelle, le nombre de **femmes en âge de reproduction** (15-49 ans) est estimé à 3 124 600 et celui des **enfants de moins de 5 ans** à 1 755 800.

La région de Dakar abrite 22,4% de la population totale alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. Les régions les moins peuplées sont celles de Tambacounda (y compris Kédougou) et de Matam avec respectivement 11 et 16 habitants au km<sup>2</sup>. Ce sont aussi les régions les plus vastes du pays avec respectivement 30,4% et 14,8% du territoire national. Il faut également souligner la particularité des villes de Guédiawaye et de Pikine dans la région de Dakar et celle de Touba dans la région de Diourbel qui sont plus peuplées que certaines régions. Cette situation est caractéristique de la forte tendance à l'urbanisation du fait de l'exode rural qui est à l'origine de la multiplication des bidonvilles.

Selon la quatrième enquête démographique et de santé (EDS IV), pour la période allant de janvier 2002 à janvier 2005, le taux brut de natalité est de 39,1 pour mille. Le taux de croissance annuel de la population estimé à 2,5% reste élevé du fait d'une fécondité encore élevée. En effet, l'indice synthétique de fécondité estimé à 5,3 enfants par femme est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants par femme).

**Graphique 1 :** Pyramide des âges de la population



Source : Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS, 2005-2006), ANSD, Dakar, Sénégal

**Graphique 2 :** Estimation de l'évolution de la population du Sénégal de 2009 à 2018



### 1.3. Situation socioéconomique

L'économie du Sénégal continue de faire face à diverses contraintes parmi lesquelles on peut citer un environnement des affaires peu attractif et la dépendance de la production agricole à la pluviométrie. Afin de lever ces obstacles, le Sénégal a mis en œuvre des stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté (DSRP 1 et 2) depuis 2001 avec un objectif de taux de croissance de 7 à 8% pour réduire de moitié la pauvreté en 2015 pour atteindre les OMD.

Dans ce cadre, des politiques sectorielles vigoureuses, tels que la fourniture de services sociaux (éducation, santé, accès à l'eau potable, assainissement, etc.), le programme de réforme des finances publiques, la Stratégie de Croissance Accélérée (SCA), la Grande Offensive Agricole pour la Nourriture et l'Abondance (GOANA), etc. sont progressivement mises en place en vue de relever significativement les performances socio-économiques et placer le pays sur un sentier de développement humain durable. Il importe de noter, à cet effet, une politique d'amélioration de la gestion des finances publiques grâce à une affectation stratégique des ressources et une transparence dans l'exécution des dépenses publiques et une effectivité des contrôles interne et externe.

C'est ainsi que d'importants résultats au plan économique et financier ont été enregistrés au cours de ces dernières années de 2000 à 2006. En effet, la croissance économique réelle s'est située en moyenne autour de 5% par an dans un contexte de maîtrise de l'inflation et des autres fondamentaux de l'économie. L'inflation moyenne annuelle sur la période 2000-2006 s'est située à 2%, inférieure à celle des partenaires de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), grâce notamment à une politique budgétaire et monétaire vertueuse et à un approvisionnement adéquat des marchés.

La gestion budgétaire a été caractérisée par un bon niveau de recouvrement des recettes fiscales et une gestion prudente des dépenses budgétaires. En effet, les recettes fiscales ont progressé de 9% en moyenne annuelle sur la période, ce qui s'est traduit par une hausse continue de la pression fiscale passant de 16,1% en 2000 à plus de 19 % en 2006, nonobstant la baisse du taux d'imposition des sociétés.

Les dépenses budgétaires ont, quant à elles, évolué en ligne avec les priorités déclinées dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, avec notamment un accent dans les secteurs sociaux de base (éducation et santé) et les secteurs productifs. En effet, les secteurs de l'éducation et de la santé absorbent depuis 2004 plus de 50% du budget de fonctionnement.

Ces résultats sont le fruit d'importantes réformes destinées à améliorer l'environnement du secteur privé, la gouvernance économique et financière, les infrastructures de soutien à la croissance, etc. Cette situation a contribué à l'amélioration des conditions de vie des ménages. On constate, pour la période 2003-2005, une baisse de l'incidence de la pauvreté plus marquée en zone urbaine. En effet, la proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de 48,5 % en 2002 à 42,6% en 2005 (Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal, ESPS 2005-2006, août 2007).

Malgré ces résultats, l'économie reste vulnérable aux chocs exogènes. C'est ainsi que depuis 2006, l'économie a fait face tour à tour : (i) au déficit pluviométrique qui nous a valu des contre formances du sous secteur agricole en deux années successives, (ii) à la hausse des prix du pétrole et des produits alimentaires et (iii) aux effets de la crise financière internationale survenue en 2008. Avec les deux premiers chocs, le taux de croissance réelle de l'économie est retombé à moins de 4% en moyenne depuis 2006. L'inflation a également pris de l'ampleur (5% en moyenne). Quant à la situation des finances publiques, elle s'est caractérisée par un creusement du déficit public qui tourne autour de 5% du PIB. Ce qui pourrait mettre en péril les équilibres macro-économiques. Dans ce contexte, le Gouvernement a été en effet conduit à recourir à de nouvelles subventions pour faire face à une forte demande sociale, notamment pour atténuer l'impact de la hausse des prix internationaux de pétrole et d'aliments sur les prix domestiques.

La crise financière internationale pourrait encore affecter négativement les prévisions optimistes de croissance économique et exercer une pression supplémentaire sur la situation budgétaire du Sénégal sur les moyen et long termes et compromettre, ainsi, l'objectif de

réduction de la pauvreté de moitié en 2015. Il faut rappeler que la part du budget de l'Etat alloué à la santé se situe actuellement à 10% et devrait atteindre 15% conformément aux engagements pris par les Chefs d'Etats africains à Abuja en 2000.

Toutefois, les performances enregistrées, même en l'absence de chocs exogènes, restent insuffisantes pour atteindre les OMD. Pour ce faire, le Gouvernement entend mettre en œuvre, dans le cadre du DSRP, des stratégies spécifiques dans divers domaines : (i) l'amélioration des conditions de vie des ménages, (ii) le développement d'un secteur productif et des infrastructures (stratégie de croissance accélérée, GOANA, grands travaux, etc.), (iii) la promotion d'un environnement des affaires attractif pour les investissements étrangers, (iv) l'amélioration de la gestion des finances publiques grâce à une affectation stratégique des ressources et une transparence dans l'exécution des dépenses publiques.

Il importe de noter que l'impact de l'état de santé sur le développement humain en général, sur la productivité du travail et sur la pauvreté en particulier, est une donnée importante dans la mesure de la performance d'une économie. En effet, les maladies affectent sérieusement la production et les revenus des ménages. C'est ainsi qu'un ménage ou un individu peut, à tout moment, basculer dans la pauvreté.

« Dans les pays en voie de développement, les gens tombent malades parce qu'ils sont pauvres, ils s'appauvrisse davantage parce qu'ils sont malades ; et voient leur état de mal empirer du fait de la misère accrue » (Sir Edwin, Médecin économiste).

#### **1.4. Organisation administrative**

Le Sénégal est composé de 14 régions, 45 départements, 121 arrondissements, 113 communes, 46 communes d'arrondissement et 370 communautés rurales. Depuis l'adoption de la loi 96-06 du 22 mars 1996 portant code des collectivités locales, le Sénégal compte désormais trois ordres de collectivités locales : régions, communes et communautés rurales. A leur tête siègent des conseils élus investis de compétences dans neuf domaines dont la santé. Les régions sont subdivisées en départements et ces derniers en arrondissements.

Le découpage sanitaire comprend les régions médicales et les districts sanitaires. Les régions médicales correspondent aux territoires des régions administratives, alors que plusieurs districts sanitaires peuvent se retrouver dans un même département.

**Tableau 1 :** Répartition des collectivités locales selon les régions, départements et arrondissements en 2008.

REGION	Circonscriptions administratives				Collectivités locales				
	Régions	Départements	Arrondissements	Total	Régions	Communes	Communes d'Ardt	Communautés rurales	Total
<b>Dakar</b>	1	4	10	15	1	7	43	2	53
<b>Diourbel</b>	1	3	8	12	1	3		36	40
<b>Fatick</b>	1	3	9	13	1	8		28	37
<b>Kaffrine</b>	1	4	9	14	1	5		24	30
<b>Kaolack</b>	1	3	8	12	1	7		28	36
<b>Kédougou</b>	1	3	6	10	1	3		16	20
<b>Kolda</b>	1	3	9	13	1	9		31	41
<b>Louga</b>	1	3	11	15	1	5		47	53
<b>Matam</b>	1	3	5	9	1	10		14	25
<b>Saint-Louis</b>	1	3	7	11	1	19		18	38
<b>Sédhiou</b>	1	3	9	13	1	9		32	42
<b>Tambacounda</b>	1	4	12	17	1	8		38	47
<b>Thiès</b>	1	3	10	14	1	15	3	31	50
<b>Ziguinchor</b>	1	3	8	12	1	5		25	31
<b>TOTAL</b>	14	45	121	180	14	113	46	370	543

Source : Ministère de la Décentralisation et des Collectivités locales

## **2. Contexte et bilan du PNDS 1998-2007**

### **2.1 Politique de santé**

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui garantit le droit à la santé en son article 8 et dispose 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... ».

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Cette politique de santé s'articule autour des points suivants :

- 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 de la multisectorialité ;
- L'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- La culture de la gestion axée sur les résultats.

### **2.2 Cadre de planification sanitaire**

Le ministère de la santé, lors de l'élaboration de son premier plan sectoriel en 1998, a bien pris soin d'inscrire ses actions dans la direction indiquée par le 9<sup>ème</sup> Plan de Développement Economique et Social (1996/2001) en matière de santé, seule référence à l'époque. A la faveur de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE), le Sénégal a élaboré son premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) pour la période 2003-2005 et son deuxième en 2006-2010. Il s'agit là des documents cadres les plus récents en matière de planification qui ont servi de référence. Ainsi le PNDS 2009-2018 constitue-t-il la réponse du secteur de la santé face aux défis pour la réalisation des OMD et du DSRP 2006-2010 en particulier son axe 2.

L'opérationnalisation du DSRP repose sur le CDMT, cadre de programmation et d'exécution budgétaire. Une telle approche donne aux ministères sectoriels un rôle majeur dans le suivi de la stratégie. Depuis 2005, le ministère chargé de la santé fait partie des secteurs pilotes pour l'implantation des Cadres de Dépenses Sectoriels à Moyen Terme (CDSMT Santé), outil de mise en œuvre du PNDS.

Le système de planification du secteur de la santé comprend un plan stratégique décennal (PNDS), un plan triennal glissant (le CDSMT) et un plan de travail annuel (PTA) qui prend en compte les Plans Opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé).

Le CDSMT permet de mieux allouer les ressources pour atteindre les objectifs fixés et constitue une étape importante dans le processus de mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats. Il apporte ainsi une réponse face aux difficultés liées au non-alignement des allocations budgétaires aux priorités nationales et au faible niveau de prévisibilité des financements. Sous un autre registre, le CDSMT permet de développer le sens des responsabilités et de bâtir une culture de performance et d'instaurer l'obligation de rendre compte de l'utilisation des ressources publiques. Cet outil indique clairement les allocations budgétaires sur une période de trois ans, par programme et en fonction des sources de financement. Le CDSMT permet de préparer le budget annuel dont il assure le lien entre les ressources, les objectifs et les cibles de la période.

Le processus d'élaboration du CDSMT repose sur un calendrier qui précise les délais pour son élaboration, sa mise en œuvre et son évaluation annuelle à travers le rapport de performances. La notification des enveloppes budgétaires sectorielles indicatives par le ministère chargé des finances, première étape de ce processus, se fait sur la base des priorités de programmes de dépenses triennales toutes sources confondues.

Le Plan de Travail Annuel est la traduction opérationnelle de la première année du CDSMT déclinée en plans d'actions détaillés au niveau de tous les échelons de la pyramide. Le budget du ministère chargé de la santé est préparé à partir de ces PTA. Pour le cas particulier des districts sanitaires, le processus démarre par une planification au niveau des collectivités locales avec l'élaboration des POCL-Santé. Ces derniers constituent l'ossature des PTA des districts qui font à leur tour l'objet d'une synthèse au niveau régional sous la coordination de la région médicale.

## 2.3 Système de santé

### 2.3.1 Ressources Humaines

Le développement des ressources humaines du secteur a nécessité l'élaboration en 1996, d'un plan national de formation du personnel de santé. Ce plan a été renforcé en 2002 par l'ouverture des Centres Régionaux de Formation, la création en 2003 de la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la mise en œuvre d'une politique de contractualisation. Malgré les efforts consentis pour renforcer les effectifs, les indicateurs de couverture en personnel montrent qu'on est encore très loin des normes déjà proposées dans le PNDS 1998-2007.

Catégories professionnelles	Normes OMS	Normes PNDS 1998-2007	Couverture atteinte en 2007
Médecins	1 pour 10000 habitants	Définies selon les types de structures	<b>1 pour 11000 habitants (y compris le secteur privé)</b>
Infirmiers	1 pour 300 habitants	1 pour 5000 habitants	<b>1 pour 4200 habitants</b>
Sages Femmes d'Etat	1 pour 300 FAR	1 pour 1500 à 2000 FAR	<b>1 pour 4000 habitants</b>

Cette situation découle essentiellement de trois facteurs : (i) l'insuffisance des effectifs admis au niveau des structures de formation notamment dans les Universités ; (ii) la non maîtrise du processus de recrutement dans la fonction publique qui est de la compétence du ministère en charge qui, en définitive, décide du calendrier et de la nature du personnel à recruter ; (iii) l'insuffisance des mesures incitatives pour fidéliser le personnel et réussir une meilleure répartition géographique.

Le déficit en personnel est surtout important au niveau des zones difficiles et éloignées de Dakar. Une des causes est l'instabilité du personnel du fait d'un manque de motivation et d'un cadre de vie adéquat. Il s'y ajoute l'absence d'un plan de relève. Des initiatives ont été prises pour améliorer la couverture en personnel dans ces zones (indemnités d'éloignement, contractualisation des postes dans les structures situées en zones difficiles). Toutefois, elles sont restées au stade expérimental et méritent, par conséquent, d'être poursuivies et renforcées.

Un effort a été fait avec l'étude sur le développement des ressources humaines de 2005 dont les recommandations tardent, toutefois, à être mises en œuvre. Le premier plan de formation qui a été élaboré dans le cadre du PNDS 1998-2007 est arrivé à terme sans que la réflexion ne soit entamée pour un nouveau plan de formation. Deux outils, en plus du plan de développement des ressources humaines, devraient être systématisés : (i) le plan de formation et (ii) la gestion informatisée du personnel.

**Tableau 2** : Couverture en personnel sanitaire (médecin, SFE, Infirmier) en 2007

	Secteur Public				Secteur Privé		effectif total 2008	Ratio (public&privé) 2008
catégories socio professionnelles	Effectif 1994	Ratio 1994	effectif 2008	Ratio 2008	effectif 1994	effectif 2008		
Médecin	292	27833	624	18615	348	436	1060	10958
SFE	516	3623	677	3946	44	ND	ND	ND
Infirmiers	1734	4687	2777	4183	245	ND	ND	ND

Population 1994 = 8 127 374 – Population 2008 = 11 615 586

Sources : Ratios calculés à partir des données de la Carte Sanitaire 2008

Le tableau de synthèse ci-dessus montre que le déficit en personnel soignant par rapport aux normes du PNDS intéresse les sages femmes. En effet, les ratios personnel/population sont passés, entre 1994 et 2008, de 1 sage femme pour 3623 FAR (Femme en Age de Reproduction) à 1 sage femme pour 3946 FAR dans le secteur public alors que pour les infirmiers, ils passent de 1 infirmier pour 4687 habitants à 1 infirmier pour 4183 habitants. Cette situation intervient dans un contexte de décentralisation de la formation des infirmiers et du renforcement des capacités des Instituts de formation du privé. Le déficit noté chez les sages femmes s'explique par l'insuffisance des effectifs formés mais également par les départs pour des raisons de retraite ou autres migrations, phénomènes jusque là non maîtrisés. Cette situation pose avec acuité la nécessité d'avoir un plan de développement des ressources humaines.

Pour les médecins, par contre, on note un progrès avec un ratio qui passe de 1 médecin pour 27833 habitants à 1 médecin pour 18615 habitants dans le secteur public. Cette progression est encore plus nette si on tient compte du secteur privé. La part importante des médecins du privé (41%) rend encore plus évidente la nécessité pour le ministère de la santé de mettre en place une politique d'intégration du secteur privé dans la mise en œuvre des programmes de santé. Dans tous les cas, la résorption du déficit en personnel et le rééquilibrage généralistes/specialistes nécessitera une collaboration accrue entre le ministère de la santé, l'université et les écoles de formation professionnelle en santé.

### 2.3.2. Infrastructures, Equipements et Maintenance

Le PNDS 1998-2007 prévoyait la construction de 245 nouveaux postes de santé, 4 centres de santé et 3 hôpitaux. Le plan de réhabilitation concernait 166 postes de santé, 12 centres de santé et certains services spécialisés dans les CHU et les hôpitaux régionaux.

**Tableau 3** : Réalisations du PNDS 1998-2007 en matière de construction d'hôpital, de centre et poste de santé.

Types d'infrastructures	Situation en 1998	Prévisions de réalisation PNDS 1998-2007	Réalisations PNDS 1998-2007	Observations
Hôpitaux	17	2	3	2 en construction
Centres de santé	52	4	24	La plupart concernent des reconstructions
Postes de santé	733	245	238	néant

Sources : MSP/SNIS, Carte Sanitaire (2008)

Globalement, les réalisations dépassent les prévisions sauf pour les postes de santé pour lesquels des efforts supplémentaires sont à fournir. Cette situation traduit une amélioration de la couverture sanitaire. Toutefois, elle reste insuffisante car l'essentiel des travaux au niveau des centres de santé ont concerné des réhabilitations. Par ailleurs, on note, de façon récurrente, des retards dans la construction et l'équipement de nouvelles structures. En témoigne la situation des chantiers des hôpitaux de Fatick et de Ziguinchor ainsi que les centres de santé de Samine, de Goudomp, de Ranérou et de Khombole. Il faut aussi signaler que les normes architecturales en matière de construction ne sont pas toujours respectées. Il arrive aussi que des équipements commandés pour ces ouvrages soient stockés trop longtemps dans des conditions qui entraînent leur détérioration du fait du retard accusé dans la livraison des infrastructures.

Le Sénégal compte vingt (20) hôpitaux. La construction des hôpitaux de Fatick et de Ziguinchor est bloquée depuis 2005. L'hôpital Dalal Jamm, dans la ville de Guédiawaye, est en cours de construction.

Le nombre de centres de santé est de soixante dix (70) dont 23 centres de santé de référence, répartis dans 65 districts sanitaires. Les nouveaux districts sanitaires estimés au nombre de douze ne disposent pas encore de centre de santé fonctionnel.

Au niveau communautaire, se situent les cases de santé qui constituent le premier recours de soins essentiellement en zone rurale et qui mènent beaucoup d'activités préventives et promotionnelles.

D'autres ministères assurent la tutelle de formations sanitaires publiques :

- le Ministère des Forces Armées : l'Hôpital Principal de Dakar, l'Hôpital Militaire de Ouakam et les infirmeries de garnison

- Les départements chargés de l'Education : les inspections médicales des écoles et les infirmeries des collèges, lycées et universités
- Le Ministère de l'Intérieur : les infirmeries de la police, des sapeurs pompiers
- Le Ministère de la Justice : les infirmeries de l'administration pénitentiaire
- Le Ministère de l'Economie et des Finances : les infirmeries des douanes
- Le Ministère en charge du Travail : les centres de l'IPRES et les services de santé des entreprises
- Le Ministère en charge de la Jeunesse : les centres pour la promotion de la santé des adolescents
- Le Ministère en charge de l'Environnement : les infirmeries de parcs nationaux

Le secteur privé compte 1 hôpital privé confessionnel, 32 cliniques, 70 maternités, 131 cabinets médicaux et 77 postes de santé privés, 843 officines de Pharmacie, 4 Grossistes répartiteurs, 3 Industries pharmaceutiques et l'Institut Pasteur de Dakar devenu Fondation de droit sénégalais en décembre 2008 et qui fabrique le vaccin anti-amaril. A cela s'ajoute l'offre de santé des ONG et des Associations. Il convient de signaler l'existence d'une offre privée en matière d'aide au diagnostic avec 12 laboratoires privés d'analyses médicales dont 10 à Dakar et une dizaine de services d'imagerie à Dakar.

La construction du siège du Ministère de la Santé en 2004 a permis de regrouper l'essentiel des Directions et Services. L'extension du siège est d'ailleurs prévue pour accueillir les autres services externes.

Au niveau des régions, des locaux ont été construits ou réhabilités pour abriter 10 régions médicales. La région médicale de Matam, créée en 2002, ne dispose pas de locaux propres. C'est le cas des trois nouvelles régions qui ont été créées en 2008 à savoir Kédougou, Sédiou et Kaffrine. Les Brigades régionales d'Hygiène, à l'exception de celles de Matam, Kolda et Saint-Louis, ne disposent pas de locaux fonctionnels et adaptés à leur mission. Elles sont toutes logées dans des bâtiments vétustes et étroits. Il en est de même pour les Sous brigades d'Hygiène, au nombre de soixante trois (63), qui sont également logées dans les centres de santé.

En outre, sept (07) centres régionaux de formation en santé (CRFS) ont été ouverts. Il s'agit des centres de Ziguinchor, Kolda, Thiès, Saint-Louis, Kaolack, Tambacounda et Matam. A terme, il est prévu d'en ouvrir un dans chaque région.

**Tableau 4 :** Répartition des hôpitaux, centres de santé et postes de santé par région en 2008.

Région	Pop région	Dist	Hôp.	CS	PS	Ratio Pop/PS	Postes de santé privés	Nombre total postes de santé	Ratio corrigé ts PS
Dakar	2 622 408	8	8	19	109	24 059	12	121	21 673
Diourbel	1 319 308	4	2	5	72	18 324	4	76	17 359
Fatick	627 804	6	0	5	76	8 261	11	87	7 216
Kaffrine	492 685	4	0	2	40	12 317	0	40	12 317
Kaolack	757 743	4	1	4	64	11 840	6	70	10 825
Kédougou	118 921	3	0	2	18	6 607	2	20	5 946
Kolda	553 708	3	1	2	42	13 184	3	45	12 305
Louga	777 085	5	1	5	68	11 428	1	69	11 262
Matam	533 385	3	1	2	66	8 082	0	66	8 082

Région	Pop région	Dist	Hôp.	CS	PS	Ratio Pop/PS	Postes de santé privés	Nombre total postes de santé	Ratio corrigé ts PS
Saint-Louis	837 583	5	2	4	95	8 817	2	97	8 635
Sédhiou	418 278	3	0	1	40	10 457	1	41	10 202
Tambacounda	610 550	7	1	5	60	10 176	4	64	9 540
Thiès	1 471 754	9	2	9	126	11 681	17	143	10 292
Ziguinchor	474 374	5	1	5	95	4 993	14	109	4 352
<b>TOTAL</b>	<b>11 615 586</b>	<b>69</b>	<b>20</b>	<b>70</b>	<b>971</b>	<b>11 962</b>	<b>77</b>	<b>1 048</b>	<b>11 084</b>

Sources : MSP/SNIS, Carte sanitaire (2008)

La région de Fatick et les nouvelles régions (Kaffrine, Sédhiou et Kédougou) ne disposent pas d'hôpital à l'heure actuelle. Par contre, la couverture en centres de santé est satisfaisante avec au moins 1 centre de santé par département à l'exception des départements nouvellement créés en 2008. Au plan de la couverture en postes de santé où la norme fixée par le PNDS 1998-2007 était de 1 poste de santé pour 10000 habitants en zone urbaine et 1 poste de santé pour 5000 habitants en zone rurale, les objectifs sont quasiment atteints. Cette couverture relativement satisfaisante cache cependant des disparités régionales avec les meilleures couvertures enregistrées pour les régions de Ziguinchor, Fatick, Saint-Louis et Kédougou. Les régions de Diourbel, Kaffrine, Kolda et Louga enregistrent les plus faibles ratios. Il y a lieu de noter que des facteurs comme l'insularité, le nomadisme, l'enclavement, la dispersion des populations peuvent entraver l'accès géographique aux services. La région de Dakar qui a le ratio le plus faible a cependant une bonne accessibilité géographique du fait de la concentration de sa population.

**Sur le plan des équipements**, le PNDS 1998-2007 a permis une amélioration du plateau technique des structures sanitaires, le renforcement des moyens de supervision et l'amélioration des conditions d'évacuation des malades. Tous les nouveaux postes et centres de santé construits ont été équipés selon les normes. En 2002, la chaîne de froid a été entièrement renouvelée et tous les postes de santé ont été dotés de motos, les centres de santé en ambulances et véhicules de supervision, les districts sanitaires en vedettes ambulances sans compter l'effort spécial qui a été fait en direction des hôpitaux qui ont été dotés en équipements de pointe (scanner et autres). La plupart des structures de santé (postes, centres et hôpitaux) ont en outre été dotées d'équipements variés dans le domaine de l'hygiène hospitalière (incinérateurs, buanderie, matériels de stérilisation). En plus, le ministère dispose de deux camions médicalisés pour les consultations foraines et d'un parc d'ambulances équipées pour les besoins du Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) récemment créé. Cependant, ces efforts n'ont pas pris en compte les besoins en équipements pour la prise en charge des maladies chroniques à soins coûteux.

Il faut toutefois noter l'absence de plan de renouvellement des équipements. Cette situation explique le déficit noté actuellement dans certaines structures où des équipements acquis en début de programme sont devenus usés ou obsolètes sans être renouvelés.

**Sur le plan de la maintenance**, il a été noté des insuffisances dans le fonctionnement normal des activités dans les hôpitaux, régions médicales et districts sanitaires où il existe un Service Technique de Maintenance (STM). Cette situation découle d'un défaut d'organisation (plan d'équipement, organigramme, système d'information pour la maintenance), mais aussi d'un déficit en personnel qualifié.

L’option de rendre fonctionnels des STM au niveau des régions, hôpitaux et districts devrait être revue au regard des résultats enregistrés dans ce domaine. Une solution pourrait être le recours à la contractualisation dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de maintenance.

### **2.3.3 Médicaments et produits médicochirurgicaux**

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 1998-2007, des réformes du secteur pharmaceutique ont été entreprises pour assurer l'accès de tous aux médicaments essentiels de qualité et à moindre coût. L'évaluation récente du système mis en place a révélé, entre autres, une faiblesse dans la disponibilité des médicaments avec des problèmes d'accessibilité pour les populations vulnérables ou démunies et sans couverture sociale.

Au cours du PNDS 1998-2007, des mesures ont été prises : l'érection de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) en EPS, le renforcement du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM), la formation de pharmaciens inspecteurs, l'homologation des prix des médicaments et produits médico-chirurgicaux, l'introduction de médicaments traditionnels améliorés (MTA), la lutte contre le marché illicite des médicaments et l'élaboration d'une politique nationale pharmaceutique.

### **2.3.4 Les Ressources financières du PNDS 1998-2007**

La première phase du PNDS 1998-2007 (PDIS) prévoyait un budget total de 229 milliards avec une contribution de l'Etat de l'ordre de 53,7%, des populations de 10,8%, de partenaires au développement de 29,9% et des collectivités locales de 5,6%. Pour la deuxième phase du PNDS, les prévisions étaient estimées à 735, 5 milliards FCFA avec des contributions de 44,75% pour l'Etat, 15,30% pour les partenaires au développement, 21,44% pour les collectivités locales et 18,50% pour les populations. Au total, les deux phases du PNDS prévoient un budget global pour le plan décennal de 964,5 milliards FCFA

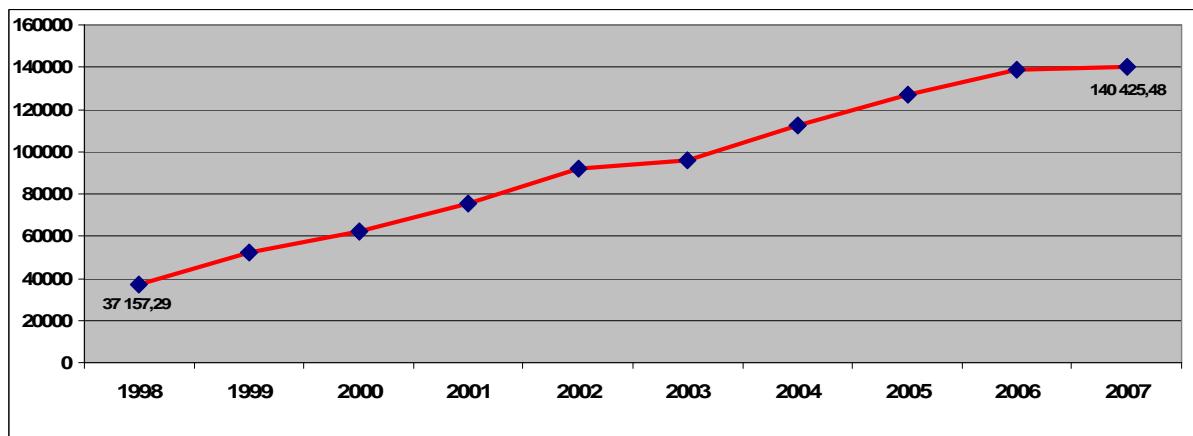
Au terme du PNDS 1998-2007, le secteur de la santé a reçu globalement un financement de 933,2 milliards de F.CFA, soit un taux de réalisation financière de 96,8%. En effet, le financement de la santé a connu, toutes sources confondues, une progression importante passant de 37,2 milliards en 1998 à 140,4 milliards en 2007 comme l'illustrent le tableau et le graphique ci-après.

**Tableau 5** : Situation du financement du secteur de la santé par source de 1998 à 2007  
(en milliards de F.CFA)

RUBRIQUES	ANNEES										TOTAL	%
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
COLLECTIVITES LOCALES	1,77	1,58	1,60	1,32	4,32	2,23	3,10	2,64	4,53	4,53	27,60	2,96%
ETAT	20,56	26,75	29,35	36,42	42,18	51,87	50,77	62,31	65,09	90,67	475,96	51,00%
PARTENAIRES EXTERIEURS	9,02	17,44	23,23	26,32	27,83	19,24	30,30	36,41	40,70	19,04	249,52	26,74%
POPULATIONS	5,81	6,19	7,82	11,42	17,87	22,31	28,05	25,66	28,77	26,19	180,08	19,30%
<b>TOTAL</b>	<b>37,16</b>	<b>51,95</b>	<b>62,00</b>	<b>75,47</b>	<b>92,19</b>	<b>95,66</b>	<b>112,22</b>	<b>127,02</b>	<b>139,08</b>	<b>140,43</b>	<b>933,17</b>	<b>100,00%</b>

Sources : MSP/DAGE, Rapport financier

**Graphique 3 : Evolution du financement du PNDS 1998-2007**



Le financement dans le secteur de la santé provient essentiellement de l'Etat, des partenaires au développement, des populations et des collectivités locales. L'Etat a été le principal pourvoyeur en ressources financières du secteur de la santé dans la mise en œuvre du PNDS, avec un apport de 475,96 milliards de FCFA, représentant 51% de du financement. Il est suivi par les partenaires extérieurs avec un apport au financement de 249,52 milliards de FCFA, représentant 26,7%. Viennent ensuite les populations et les Collectivités Locales pour respectivement 19,3% et 3%. Pour le cas particulier, des collectivités locales, les contributions financières ont été très en deçà des prévisions pour l'ensemble des deux phases. Le gap a été en partie résorbé par l'Etat et les populations. A titre illustratif, les comptes nationaux de la santé ont mis en évidence l'importance du secteur privé dans la formation de la Dépense nationale de santé (DNS). Pour l'année 2005, ces comptes évaluent cette contribution à 109,42 milliards sur un total de 254,20 milliards FCFA soit 43% de la DNS. Dans la participation du privé, les ménages occupent, de loin, la première place avec 87%.

Sur le plan de l'analyse économique des dépenses, il convient de rappeler que le PDIS avait prévu 42,6% du budget pour le fonctionnement, 31,2% pour le personnel et 26,2% pour l'investissement. Les réalisations notées à la fin du programme indiquent les taux suivants : 44,1% pour le fonctionnement, 29,8% pour le personnel et 26,1% pour l'investissement. Si la part prévue pour les investissements a été respectée, on note un léger fléchissement par rapport au fonctionnement et au personnel. Il faut, néanmoins, souligner un phénomène récurrent au ministère depuis l'instauration du fonds de motivation et l'initiative de la contractualisation qui occasionne des réaménagements budgétaires de la rubrique « investissement » vers la rubrique « personnel » ce qui, à terme, peut affecter l'efficience dans l'allocation budgétaire.

Selon les comptes nationaux de la santé, l'analyse des dépenses de santé pour 2005 dans les structures publiques révèle que seulement 3% du financement public sont orientés vers les postes de santé et les maternités rurales, contre 38% vers les centres de santé et 50% vers les hôpitaux. Si l'on se réfère à la stratégie d'« amélioration de l'accessibilité des services », les

postes et les centres de santé devraient bénéficier beaucoup plus du financement de l'Etat, ce qui justifie une réorientation des ressources au niveau des structures périphériques.

La presque totalité du financement public est orientée vers les structures publiques alors que les structures privées participent à la prise en charge de la santé des populations qui est dévolue à l'Etat. Le secteur privé devrait bénéficier d'une assistance pour une meilleure prise en charge de la santé et favoriser le partenariat public privé.

Sur le plan de l'assurance maladie, il n'existe pas encore de couverture maladie généralisée à l'ensemble de la population malgré la part importante des ménages qui contribuent pour 38% dans la prise en charge des dépenses de santé. Le taux de couverture risque maladie se situe autour de 20%. Il existe réellement des potentialités pour le développement de mécanismes de financement solidaires pouvant mener à terme vers une assurance universelle. Le système actuel de sécurité sociale est caractérisé par une très grande diversité dans son organisation et son fonctionnement et comporte les éléments suivants : (i) la couverture du risque maladie bâtie sur des principes de solidarités professionnelles et limitée à certaines catégories socio professionnelles ; (ii) les dispositifs d'exemption et d'assistance en faveur des couches sociales particulières qui incluent le Plan SESAME en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus ; (iii) la subvention en faveur des personnes atteintes d'affection particulières (Tuberculose, VIH/SIDA), la gratuité des accouchements et césariennes (sauf dans la région de Dakar) ; (iv) les certificats d'indigence qui permettent aux personnes qui en sont munies de bénéficier gratuitement de soins dans les formations sanitaires publiques ; (v) les réseaux alternatifs de la protection sociale qui est un système contributif visant la protection des personnes non couvertes par les systèmes formels. Pour le cas particulier des mutuelles de santé, le développement noté ces dernières années nécessite qu'il soit mis en place un encadrement approprié et un cadre institutionnel qui intègre la loi de 2004 sur la mutualité qu'il urge de compléter par la prise des décrets d'application y afférents.

### **2.3.5 Système d'information**

Le système d'information sanitaire à des fins de gestion (SIG) est en cours de reconstruction. Parmi les acquis, on peut noter : (i) la standardisation des outils et l'harmonisation des procédures de collecte des données au niveau des districts, (ii) l'informatisation du Système d'information sanitaire (SIS) initiée dans le cadre du PNDS 1998-2007 à travers le logiciel « Application Santé », (iii) la création en 2004 du Service National de l'Information Sanitaire (SNIS).

Ces différents dispositifs ont permis la sortie régulière de l'annuaire statistique depuis trois ans avec une amélioration progressive de la qualité des données. Malgré tout, il reste beaucoup d'efforts à fournir en termes de renforcement en ressources humaines et en logistique. En plus, l'informatisation du système doit être revue et adaptée à l'environnement technologique actuel pour mieux prendre en compte les besoins aux niveaux central et régional.

Par ailleurs, le Service National d'Information Sanitaire (SNIS) devrait être mieux préparé à prendre en compte les préoccupations des autres secteurs ayant des actions de santé qu'il s'agisse du secteur privé, des autres ministères, des organisations internationales, etc. Pour cela, la collaboration doit être développée avec les institutions de recherche ou les agences spécialisées dans la statistique et la démographie telles que l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD).

Au niveau périphérique, les données collectées sont souvent incomplètes et manquent de qualité et d'exhaustivité. Il s'y ajoute une insuffisance de coordination du fait de l'interférence des programmes qui ne tiennent pas compte de la périodicité des rapports fournis par les différents niveaux. Une des solutions à ce problème passera par le renforcement des capacités au niveau régional

Au niveau de la réglementation, il importe de prendre des actes pour organiser le circuit de l'information en prenant soin d'identifier des responsables à tous les niveaux, de préciser les conditions d'accès à l'information et les modalités de diffusion.

### **2.3.6 Recherche en santé**

La recherche s'appuie sur les structures du système de santé national, le secteur privé et les stations de recherche. Les initiatives de renforcement des capacités de recherche se sont généralisées au cours des années 90. Le comité d'éthique qui a été mis en place fonctionne normalement. Le fonds d'impulsion de la recherche a permis d'obtenir des résultats importants qui ont amélioré les stratégies d'intervention dans certains domaines (Infections Respiratoires Aiguës, Paludisme, etc.). Cependant, dans d'autres domaines, les succès sont mitigés du fait à l'absence d'une perspective systémique pour la maîtrise de la recherche en santé. Le développement de partenariats avec l'Université, les Instituts de recherche et le secteur privé est nécessaire pour promouvoir la recherche en santé et assurer une supervision et un contrôle effectif sur les activités de recherche. La coordination de la recherche en santé et l'éthique est assurée par une division. Cependant, il arrive que des activités de recherche au sein du Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) échappent à son contrôle et à sa supervision.

### **2.3.7 Organisation du système de santé**

#### **2.3.7.1 Organisation du ministère**

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire constitué par les Régions Médicales et périphérique appelé district sanitaire.

##### Niveau Central

Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, des Directions et des Services rattachés. Trois ordres de difficultés gênent le fonctionnement des services sur le plan institutionnel : (i) le nombre important de services rattachés, (ii) le conflit de compétences entre services centraux partageant les mêmes missions, (iii) le manque de précision dans les missions du fait de l'absence d'arrêtés d'application.

##### Niveau intermédiaire : La Région Médicale (RM)

Le Sénégal compte 14 régions médicales. La région médicale, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, assure la coordination, la supervision,

l’inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d’administration, de gestion et de planification. Toutefois, les Régions Médicales jouent difficilement ce rôle en raison de l’insuffisance des capacités et des ressources humaines et logistiques.

#### Niveau périphérique : District Sanitaire (DS)

Le Sénégal compte 69 districts sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations. Le district est l’unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Il s’y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Le district est constitué d’un ou de plusieurs centres de santé et englobe un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales. Les districts comme les régions médicales manquent de capacités. Cette situation explique la faiblesse des équipes cadres.

L’analyse de l’organisation actuelle du Ministère de la Santé et de la Prévention a fait ressortir des dysfonctionnements et insuffisances au niveau de certains secteurs. Il s’agit essentiellement de : (i) l’absence d’une structure de planification ; (ii) du déficit de coordination ; (iii) de la dispersion des services en charge de la santé de la mère du nouveau né et de l’enfant ; (iv) de la faible interaction des interventions sectorielles ; (v) de la faiblesse de la recherche ; (vi) des difficultés de mise en œuvre de la réforme hospitalière ainsi que (vii) l’absence d’une chaîne harmonieuse d’institutions de soins donnant l’impression que les structures hospitalières sont en dehors du système ; (viii) des insuffisances dans la politique pharmaceutique nationale et du domaine des laboratoires ne prenant pas suffisamment en compte les directives communautaires de l’Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) et de la Communauté Economique des Etats de l’Afrique de l’Ouest (CEDEAO) sur l’harmonisation des cadres institutionnels ; (ix) du manque de contenu du programme de prévention médicale ; (x) de la faible capacité de la Région Médicale et, enfin ; (xi) du manque de cadre de concertation pour une décentralisation harmonieuse.

#### **2.3.7.2 Offre de services et système de référence contre référence**

L’offre de soins épouse l’architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, l’hôpital constitue la référence, suivi du centre de santé au niveau intermédiaire et des postes de santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l’offre du secteur privé à tous les échelons de la pyramide sans qu’il existe, toutefois, une correspondance parfaite entre les plateaux techniques des deux systèmes à chaque niveau. Au niveau communautaire, le système est complété par les initiatives communautaires matérialisées sur le terrain, entre autres, par le développement des cases de santé. Il faut noter, en plus, la part non négligeable de la médecine traditionnelle dans le secteur de la santé.

##### Au niveau hôpital

Les soins spécialisés (spécialités chirurgicales et médicales) sont disponibles au niveau des hôpitaux de niveau 3 qui sont tous implantés dans la région de Dakar sauf 1 à Touba dans la région de Diourbel. La médecine générale, la chirurgie générale et la césarienne sont disponibles au niveau des hôpitaux de niveau 2 qui sont implantés au niveau des chefs lieux de région et au niveau des départements de Ndioum et Ourossogui. Il arrive que les hôpitaux

régionaux comptent parmi leur personnel un ou plusieurs spécialistes (pédiatrie, ophtalmologie, cardiologie, traumatologie, etc.), mais ce personnel ne dispose pas toujours de services opérationnels, notamment en matière de diagnostic. Il faut aussi souligner l'inégalité répartition des services hospitaliers, la technologie de pointe étant la propriété de Dakar. La disponibilité du scanner limitée à l'axe Dakar/Thiès/Saint-Louis témoigne de l'iniquité de l'offre à travers le pays. Les soins spécialisés qui comprennent les soins relatifs à la prise en charge de maladies chroniques comme le diabète, le cancer et l'insuffisance rénale ne sont disponibles qu'au niveau hospitalier.

Le rôle important de l'hôpital en tant que structure de référence a amené les pouvoirs publics à initier une réforme en 1998 afin d'améliorer la qualité des services hospitaliers en les rendant plus accessibles géographiquement et financièrement. C'est dans le cadre de cette réforme que tous les hôpitaux ont acquis un statut d'autonomie de gestion dans le but de leur permettre de disposer d'outils pertinents de management hospitalier prenant en charge les objectifs de la réforme. Aujourd'hui, on constate que les populations, sans que cela ne soit étayé par une enquête qualitative, continuent de se plaindre des difficultés d'accès aux soins hospitaliers et même de la qualité des services offerts. Pourtant les hôpitaux consomment la majeure partie du budget alloué aux soins. D'ailleurs, il convient de noter, selon les rapports de performance CDSMT 2006 et 2007, des augmentations de plus en plus importantes de la dette hospitalière (environ 14 milliards en 2007). Cette situation, si elle persistait, pourrait aggraver le dysfonctionnement des hôpitaux déjà très préoccupant. On comprend alors que l'idée de mise en place d'une politique hospitalière soit à l'ordre du jour. Les leçons tirées de la réforme devraient aider à prendre les meilleures dispositions pour accompagner les transformations inhérentes à la mise en œuvre de cette politique.

#### Au niveau centres de santé et postes de santé

Les soins de santé de base, y compris la maternité et les soins dentaires, sont disponibles au niveau des centres de santé et de quelques postes de santé, donc à l'échelon périphérique de la pyramide. C'est également le lieu privilégié des activités préventives et promotionnelles. Dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle, des initiatives ont été prises pour rendre disponible la césarienne au niveau périphérique. L'objectif est de rendre disponible les soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU) dans tous les centres de santé de référence qui disposent d'un plateau technique d'hôpital de niveau 1. Aujourd'hui 12 centres de santé disposent de bloc chirurgical SOU parfois même élargi à la chirurgie générale.

#### Système de référence/contre référence

L'iniquité dans l'offre de services aurait pu être atténuée en partie s'il y avait un système opérationnel de référence/contre référence. Ce système tarde à être opérationnel. Il y a certes un acquis avec la disponibilité des ambulances des districts et la gratuité des évacuations qui sont assurées. Mais tout ce dispositif reste insuffisant pour démocratiser l'accès aux soins. Il faut véritablement que le centre de santé et l'hôpital jouent leur rôle de référence respectivement au niveau district et au niveau régional/national. Le système de référence/contre référence suppose l'existence de procédures claires, partagées, validées et approuvées qui décrivent les conditions dans lesquelles tout malade qui entre en contact avec le système de santé gravit les échelons selon le cas. Le système déjà élaboré devrait être rendu opérationnel une fois que les critères ci-dessus énumérés sont respectés.

### Secteur privé

A propos du partenariat avec le secteur privé, les actions phares inscrites dans le PNDS 1998-2007 étaient les suivantes :

- mener une enquête situationnelle sur le secteur privé ;
- réviser les textes sur les politiques fiscales appliquées aux médecins du privé pour les inciter à la mise en œuvre de la politique de santé ;
- organiser la pratique médicale dans le privé ;
- promouvoir l'encadrement du secteur privé pour sa participation effective dans la mise en œuvre des programmes de santé prioritaires ;
- renforcer la supervision et l'inspection technique dans le secteur privé ;
- aider le secteur privé à mieux s'organiser autour d'instances comme les ordres mais également à travers les associations et les amicales.

Les résultats enregistrés dans ce domaine sont insuffisants. La seule activité qui a été réalisée est l'étude sur la participation du secteur privé dans la mise en œuvre des programmes de santé prioritaires. Et sa portée est très limitée puisqu'elle n'a concerné que la région de Kaolack.

Force est de constater que le secteur privé n'est pas suffisamment impliqué dans le processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques et programmes de santé. Et pourtant, les services de santé privés sont aussi bien fréquentés par les riches que par les pauvres et influencent favorablement les indicateurs prioritaires du secteur. L'un des facteurs explicatifs de cette situation est lié notamment à l'absence de cadres de collaboration formelle à tous les niveaux, malgré l'existence d'une réelle volonté politique. Aujourd'hui, il a été démontré que la solution aux différents problèmes liés au financement de la santé passera, entre autres, par le développement du partenariat public – privé (PPP).

En réalité, l'apport du privé en matière de santé aurait pu être plus important si ce secteur était bien impliqué, si la politique de contractualisation était mise en œuvre et si des cadres formels de collaboration Public – Privé étaient créés et rendus fonctionnels.

### Initiatives au niveau communautaire

Il faut rappeler que le PNDS 1998-2007 était bâti sur une logique d'ancrage dans les soins de santé primaires. Or, au constat, il n'a été pas développé de stratégies particulières en matière de santé communautaire. Néanmoins, on a assisté à un développement des cases de santé avec l'appui de certains partenaires au développement et à une multiplication des initiatives communautaires comme le traitement par l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC), la prise en charge communautaire des IRA, de la diarrhée, du paludisme simple et des soins essentiels du nouveau né. Un groupe de travail a été créé en 2007 pour réfléchir sur la stratégie de passage à l'échelle des initiatives communautaires réussies. L'opérationnalisation de cette stratégie permettra de capitaliser les résultats de ces différentes initiatives et d'améliorer la prise en charge de la maladie au niveau communautaire. Par ailleurs, il importe de noter que les activités promotionnelles et préventives ont été activement menées par les agents et relais communautaires et méritent d'être renforcées par un encadrement plus soutenu.

## Médecine Traditionnelle

Au Sénégal, la volonté politique de promouvoir la médecine traditionnelle s'est manifestée depuis fort longtemps. En effet, la valorisation de cette composante particulière de la santé a été l'une des priorités du Plan National de Développement Sanitaire du Sénégal 1998-2007.

Les principales activités réalisées, dans ce cadre, au cours du PNDS 1998-2007 sont les suivantes :

- Organisation d'un forum national ;
- Recensement des tradipraticiens et leur organisation en associations ;
- Inventaire des aires de peuplement et la création de cinq (05) centres d'expérimentations cliniques de médicaments à base de plantes médicinales dans quatre (04) régions : Dakar, Louga, Koungheul et Kolda;
- Elaboration et validation des textes réglementant la pharmacopée traditionnelle ;
- Elaboration et validation d'un plan stratégique 2007-2010 pour l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé même si elle n'est pas mise en œuvre.

Un projet de Loi portant réglementation de la médecine traditionnelle a été élaboré en 2004. Mais elle n'a pas encore été votée du fait de plusieurs facteurs dont la difficulté à s'accorder sur une définition consensuelle.

### **2.3.7.3. Outils de gestion du système**

#### ▪ Décret et arrêtés organisant le ministère

Le décret 2004-1404 du 04 novembre 2004 est le dernier qui organise le ministère de la santé. Jusque là, il n'a pas été suivi d'arrêtés d'application. L'absence d'arrêtés précisant les missions des directions, divisions et services régionaux est source de dysfonctionnement du système.

Au-delà des décrets et des arrêtés, il est même utile de recourir à des circulaires pour réglementer le fonctionnement de certains sous secteurs et de certains échelons de la pyramide. Une circulaire pourrait mieux préciser la place de l'hôpital dans le système **et** le fonctionnement des districts, etc.

#### ▪ Carte sanitaire

La carte sanitaire est un outil de réglementation et de veille pour la répartition de l'offre de service au plan national. Par conséquent, elle doit être régie, au moins, par un décret pour être opposable à tous. Elle doit tenir compte de l'existant au niveau du secteur privé et fondée sur des normes précises en matière d'infrastructures, de personnels et d'équipements. Elle doit également être revue de manière périodique pour s'adapter aux situations nouvelles.

L'effort a été fait d'élaborer une carte hospitalière (arrêté 91-28 du 20 novembre 2001). Une étude a suivi pour l'élaboration d'une carte sanitaire tenant compte des besoins en infrastructures, équipements et personnels. Néanmoins, aucun texte législatif ou réglementaire n'a été pris pour rendre applicables les résultats de cette étude.

#### **2.3.7.4. Gestion de l'environnement du système**

Les performances du secteur de la santé sont fortement influencées par un environnement interne et externe.

A l'interne, la multiplication des acteurs (les ministères ayant des actions de santé, les collectivités locales, les organisations de la société civile, les comités de gestion) nécessite la mise en place de mécanismes de coordination formels. C'est dans ce cadre qu'un accent particulier devra être mis sur la promotion de la multisectorialité, la collaboration avec la société civile et le renforcement du partenariat public-privé. La politique de contractualisation élaborée depuis 2005 devrait davantage aider à opérationnaliser ces partenariats bénéfiques. Il est toutefois nécessaire de mettre en place des outils et des mécanismes pour assurer le suivi de ces partenariats afin d'en garantir l'efficacité recherchée.

A l'externe, la gestion transfrontalière des épidémies relève des organisations régionales et sous régionales telles que la Région Afrique de l'OMS et l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). La préparation des missions liées aux activités de ces organisations connaît parfois des problèmes qui affectent la qualité de la participation de notre pays. Il s'agit de l'insuffisance de coordination et d'implication des experts qualifiés. En outre, les résultats des missions ne sont pas systématiquement partagés. Or, toutes les opportunités en matière de financement extérieur doivent être exploitées au double plan de la coopération multilatérale et bilatérale.

### **2.4 Santé et Décentralisation**

Dans le domaine de la décentralisation, beaucoup de réformes ont été prises pour aboutir à celle de 1996 qui érige la région en collectivité locale. Un transfert de neuf domaines de compétences, dont la santé, de l'Etat central aux collectivités locales a été effectué. Ainsi, les communes et communautés rurales ont la charge d'assurer le fonctionnement et la maintenance des structures sanitaires qui relèvent de leur aire de responsabilité.

Au cours du PNDS 1998-2007, plusieurs actions ont été initiées pour faciliter l'application des textes sur le transfert de compétences aux collectivités locales en matière de santé. Il s'agit essentiellement d'activités de renforcement des capacités des personnels de santé et des élus. C'est ainsi que deux ateliers ont été organisés sur « Santé et Décentralisation » en partenariat avec l'Union des Associations d'Elus Locaux (UAEEL). Par ailleurs, plusieurs sessions de formation ont été organisées sur le terrain sur le même thème. Plus spécifiquement, certains partenaires ont développé des projets afin d'améliorer la gouvernance sanitaire locale. Dans ce cadre, des stratégies ont été mises en œuvre pour initier la planification et la mobilisation des ressources au niveau local.

A la suite de toutes ces expériences, un projet de protocole entre l'UAEEL et le ministère de la santé a été même élaboré. Il s'est agi, notamment, de faire face aux difficultés notées dans les relations entre les responsables de la santé et les élus au niveau local. Les rapports souvent difficiles entre ces deux parties prenantes du système au niveau local ont été, entre autres, à l'origine des dysfonctionnements des organes de gestion. Les comités de gestion n'ont pas été installés dans la plupart des cas. Et quand ils le sont, leur niveau de fonctionnalité est resté globalement faible. Par ailleurs, certaines collectivités locales ne libèrent pas la totalité des crédits alloués aux formations sanitaires sous leur tutelle. De l'avis des deux parties, la

décentralisation fait encore l'objet de beaucoup d'incompréhensions entre les professionnels et les autorités locales.

## 2.5 Performances du secteur

Les objectifs déclinés dans le PNDS 1998-2007 étaient au nombre de trois (3) : (i) Réduire la mortalité maternelle, (ii) Réduire la mortalité infanto juvénile et (iii) maîtriser la fécondité. Au terme de sa mise en œuvre, les résultats suivants ont été enregistrés : le taux de mortalité maternelle est passé de 510/100 000 naissances vivantes en 1992 à 401/100 000 naissances vivantes en 2005 ; le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 150‰ en 1997 à 121‰ en 2005 ; le taux de mortalité infantile de 70,1‰ en 1997 à 61‰ en 2005. L'indice synthétique de fécondité est passé de 6,0 en 1992 à 5,3 en 2005.

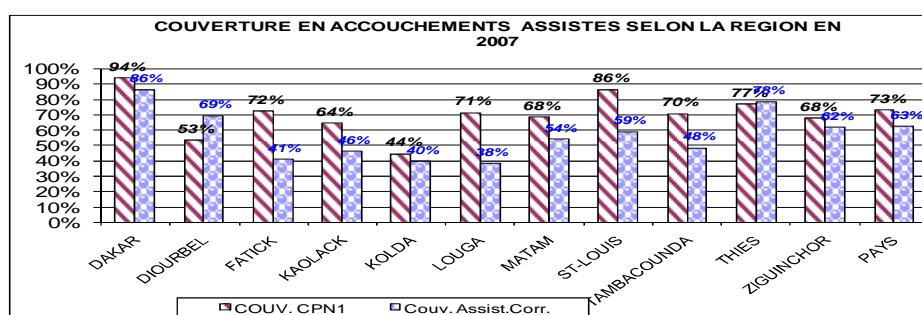
Pour atteindre ces résultats, onze stratégies ont été identifiées et mises en œuvre dont l'accroissement des performances des programmes de santé de la reproduction et le renforcement du contrôle des maladies endémiques et de la surveillance épidémiologique.

En ce qui concerne la santé de la reproduction, l'accent a été mis sur la surveillance de la grossesse, l'assistance par du personnel qualifié pendant l'accouchement et la prise en charge des complications obstétricales et néonatales. C'est ainsi que, selon l'EDS IV, la proportion de femmes enceintes ayant effectué au moins une consultation prénatale auprès de personnel de santé qualifié est passée de 82% en 1997 à 87% en 2005 avec un taux d'achèvement (4 CPN) de 40%. Au cours de la même période, la proportion de femmes dont l'accouchement s'est déroulé en structure sanitaire est passée de 48% à 62% avec 52% d'accouchements assistés par du personnel qualifié. Le taux de césarienne est de 3% inférieur au seuil de 5% recommandé dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle. Cette situation s'explique par l'insuffisance de blocs opératoires fonctionnels dans les centres de santé qui rendent encore inaccessibles les Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence Complets (SONUC). La planification familiale connaît une progression lente, passant de 8,1% en 1997 à 10,3% en 2005 (EDS IV) alors que l'objectif était de 16%. L'absence de maîtrise de la fécondité fait partie des contraintes majeures pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Tous ces indicateurs connaissent des disparités régionales et selon le milieu de résidence, ce qui témoigne de l'inégal accès aux soins. La mortalité maternelle est de 309 pour 100.000 NV en milieu urbain contre 472 en milieu rural (EDS IV). La mortalité infanto juvénile est de 91 pour mille en zone urbaine et 160 pour mille en zone rurale.

Ces disparités sont corrélées aux performances enregistrées selon les régions en ce qui concerne la surveillance de la grossesse et de l'accouchement (Voir graphique ci-après).

**Graphique 4 :** Couverture CPN et Accouchements assistés selon la région en 2007



Source : Rapport de performances 2007- CDSMT Santé

Dans le domaine de la survie de l'enfant, la mortalité néonatale reste très élevée, ce qui explique l'insuffisance du recul de la mortalité infantile. Plus de la moitié des décès avant 1 an interviennent avant le vingt huitième jour. L'insuffisance de prise en charge des soins post nataux participe à l'aggravation de ce phénomène. Moins de 3 femmes sur 10 en ont bénéficié dans les deux jours ayant suivi l'accouchement et une sur 10 entre le septième et le quarante deuxième jour selon l'EDS IV. En outre, la malnutrition contribue pour près de 50% des décès chez les enfants de moins de cinq ans (Lancet, 2005).

Dans un souci de rationalisation et d'intégration des activités dans les formations sanitaires de premier niveau, la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) est mise en œuvre depuis 1998. En fin 2007, plus de 60% des districts ont formé la plupart de leurs agents de santé à la PCIME dont la composante communautaire s'installe progressivement sur l'ensemble du territoire national (55 districts sur 65). Elle couvre les activités du PAIN, les soins à domicile et le recours aux soins précoce. L'enquête PCIME de 2006 confirme que les maladies les plus courantes sont le Paludisme (72%), les IRA (47%) et la Diarrhée (23%) sur fond de malnutrition. Les résultats montrent une prise en charge correcte du paludisme (95%), des IRA (35%) et de la diarrhée (56%), un index de disponibilité des huit médicaments oraux de 0,63 (l'optimum étant de 1).

En ce qui concerne la lutte contre la maladie, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) enregistre, depuis 2001 une performance qui se consolide d'année en année. Ainsi, la couverture au DTC3 est passée de 45,3% en 2001 à 93% en 2007 au niveau national. Ces résultats expliquent, entre autres, le recul des maladies cibles du PEV telles que la rougeole et la Poliomyélite dont le dernier cas remonte à 1998. Les autres priorités de la lutte contre la maladie concernent le SIDA, le paludisme et la tuberculose.

Le Sénégal est cité comme un pays de référence en Afrique dans la lutte contre le SIDA. En effet, la séroprévalence au sein de la population générale est estimée à 0,7% par l'EDS IV (2005). Il faut, toutefois, rappeler que le Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA 2007-2011 a pour objectif de maintenir la prévalence du VIH à moins de 2%. L'épidémie du VIH est de type concentré avec au sein des groupes à risque des taux de prévalence de 20% notamment chez les Travailleuses du sexe et les hommes ayant des rapports avec les hommes. En outre, il existe une féminisation de l'épidémie avec un ratio Femme/Homme de 2,25. Des disparités régionales sont également notées avec des prévalences fortes dans les régions de Ziguinchor (2,2%) et de Kolda (2%) d'après l'EDS IV. En 2008, près de 7000 personnes ont bénéficié d'un traitement antirétroviral (ARV) gratuit.

Par rapport au paludisme, la tendance observée à partir de 2001 est plutôt favorable, avec un taux de morbidité qui est passé de 33,6 % en 2001 à 22,25 % en 2007. Quant à la létalité hospitalière, elle est passée de 6,20% en 2006 à 3,36 % en 2007. L'évaluation finale du Plan stratégique 2001-2005, réalisée en 2005, montre une amélioration des taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées entre 2000 et 2005. Ainsi, le taux d'utilisation chez les enfants de moins de 5 ans passe de 1,2% à 18%, et chez les femmes enceintes de 1,7% à 39%. Le taux d'utilisation du traitement préventif intermittent (TPI) à la SP (Sulfadoxine Pyriméthamine) chez la femme est de 47%.

En 2006, l'enquête de couverture réalisée par le Programme national de lutte contre le Paludisme (PNLP) révèle des taux d'utilisation des moustiquaires de 32,6 % chez les femmes

enceintes et de 45,6 chez les enfants de moins de 5ans. La même enquête a montré un taux de couverture en TPI en prise observée de 64,3%.

Pour améliorer le dépistage et la prise en charge des cas, les tests diagnostic rapide sont généralisés à l'ensemble des districts. En outre, les (Artémisinine Combined Treatment) sont rendus disponibles et accessibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Dans le cadre de la lutte contre la Tuberculose, on note une lente évolution des indicateurs malgré les efforts consentis pour assurer la gratuité du traitement. En effet, en 2006, le taux de détection est estimé à 60% pour un objectif de 70% et le taux de guérison de 76% pour un objectif de 85%. Par ailleurs, nous assistons à un accroissement des cas multi résistants aux anti-tuberculeux majeurs.

En ce qui concerne les Maladies Tropicales Négligées (MTN), il convient de souligner que l'Onchocercose n'est plus un problème de santé publique au Sénégal. Toutefois, la prévalence encore élevée dans certains pays de la sous région constitue une menace d'une ré infestation. Pour le ver de Guinée, la certification de l'interruption de la transmission par l'OMS a été faite depuis mars 2004. Il importe, toutefois, de renforcer la surveillance épidémiologique surtout celle à base communautaire. Dans le cadre de la lutte contre le trachome, 2<sup>ème</sup> cause de cécité après la cataracte, le traitement de masse par l'Azithromycine ainsi que la chirurgie du trichiasis ont démarré depuis 2004 dans les régions prioritaires. Quant à la bilharziose, des campagnes de traitement de masse au Praziquantel ont été initiées dans le cadre du Projet de Lutte contre les Maladies Endémiques (PLCME) depuis 1997. Le seuil d'élimination de la lèpre de 1 pour 10000 est atteint depuis une dizaine d'années (il est aujourd'hui à 1 pour 25 000).

Les maladies à potentiel épidémique, en particulier le choléra, connaissent depuis 2004 une recrudescence avec une tendance endémique. Les principaux déterminants dans les zones d'apparition du choléra sont liés aux problèmes d'assainissement, aux difficultés d'accès à l'eau potable et les mauvais comportements individuels et collectifs. La multiplicité des déterminants requiert la mise en œuvre d'une approche multisectorielle pour asseoir une stratégie de lutte efficace et durable. Celle-ci devrait davantage s'articuler autour de la promotion de la santé dont le caractère transversal est mieux pris en compte face au défi de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.

Au cours des trois dernières années du PNDS 1998-2007, une attention particulière a été accordée aux maladies non transmissibles. A cet effet, un accent particulier a été mis sur celles qui posent des problèmes de prise en charge en termes de coûts, même si les interventions restent encore timides. C'est ainsi qu'est née la notion de maladie chronique à soins coûteux. Sont rangés dans cette rubrique, le cancer, l'insuffisance rénale et le diabète. Ces maladies de plus en plus fréquentes dans toutes les couches de la population constituent des causes de basculement des ménages dans la pauvreté. L'enquête sur la prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles avec l'OMS (enquête « STEPS ») devrait permettre d'orienter les stratégies dans le sens de la prévention de ces maladies dont les soins sont onéreux.

## **2.6 Leçons apprises du PNDS-1998-2007**

Les résultats de l'analyse des performances du PNDS 1998-2007 abordés plus haut indiquent clairement que des progrès ont été réalisés dans différents domaines, surtout ceux en relation avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cette analyse montre,

néanmoins, qu'il reste beaucoup d'efforts à fournir pour atteindre les OMD à l'horizon 2015. Les principales leçons apprises au terme de la mise en œuvre de ce plan sont résumées ci-après :

- L'approche sectorielle a permis d'améliorer la mobilisation de ressources au profit du secteur et la lisibilité des interventions des partenaires au développement; l'aide extérieure pourrait toutefois être plus efficace si les différentes parties concernées s'engagent davantage dans une ferme volonté d'améliorer la coordination des interventions.
- Le suivi de la mise en œuvre du PNDS a été rendu difficile par l'absence d'un plan de suivi évaluation et le manque de corrélation forte entre ses indicateurs d'impact et les indicateurs d'effets et de processus des différents plans opérationnels.
- Le cadre de mise en œuvre du PNDS a manqué de cohérence et de précision sur le rôle des différents acteurs, ce qui a été à l'origine de plusieurs dysfonctionnements tels que le non respect des délais de livraison des plans opérationnels annuels, le manque de description des procédures de validation de ces plans et l'insuffisance des financements mobilisés pour leur mise en oeuvre.
- L'absence d'un plan de réalisation des infrastructures et des équipements a été à l'origine des difficultés rencontrées dans la maîtrise des délais des travaux de construction/réhabilitation. Il convient de se doter de ces outils et d'élaborer un plan de maintenance et de renouvellement/réhabilitation des équipements et infrastructures en cohérence avec la carte sanitaire qui doit être rendue opérationnelle.
- La création de la Direction des Ressources Humaines et les efforts fournis en matière de formation n'ont pas suffi pour améliorer la couverture en personnel de santé. Cette situation s'explique essentiellement par l'absence d'un plan de développement des ressources humaines intégrant des mesures efficaces pour améliorer la gestion et fidéliser le personnel. Il importe, par conséquent, de mettre en place une politique des ressources humaines.
- L'attention qui devait être accordée à la prise en charge des groupes vulnérables, en rapport avec la stratégie de lutte contre la pauvreté, est restée insuffisante et ce n'est qu'au cours des dernières années que des initiatives de subvention ont été prises, mais sans réellement profiter aux maladies chroniques à soins coûteux qui constituent pourtant un lourd fardeau pour les ménages sénégalais.
- L'absence de critères d'allocation des ressources a été à l'origine de disparités dans le financement des programmes et des différents échelons de la pyramide. Les services centraux ont plus profité de ces financements alors que la priorité devait être accordée aux soins de santé de base qui sont plus aptes à faire évoluer favorablement les indicateurs de morbidité et de mortalité.
- L'implantation de blocs opératoires au niveau des centres de santé rendant disponibles les SONUC (soins obstétricaux et néonatals d'urgence complets) a contribué à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Elle devrait être élargie à l'ensemble des centres de santé de référence pour une meilleure intégration des programmes de lutte contre la mortalité du nouveau-né et la mortalité maternelle.
- La prise en charge insuffisante de la composante néonatale a été à l'origine de l'inefficacité constatée dans la lutte contre la mortalité infantile qui a également souffert de l'insuffisance de la mise en œuvre d'initiatives communautaires.
- La mise en œuvre du CDSMT à ses débuts, en 2006, a montré ses limites, essentiellement du fait du manque de préparation des responsables du ministère de la santé. Il s'y ajoute la persistance du sentiment largement partagé à l'époque qu'il s'agit juste d'un exercice intellectuel qui n'apporte pas de changement dans la façon

de conduire la préparation, l’arbitrage et le vote du budget. Depuis 2007, la tendance est inversée après les efforts consentis en matière de sensibilisation et de formation des acteurs. Le CDSMT constitue, aujourd’hui, l’outil de mise en œuvre du PNDS.

- Le partenariat qui a été initié avec les Organisations non gouvernementales (ONG) a été jugé appréciable par les deux parties même si les résultats escomptés n’ont pas été atteints du fait essentiellement de l’insuffisance de capacités des ONG dont les projets ont bénéficié de financements à travers le PDIS. L’expérience peut être améliorée si le partenariat MSP-ONG inclut le renforcement des capacités de ces dernières dans la formulation et la gestion de projets ainsi que dans le domaine du suivi et l’évaluation.
- L’apport du privé en matière de santé aurait pu être plus important si ce secteur était bien impliqué, la politique de contractualisation mise en œuvre et des cadres formels de collaboration Public – Privé créés et rendus fonctionnels.
- La culture du « rendre compte » tarde à entrer dans les consciences au niveau des responsables du ministère de la santé. Des actions énergiques sont nécessaires pour corriger cette insuffisance, notamment, en systématisant les contrats de performance à tous les niveaux tout en veillant à ce qu’ils soient suivis d’effets. Le renforcement des capacités locales pour rendre effectif le contrôle citoyen est nécessaire, à cet effet. L’amélioration de la gouvernance sanitaire, surtout au niveau local, est un levier efficace sur lequel il faut s’appuyer pour améliorer les performances.
- L’insuffisance de moyens mis en œuvre pour la prise en charge des groupes vulnérables, en particulier, les pauvres.

### **3. Enjeux et défis**

Le plan national de développement sanitaire, 2009-2018, présente la particularité de mener à l’échéance de 2015, rendez-vous important de l’agenda international du développement. Or, les gaps sont encore importants pour la réalisation des OMD-santé notamment en matière de santé maternelle et infantile. L’accélération de la réalisation de ces OMD constitue donc l’un des défis majeurs du plan. L’importance des efforts à fournir pour atteindre ce résultat nécessite toutefois un recadrage institutionnel rigoureux, l’opérationnalisation de la carte sanitaire, la mobilisation de ressources adéquates, une bonne politique d’allocation de ressources et la culture de la performance.

Malgré les efforts fournis pour l’amélioration de l’accès, il existe toujours des barrières quant à l’accès des pauvres aux services de santé. Il y a des risques que l’atteinte des objectifs du PNDS 2009-2018 soit compromise, si cette situation persiste. Il faudra, par conséquent, veiller non seulement au renforcement de l’offre, mais aussi et surtout à la solvabilité de la demande et à l’adoption d’une stratégie volontariste de promotion de la multisectorialité.

La volonté politique renouvelée de mettre la prévention au début et à la fin de l’action sanitaire tarde à être concrétisée à travers des programmes opérationnels. Il en résulte la persistance de comportements défavorables à la santé. En témoignent le choléra devenu endémique, la vaccination qui tarde à devenir un réflexe chez les populations, le faible taux de prévalence contraceptive, le retard noté dans la première consultation prénatale, la fréquence des accouchements à domicile, la négligence des consultations postnatales, la faible proportion des enfants bénéficiant de la surveillance de la croissance, l’accroissement des maladies cardiovasculaires, du diabète, etc. Cette tendance devrait être inversée avec une politique de promotion de la santé qui mettra particulièrement l’accent sur le suivi de la croissance des enfants, la promotion de comportements et de modes de vie sains.

Les populations rurales accèdent difficilement aux services de santé surtout les services spécialisés car dans ce domaine, les structures de référence sont implantées à Dakar et au niveau des capitales régionales. Le coût de la prise en charge déjà élevé est majoré par les frais liés au déplacement et à l'hébergement, ce qui le rend insupportable pour la plupart des ménages. La démocratisation de l'accès aux soins constitue ainsi un défi de taille du PNDS 2009-2018. La mise à disposition d'une offre de soins minimale par région et la répartition spatiale judicieuse des moyens de diagnostic et de traitement garantiront plus d'équité dans la prise en charge. Dans cette perspective, le relèvement du plateau technique des centres de santé pour les éléver au rang d'hôpitaux de district est à l'ordre du jour. En outre, le PNDS 2009-2018 devrait être l'occasion d'implanter progressivement un hôpital de niveau 3 dans chaque chef lieu de région. La carte sanitaire devra, à cet effet, être révisée pour être plus ambitieuse et permettre ainsi une distribution des prestations de manière plus équitable.

D'autres défis majeurs du PNDS 2009-2018 sont la persistance du déficit en ressources humaines de qualité et la mauvaise répartition du personnel. L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de développement des ressources humaines et la consolidation des acquis en matière de motivation particulièrement des personnels travaillant dans les zones difficiles sont incontournables dans la situation actuelle.

Les populations se plaignent fréquemment de l'accueil et de la qualité des services de santé, sans compter les coûts de prise en charge jugés inaccessibles. Dans la production et la distribution des prestations sanitaires, une considération accrue devra être accordée à l'appréciation des usagers afin de corriger les manquements et garantir une utilisation accrue des services et justifier ainsi la pertinence de l'allocation des ressources. Pour ce faire, le système d'information devra fournir des données qui renseignent sur l'appréciation des prestations sanitaires par les usagers.

La protection des groupes vulnérables constitue une priorité de la stratégie de réduction de la pauvreté. A ce propos, le secteur de la santé doit relever le défi de garantir l'accès aux soins pour les populations démunies. Les initiatives de subvention et de gratuité des prestations prises au cours du précédent PNDS seront, par conséquent, mieux administrées pour garantir leur pérennité. La mise en place d'un système de couverture médicale universelle constitue à, cet égard, une priorité.

## **4. Vision et objectifs**

### **4.1 Vision**

Le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 repose sur la vision 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, curatifs et réadaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif.

## **4.2 Objectifs Sectoriels**

La mise en œuvre de ce plan s'inscrit dans l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux en matière de santé notamment les objectifs du DSRP et des OMD. Il s'agit plus spécifiquement de :

- (i) Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et Infanto juvéniles.
- (ii) Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie
- (iii) Renforcer durablement le système de santé
- (iv) Améliorer la gouvernance du secteur de la santé

## **5 Orientations stratégiques**

Conformément à la vision et aux objectifs, les stratégies d'intervention au cours des dix prochaines années seront véritablement tournées vers la réalisation du bien-être des familles sénégalaises par l'amélioration de la qualité de l'offre de services. Cette orientation majeure passe par un système de santé accessible à tous, avec des collectivités locales et des agents de santé responsables et qui rendent compte, des populations organisées qui participent et contrôlent, des partenaires techniques et financiers qui s'alignent aux priorités nationales. Les principes qui vont guider la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 sont la participation, la multisectorialité, la transparence, la solidarité, l'équité et le genre.

Les onze orientations stratégiques suivantes ont été retenues dans ce cadre :

- pour l'atteinte du premier objectif sectoriel : (i) Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles ;
- pour l'atteinte du deuxième objectif sectoriel : (ii) Amélioration de la Promotion de la santé, (iii) Renforcement de la prise en charge de la maladie et (iv) Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte
- pour l'atteinte du troisième objectif sectoriel : (v) Développement des ressources humaines, (vi) Renforcement des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance, (vii) Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux, (viii) Renforcement du système d'information et de la recherche en santé ;
- pour l'atteinte du quatrième objectif sectoriel : (ix) Promotion de la gestion axée sur les résultats, (x) Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière et (xi) Renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

### **5.1 Accélération de la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infanto juvéniles**

La réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infanto juvéniles, en raison de son impact sur le développement du pays, constitue le défi majeur dans le présent PNDS. Dans cette perspective, l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet intégré d'interventions de qualité pour le couple mère/enfant passera par un accroissement de la couverture sanitaire notamment en zone rurale. C'est ainsi que tous les hôpitaux de district

auront un bloc chirurgical pour les besoins de césariennes et que toutes les maternités des postes de santé des chefs lieux de communauté rurale devraient être dotées d'une sage-femme. La PCIME, et la Santé Péri-néonatale devront faire l'objet de paquets d'interventions à base communautaire pour compléter ce dispositif. Au niveau communautaire, il s'agira d'accélérer le passage à l'échelle des initiatives et expériences communautaires réussies dans le cadre de la survie de l'enfant et de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

Le paquet d'intervention spécifique à la santé de la mère et du nouveau-né comprend au moins : (i) la relance de la planification familiale, (ii) la couverture adéquate en CPN de qualité dans tous des districts, (iii) le dépistage systématique du VIH chez les femmes enceintes, (iv) la généralisation de l'assistance à l'accouchement avec l'utilisation accrue du partogramme, de la césarienne et de la disponibilité du sang, (v) les soins essentiels du nouveau-né, (vi) la couverture adéquate en consultation post natale, (vii) les soins appropriés pour les petits poids de naissance, (viii) la prophylaxie ARV chez les femmes séropositives.

Après un an, l'accent sera mis sur la promotion d'un régime alimentaire suffisant et varié, comportant les micronutriments nécessaires, la promotion de modes de vie sains, la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge des maladies infectieuses et parasitaires comme le paludisme, la tuberculose et les infections respiratoires.

En ce qui concerne les adolescents, le paquet de services devrait être disponible dans les structures de santé pour éviter toute stigmatisation et comprendre au moins : la prévention des grossesses précoces, la prévention et le dépistage volontaire des Infections Sexuellement transmises (IST) et de l'usage de substances nocives (alcool, tabac, drogues). La prise en charge du paquet minimum SR sera introduite dans les curricula des écoles de formation de base, Facultés de Médecine, écoles de sage-femme et d'infirmiers et personnel social.

Pour que toutes ces stratégies permettent de résorber les gaps importants notés dans la réalisation des OMD, il est nécessaire d'assurer une meilleure coordination entre les services responsables de la gestion de la santé de la mère du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Il importe, également, de promouvoir la multisectorialité dans la prise en charge du couple mère-enfant, d'accroître les ressources financières allouées aux programmes SR et de sécuriser l'approvisionnement suffisant en produits SR et médicaments traceurs de la PCIME. En outre, un accent particulier devra être mis dans les régions difficiles où les indicateurs sont les moins performants.

## **5.2 Amélioration de la Promotion de la santé**

La promotion de la santé, en plus de la diffusion des connaissances, met l'accent sur les facteurs facilitant et de renforcement que sont l'apprentissage, la motivation, la participation et la responsabilisation des individus. Elle insiste également sur la nécessité de créer un environnement socioculturel, politique, économique, fiscal et législatif favorable pour accompagner le développement sanitaire et lutter contre les inégalités en matière de santé.

L'adoption de cette stratégie se justifie amplement au regard des indicateurs de morbidité et de mortalité liés aux maladies transmissibles et non transmissibles. Les axes majeurs sont définis en fonction des phénomènes de l'urbanisation galopante, de la promiscuité, de la pollution et d'autres risques environnementaux ainsi que les facteurs comportementaux liés au mode de vie. Il s'agit d'assurer le plaidoyer auprès des décideurs, de mobiliser les

bénéficiaires, les acteurs et les partenaires pour investir dans la prise de conscience des facteurs de risque et les mesures préventives en faveur de la santé.

Il est attendu de cette stratégie plus de responsabilité des populations dans la prévention de la maladie, l'acquisition de comportements favorables à la santé et leur adhésion à la politique de santé. Des initiatives de financement alternatif tel que le renforcement des mutuelles de santé, de l'assurance et l'avènement de toute autre initiative d'accès aux soins des pauvres et couches vulnérables seront également mises en œuvre.

### **5.2.1 Renforcement institutionnel du service en charge de l'éducation, de l'information pour la santé**

Ce service, maître d'œuvre de la mise en place du plan stratégique national de promotion de la santé, a un rôle de premier plan à jouer dans l'impulsion, la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions ainsi que le renforcement des capacités des acteurs. Pour lui permettre de remplir sa mission, il est nécessaire de le renforcer en ressources humaines, en équipements et logistique.

Il participera activement à l'animation des structures et mécanismes qui devront être mis en place. L'objectif est d'assurer le pilotage et la coordination des actions en raison du nombre élevé et la diversité des intervenants à impliquer à tous les niveaux. Il lui reviendra d'assurer la documentation, le partage, la capitalisation et la mise à l'échelle de bonnes pratiques et des expériences réussies en promotion de la santé.

Il s'agira, pour ce service, de créer les conditions d'un partenariat dynamique avec les médias, le secteur privé et les organisations de la société civile et de construire les alliances nécessaires. Il sera chargé d'élaborer un paquet d'interventions et développera des outils et des supports pour appuyer la lutte contre les comportements défavorables à la santé. L'appui de la recherche en santé sera nécessaire pour étudier, entre autres, les déterminants socio comportementaux en santé, les perceptions des populations sur l'offre de santé et l'impact des médias dans la promotion de la santé.

### **5.2.2 Partenariat avec les décideurs**

Le partenariat et la construction d'alliances permettront de développer des programmes de promotion de la santé au niveau des décideurs politiques, économiques et sociaux et d'appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'actions en faveur de la santé. Dans ce cadre, un partenariat dynamique devra être noué avec les réseaux des parlementaires spécialisés, les organisations patronales, les partenaires sociaux, les Universités, les Institutions spécialisées, la société civile et les organisations régionales et sous régionales.

Il est nécessaire de mettre en place un cadre de réflexion, de concertation et de collaboration inter et multisectorielle pour l'identification et le contrôle des principaux déterminants de la santé, ainsi que la conception de politiques publiques en faveur de la santé des populations.

*Sur le plan politique*, des actions de plaidoyer seront menées auprès des décideurs politiques, des parlementaires, des élus locaux et des responsables du secteur public. Elles devront se traduire par la mise en œuvre de politiques d'intérêt général, la prise de mesures de protection de l'environnement et de la santé individuelle et collective.

*Sur le plan économique et fiscal*, les efforts attendus de l'Etat, de ses démembrements et des partenaires portent sur le renforcement du financement de la santé, en particulier sur les programmes sectoriels ayant des incidences positives sur la santé ainsi que l'adoption de mesures incitatives au profit du secteur.

*Sur le plan législatif*, l'Etat, à travers les textes législatifs et réglementaires, renforcera son rôle de régulateur et accordera une attention particulière à la circulation des biens et des personnes, à la sécurité de l'environnement, à la stigmatisation et la discrimination. Les questions liées au genre, l'équité, les risques professionnels et l'extension de la protection sociale seront pris en compte. Il en sera ainsi de la publicité, la fabrication et la commercialisation de produits industriels, pharmaceutiques et alimentaires.

### **5.2.3 Partenariat avec la communauté**

Il s'agira, en collaboration avec les communautés, de mettre en place les mécanismes et cadres permettant d'assurer leur participation, adhésion et responsabilisation dans la mise en œuvre et l'évaluation des activités. L'appropriation des objectifs de santé par les leaders sociaux et la communauté jouera un rôle important dans la prévention et la prise en charge des maladies. L'analyse situationnelle participative, le renforcement de capacités, la médiation et le recours aux ressources physiques et intellectuelles de la communauté en seront les principales composantes.

Sur le plan socioculturel, les valeurs et pratiques sociales positives seront renforcées et mises à contribution pour la protection et l'amélioration de la santé. Les pratiques néfastes seront ciblées par des programmes de recherche socio comportementale, d'éducation et de sensibilisation en vue de leur abandon.

Il sera tiré un plus grand profit de toutes les opportunités existantes tels que les organisations communautaires de base, les associations de relais polyvalents, les ONG, les associations de jeunes, les leaders communautaires, les notables, le milieu scolaire, les média publics, privés ainsi que des radios communautaires. Ces partenaires seront mobilisés et organisés en réseaux et alliances en faveur du renforcement des connaissances, du développement des compétences de vie chez les populations et de l'installation précoce de comportements positifs chez les enfants et adolescents ainsi que la valorisation de milieux de vie sains.

## **5.3 Renforcement de la prise en charge de la maladie**

Le défi à relever en matière de prise en charge de la maladie est l'amélioration de l'accès aux traitements efficaces sur la base d'une répartition équitable des formations sanitaires à travers le pays. Dans ce cadre, seront ciblées celles offrent les soins spécialisés et garantissent une offre minimale de soins par région seront particulièrement ciblées. La stratégie de prise en charge comprend quatre (04) volets : (i) le renforcement du contrôle des maladies prioritaires (maladies transmissibles & maladies non transmissibles), (ii) la déconcentration de la prise en charge de la maladie en mettant l'accès sur les SONU et les maladies chroniques à soins coûteux, (iii) une meilleure gestion des urgences avec un système de référence contre référence fonctionnel, (iv) et l'amélioration de la performance des hôpitaux.

Dans le cadre du renforcement de la prise en charge de la maladie, il est attendu un meilleur accès à des soins de qualité. Le Programme National Qualité (PNQ) sera, à cet effet, rendu opérationnel. Des normes de fonctionnalité par niveau seront établies, diffusées et feront

l'objet d'une évaluation périodique prenant en compte l'avis des usagers. Le programme de lutte contre les infections nosocomiales sera renforcé et mieux intégré. La qualité, l'hygiène et la sécurité de la prise en charge seront garanties à tous les niveaux de la pyramide.

### **5.3.1 Renforcement du contrôle des maladies prioritaires**

#### **5.3.1.1 Maladies transmissibles**

Pour une bonne prévention et un contrôle des maladies transmissibles, les axes prioritaires des programmes vont s'articuler autour de :

- ✓ La détection précoce et réponse efficace contre les épidémies :

Il s'agira, d'abord, d'étendre et rendre opérationnels les circuits d'information (routine et urgence) pouvant permettre la détection rapide de tout événement morbide. Dans la cadre de la mise en œuvre et du suivi des activités de riposte aux épidémies et pour améliorer les performances, il sera mis en place un Comité National Multisectoriel de Coordination, un fonds national pour la gestion des épidémies. Il sera également procédé au renforcement des capacités des laboratoires pour la confirmation rapide des épidémies à tous les échelons de la pyramide sanitaire. La région et le district devront être les points de convergence des fonctions de surveillance et de riposte. Par ailleurs les capacités du service d'hygiène seront renforcées en logistique et effectifs. L'augmentation, en nombre, des personnels d'hygiène est incontournable compte tenu des insuffisances notées sur ce plan au niveau de toutes les régions sans compter le vieillissement de cette catégorie socioprofessionnelle. Des efforts seront faits en matière de recrutement et de formation en relation avec l'ENDSS et le ministère des forces armées.

- ✓ La lutte contre le Paludisme, le VIH/sida et la Tuberculose

La lutte contre le paludisme devra s'appesantir sur (i) la communication ou le changement de comportements, (ii) l'amélioration du traitement correct et précoce des cas à tous les niveaux, (iii) l'augmentation de la couverture en Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) des cibles prioritaires, en Traitement Préventif Intermittent (TPI) des femmes enceintes et de la pulvérisation intra domiciliaire de tous les districts, (iv) le renforcement du partenariat et de la collaboration multisectorielle.

Malgré l'efficacité reconnue des politiques mises en œuvre par le pays pour lutter contre la pandémie du sida, le maintien de la prévalence à moins de 2% reste une priorité. Dans ce cadre, l'accent doit être mis sur : (i) la promotion des activités de dépistage volontaire, (ii) la promotion des comportements à moindre risque, (iii) la lutte contre la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH, (iv) l'amélioration de la prise en charge globale des Personnes vivant avec le VIH (PVVIH), (v) la disponibilité permanente et en quantité suffisante des ARV(AntiRétroviraux) au niveau de tous les services de prestation, (vi) le ciblage des personnes vulnérables (jeunes, femmes) et la mise en place de services adaptés aux besoins des populations à risque. Pour le cas particulier des régions de Kolda et de Ziguinchor, le niveau de prévalence relativement élevé (environ 3 fois plus que la moyenne nationale) nécessite des initiatives locales pour développer des activités transfrontalières en concertation avec les pays limitrophes.

L'orientation majeure dans la lutte contre la Tuberculose (TB) doit viser (i) une accélération et un renforcement pour un accès universel et gratuit à des services de proximité assurant le diagnostic et le traitement de qualité des patients, indépendamment de la forme de tuberculose et impliquant tous les prestataires du privé et du public, (ii) la prévention et la gestion des patients présentant une co-infection TB/VIH ou une tuberculose multi résistante (MDR TB).

✓ La lutte contre les Maladies tropicales négligées (MTN)

Il convient, certes, de consolider les acquis en matière d'élimination et d'éradication de certaines maladies endémiques (poliomyélite, tétanos néonatal, rougeole, onchocercose, dracunculose), mais aussi et surtout de renforcer la lutte contre les maladies tropicales négligées de façon intégrée en s'appuyant sur des capacités locales renforcées. Les expériences communautaires acquises en matière de surveillance de l'onchocercose et du ver de guinée serviront de base pour l'initiation de nouvelles approches qui impliquent davantage la communauté, notamment dans le contrôle de la bilharziose.

✓ L'Immunisation

Le processus d'intégration des nouveaux vaccins sera poursuivi. La gamme des vaccins offerts dans le cadre du PEV sera élargie de même que la cible.

### **5.3.1.2 Maladies non transmissibles**

Aujourd'hui, le Sénégal fait face à la double charge de morbidité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles. En raison de leur ampleur, des incapacités qu'elles provoquent et de leur prise en charge très coûteuse, les maladies non transmissibles requièrent une attention accrue de la part du Ministère en charge de la Santé.

Les « Maladies non Transmissibles » regroupent habituellement : les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les maladies rénales, le diabète, les maladies mentales. Pour des raisons épidémiologiques, y ont été associées les maladies bucco-dentaires et certaines maladies génétiques comme la Drépanocytose et l'Hémophilie.

La plupart de ces maladies, classées « maladies à soins coûteux » du fait du coût élevé de leur prise en charge, ne sont pas seulement responsables d'un grand nombre de décès. Elles constituent, en outre, un drame individuel et un poids pour la communauté. En effet, les patients qui en sont atteints, devenus en général peu ou pas productifs, seront pris en charge par leur entourage déjà très éprouvé par la pauvreté.

Les stratégies suivantes seront privilégiées : (1) la surveillance épidémiologique avec des enquêtes de prévalence et des études sur les facteurs de risque ; (2) la prévention des maladies chroniques et la communication pour la promotion de comportements sans risque ; (3) le dépistage précoce ; (4) la mise en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de moyens appropriés de diagnostic et de prise en charge correcte et la création de centres de référence fonctionnels (équipements adéquats et personnels qualifiés) pour certaines maladies à soins coûteux.

### **5.3.2 Déconcentration de la prise en charge**

La déconcentration de la prise en charge des maladies constitue un pas important dans la démocratisation de l'accès aux soins. Sous ce registre, le traitement des maladies transmissibles et non transmissibles doit être assuré dans toutes les régions et au niveau périphérique. Il s'agit de prendre un certain nombre de mesures pour rendre disponible l'offre de soins selon la cartographie définie en la matière, d'assurer la qualité de la prise en charge, et de rompre les principales barrières à l'accès aux soins. Dans cette démarche, une attention particulière sera accordée aux maladies chroniques à soins coûteux dont la prise en charge relève de spécialités médicales ou chirurgicales généralement absentes en dehors de Dakar et de quelques chefs lieu de régions. Pour chaque pathologie ciblée, un paquet de services pertinents sera rendu disponible aux différents niveaux de la pyramide. Si l'offre de service en question existe déjà au niveau indiqué, elle sera améliorée au niveau de la qualité et de la disponibilité. Si, par contre, cette offre de service n'existe pas, il sera procédé, soit à son installation, soit à l'organisation de stratégies mobiles périodiques pour atteindre les bénéficiaires. Pour rompre les barrières liées au faible pouvoir d'achat des ménages, des subventions comme celles déjà prises par le département de la santé (promotion des mutuelles de santé, subventions et assurance maladie) seront mises à profit et d'autres formes de solidarité seront explorées.

✓ Maladies transmissibles

Pour le cas spécifique des maladies transmissibles, la stratégie de déconcentration des soins consiste, principalement, au renforcement des approches communautaires. Plus spécifiquement, il s'agit de rendre accessibles au niveau communautaire, (i) le traitement des cas simples de paludisme, de diarrhées et d'infections respiratoires aiguës, (ii) la DOTS (Direct Observed Treatments) chez les tuberculeux et (iii) la distribution communautaire du praziquantel, de l'ivermectine et du mèbendazole. Pour le VIH/sida, outre la prévention et la prise en charge des maladies opportunistes, l'extension du traitement ARV au niveau de tous les centres de santé, une expérience pilote de prise en charge au niveau poste de santé sera menée et mise à l'échelle. Le plan d'action annuel et le budget spécifique à chacun de ces volets doivent désormais indiquer les résultats attendus en la matière, les indicateurs de mesure et la part du budget allouée.

✓ Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

La déconcentration de la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales constitue une stratégie déterminante pour la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale qui est au cœur des stratégies mises en œuvre pour atteindre les OMD-santé. Sur ce plan, les efforts qui ont été faits seront renforcés. Les SONU seront étendus à tous les centres de santé de référence qui offriront la césarienne dont le taux relativement faible (3%) devra être augmenté de manière significative. D'autres mesures seront prises en termes de formation des compétents, d'octroi de bourses de spécialisation en gynéco-obstétrique et en anesthésie réanimation ainsi que la prise de mesures incitatives en direction des personnels des centres SONU.

✓ Maladies chroniques à soins coûteux

Concernant les maladies chroniques à soins coûteux, la stratégie de déconcentration cible particulièrement le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale, le cancer et la drépanocytose. Le but visé est de rendre le traitement plus accessible au niveau de chaque

région. En effet, la prise en charge de ces malades nécessite une expertise, des moyens de diagnostic et des médicaments spéciaux et coûteux qui, à l'heure actuelle, ne sont disponibles qu'au niveau des centres de référence, tous situés à Dakar. Il s'agira de rendre opérationnelles des unités de soins dans chaque hôpital régional selon un calendrier précis. Pour ce faire, il sera procédé à une évaluation des capacités locales actuelles au double plan des ressources humaines et des équipements. Les résultats de cet état des lieux permettront d'identifier les gaps et d'élaborer un plan d'action pour l'opérationnalisation des unités de traitement en question. Dans un premier temps, les cahiers des charges de ces nouvelles unités pourraient ne pas être identiques au niveau des différents hôpitaux régionaux, compte tenu de leur situation propre.

On devrait cependant tendre vers l'harmonisation au bout de cinq ans. Une cartographie des paquets de services attachés à cette stratégie sera élaborée et régulièrement mise à jour. Les poches identifiées au niveau de la carte de distribution des services feront l'objet de stratégies mobiles à partir des unités opérationnelles les plus proches, au moins en matière de dépistage, selon un protocole défini. La liste des pathologies ciblées par cette stratégie pourrait d'ailleurs être élargie, à terme, en fonction des moyens disponibles. Toutes ces interventions nécessitent une collaboration formelle entre le ministère en charge de la santé et les universités, notamment les départements de diabétologie, de cardiologie, de néphrologie, de cancérologie et d'hématologie.

✓ Maladies mentales

La problématique de la prise en charge des maladies mentales sera mieux étudiée au cours de ce PNDS dans tous ses aspects : social, culturel, médical. Des mesures d'envergure seront prises pour améliorer la prise en charge de la maladie mentale. Il faut, toutefois, noter que les solutions à apporter pour répondre à la plainte récurrente des populations face aux nombreux malades mentaux errants dépassent les compétences du ministère de la santé. Le secteur de la santé a certes un rôle important à jouer dans la prise en charge thérapeutique. Mais bien d'autres secteurs sont concernés. Dans tous les cas, l'option du ministère de la santé et de la prévention de déconcentrer la prise en charge thérapeutique au niveau des régions sera renforcée. Cette option sera prise en compte dans le relèvement des plateaux techniques des formations sanitaires régionales qui seront dotées progressivement d'Unités de Psychiatrie. Des spécialistes seront également formés et mieux répartis sur le territoire national en prenant les mesures incitatives idoines. La collaboration avec la société civile sera renforcée à l'image des centres « Dalal Xeel » de Thiès et de Fatick pour la prise en charge sociale et culturelle des malades.

### **5.3.3 Meilleure gestion des urgences**

Pour une meilleure prise en charge des urgences au Sénégal, le gouvernement du Sénégal a décidé de créer un Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) avec statut d'Etablissement Public de Santé, par Loi numéro 2005-22 du 5 aout 2005, régi par le Décret d'application numéro 2005-1271 du 29 décembre 2005 portant organisation administrative et financière du SAMU.

Le Service d'Assistance médicale d'Urgence (SAMU), chargé d'améliorer la prise en charge des urgences dans toute l'étendue du territoire, a pour mission principale d'assurer aux malades, aux blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence

appropriés. Une bonne gestion des urgences nécessite la mise en place d'une logistique commune et indispensable qui regroupe trois (03) éléments :

- un système de communication et d'alerte infaillible couvrant les structures sanitaires, avec un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) au niveau du SAMU ;
- un système d'évacuation et d'accessibilité des patients avec la disponibilité de moyens logistiques médicalisés adaptés à la prise en charge initiale et au transport médicalisé des patients dans les meilleures conditions, vers une structure de santé adaptée ; ces moyens sont terrestres, aériens ou maritimes ;
- des services d'urgence, de réanimation et des blocs opératoires fonctionnels avec un personnel qualifié, un plateau technique adapté et un approvisionnement continu en matériel et consommables au niveau des hôpitaux.

#### **5.3.4 Mise en œuvre d'une politique hospitalière**

La situation actuelle des hôpitaux, malgré leur statut d'établissement public de santé, reste préoccupante pour les usagers, le personnel de santé et les autorités sanitaires et politiques. Des efforts importants seront mis en œuvre pour une application correcte de la réforme hospitalière consacrée par la loi n° 98-08 du 12 février 1998. Au besoin, il sera procédé à la réforme de la réforme.

Dans ce cadre, les orientations majeures sont : (i) le renforcement du contrôle et de la régulation par la tutelle, (ii) l'amélioration de la gestion administrative, financière et comptable, (iii) le renforcement de l'offre de soins et services hospitaliers, (iv) l'amélioration de la qualité des services et de la performance, (v) le développement de la communication.

Les perspectives sont la réorganisation de l'offre de services hospitaliers publics et privés aussi bien dans la région de Dakar que dans les autres régions (schémas régionaux et pôles de compétences), la construction d'hôpitaux de niveau 3 dans chaque région (y compris dans les nouvelles), l'érection des centres de santé de référence en hôpitaux de district dans tous les départements du pays. A terme, il y aura un parc hospitalier renforcé, donc, une plus grande accessibilité aux services hospitaliers et un équilibre entre les soins hospitaliers et les soins de santé de base ainsi que des liens fonctionnels de référence contre référence entre ces deux niveaux.

Notre pays évoluera alors vers un système hospitalier mixte avec des formations hospitalières ayant un statut d'EPS et des hôpitaux de district et de région selon le modèle OMS. Toutes ces formations auront une vocation de service public et seront harmonieusement intégrées dans le système national de santé publique.

Les programmes qui seront mis en œuvre dans le cadre de cette stratégie de renforcement de la prise en charge tourneront au tour de : (a) la lutte contre la maladie ; (b) les infrastructures, l'équipement et la maintenance ; (c) les ressources humaines. Il s'agira plus spécifiquement de réduire la charge de morbidité des maladies transmissibles et non transmissibles par des interventions ciblées, de renforcer le maillage du territoire national en infrastructures sanitaires fonctionnelles en faisant en sorte que l'hôpital joue pleinement son rôle de référence, d'assurer la qualité du service par des personnels motivés, en qualité et quantité suffisantes.

### **5.3.5 Renforcement de l'offre de soins**

#### Service public

L'offre de services publics, s'appuie sur les principes des soins de santé primaires. Elle est basée sur l'organisation pyramidale des structures de santé qui sera renforcé pour aboutir à des services de soins intégrés qui prennent en compte le système d'orientation/recours. La base de la pyramide, représentée par les postes de santé ainsi que le niveau communautaire, offrant essentiellement des services promotionnels, préventifs et curatifs sera renforcé pour améliorer le réseau des postes de santé au niveau dans les districts et les soins essentiels au niveau communautaire et familial. Au niveau intermédiaire, représenté par les centres de santé/hôpitaux de district, il s'agira d'accélérer la mise en place d'équipements et de ressources humaines pour permettre de rendre accessible dans tous les districts des services tels que : le laboratoire ; la radiologie ; la chirurgie ; la gynéco-obstétrique et la pédiatrie. Les liens fonctionnels avec le sommet de la pyramide représenté par les hôpitaux nationaux de référence seront renforcés. La disponibilité d'ambulance sera assurée dans tous les hôpitaux de district, dans tous les centres de santé et dans les postes de santé des communautés rurales pour faciliter le transfert des patients. Le système performant de référence et de contre référence permet l'orientation des malades entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire.

#### Médecine privée

La médecine privée joue un rôle important dans l'offre de soins pour l'atteinte des objectifs. Aussi faudra-t-il renforcer le partenariat public privé (PPP) par :

- l'identification, l'information et la sensibilisation des différents acteurs sur le PPP ;
- l'élaboration de termes référence définissant les domaines d'intervention, les objectifs, les résultats attendus, la méthodologie et le suivi-évaluation du partenariat;
- la connaissance par les différents acteurs du PPP de la zone concernée, du contenu du document de la politique de contractualisation ainsi que du guide d'opérationnalisation dudit document montrant l'intérêt d'un tel partenariat.

#### Médecine Traditionnelle

Toutes les actions initialement inscrites dans le PNDS 1 devront être renforcées et consolidées dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 en permettant, entre autres, de :

- 1) reconnaître le rôle des tradipraticiens dans l'itinéraire et le recours des populations et définir leurs droits, devoirs et responsabilités en tant que dispensateurs de soins de santé ;
- 2) réglementer l'exercice de la médecine traditionnelle dans le but de protéger les populations et combattre le charlatanisme.

### **5.4 Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte**

La mise en place d'un système opérationnel de surveillance épidémiologique s'avère nécessaire pour assurer notamment la prévision et la détection précoce des épidémies. Elle est

également importante pour le contrôle et l'évaluation des programmes de prévention et de lutte contre la maladie.

Le Sénégal, à l'instar des autres pays membres de la région Afrique de l'OMS, a adopté la stratégie régionale de surveillance intégrée de la maladie. Le système qui sera mis en place intégrera de façon harmonieuse les sous systèmes de surveillance existants pour des besoins spécifiques liés à la gestion de certains programmes de lutte contre la maladie. Les maladies ciblées par le système sont celles qui ont un potentiel épidémique et les maladies qui font l'objet de programme de contrôle, d'éradication et d'élimination. La surveillance intégrée doit être renforcée sur le plan institutionnel, méthodologique et logistique.

Pour permettre au service en charge de l'information sanitaire d'avoir un leadership efficace, il faudra, sur le plan institutionnel, créer les cadres de collaboration avec les autres services impliqués dans la surveillance. Il faudra aussi veiller à la mise en place de comités multisectoriels au niveau central et de chaque région pour les activités de surveillance épidémiologique et de riposte.

Sur le plan méthodologique, la formation des personnels ciblés se fera sur la base d'un module intégré selon les différents niveaux de responsabilité. En particulier, le développement des capacités va être centré sur le district sanitaire qui est le point de convergence de l'intégration des fonctions de surveillance épidémiologique.

Sur le plan logistique, les moyens qui seront affectés à la surveillance épidémiologique devront être utilisés pour tous les besoins liés à la collecte des informations, au prélèvement et à l'examen sans discrimination par rapport aux maladies ciblées.

D'autres mesures seront prises pour renforcer cette intégration. La communauté sera impliquée dans la détection et la référence des cas suspects. Les acquis en matière d'intervention à base communautaire seront consolidés et utilisés dans le cadre de la surveillance. Des outils et des procédures adaptés à la communauté seront développés pour les besoins d'encadrement et de supervision par les techniciens sanitaires locaux.

Par ailleurs, le partenariat se fera avec les instituts de formation, le réseau des laboratoires et concerne les domaines de la formation, de la confirmation diagnostique, de l'encadrement des techniciens de laboratoires et de la participation aux programmes de recherche. Il pourra également être étendu à toute institution publique, parapublique ou privée dont l'intervention peut apporter une valeur ajoutée au processus de surveillance.

Il est attendu de la mise en œuvre de la stratégie, la fourniture à temps de données fiables permettant de mieux prévoir, prévenir, détecter et maîtriser, dans les délais acceptables, les maladies, notamment, celles à potentiel épidémique. Il s'agira, surtout, de réduire considérablement la morbidité et la mortalité imputables aux maladies prioritaires.

## **5.5 Développement des ressources humaines**

L'ampleur de la tâche est illustrée par le déficit important en personnel médical et paramédical en 2008 décrit dans la carte sanitaire : 88 chirurgiens généralistes, 40 anesthésistes réanimateurs, 79 gynécologues-obstétriciens, 94 pédiatres, 38 cardiologues, 62

médecins compétents SONU, 148 techniciens supérieurs de santé, 3433 infirmiers et 968 sages-femmes d'Etat.

Le développement des ressources humaines visera principalement à assurer, aux différents niveaux, la disponibilité en ressources humaines en quantité et en qualité suffisantes pour assurer le bon fonctionnement des divers services de santé. Un accent particulier sera mis sur les zones périphériques et difficiles<sup>1</sup> avec des mesures incitatives pour fixer le personnel. Pour ce faire, le ministère devrait d'abord disposer d'un plan de développement des ressources humaines intégrant le plan de carrière et de mobilité du personnel. Ce plan prendra en compte toutes les catégories socioprofessionnelles, notamment les planificateurs, les gestionnaires, les statisticiens, les personnels d'hygiène, les travailleurs sociaux et les agents de maintenance. Au besoin, la disponibilité en ressources humaines qualifiées sera renforcée par le biais de la politique de contractualisation.

L'amélioration de la Gestion des Ressources Humaines (GRH) se fera à travers la décentralisation, l'informatisation et la mise en place d'un Observatoire national des Ressources Humaines. La production de ressources humaines en santé sera améliorée par le renforcement des écoles publiques de formation existantes (Ecole nationale de Développement sanitaire et social et sept Centres régionaux de Formation en Santé) et la collaboration avec les Facultés de Médecine et les écoles privées.

La qualité et le développement de formations initiales adéquates passent par « l'Approche par les Compétences » et la révision régulière des curricula. Chaque région disposera d'un Centre régional de Formation en Santé (CRFS) qui, en plus de la formation initiale, participera à la décentralisation de la formation continue. La prise en compte de l'intervention sociale mettra l'accent sur la sécurité des agents et leur prise en charge médicale intégrale dans les situations particulièrement difficiles. En outre, le dialogue social avec les partenaires sociaux sera permanent.

## **5.6 Renforcement des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance**

### **5.6.1 Infrastructures et Equipements**

Ce deuxième plan décennal doit intensifier le maillage en structures sanitaires mais surtout veiller à leur bonne répartition. C'est ainsi que le plateau technique de chaque centre de santé de référence, de chaque district sanitaire sera relevé pour être érigé en hôpital de district.

Les nouvelles régions créées seront dotées d'un hôpital de niveau 3 pour commencer à mettre en œuvre l'option qui a été prise de relever en hôpital de niveau 3 tous les hôpitaux des chefs lieux de région. La stratégie consistera à installer les nouvelles infrastructures de façon évolutive et de procéder à des extensions adéquates au niveau des hôpitaux de niveau 2.

Les chefs lieux d'arrondissements qui n'abritent pas de district sanitaire disposeront d'un centre de santé secondaire. Chaque chef-lieu de communauté rural disposera d'un poste de santé. Les postes de santé seront systématiquement dotés de maternité et de logements pour l'infirmier chef de poste et la sage-femme.

---

<sup>1</sup> Zones enclavées et/ou difficile d'accès, éloignée de Dakar, sans continuité scolaire et sans infrastructures

Un plan d'équipements et d'infrastructures intégrant les nouveaux besoins et les renouvellements de l'existant sera élaboré et mis en œuvre en tenant compte des normes en vigueur. Des efforts seront également menés dans le sens de l'acquisition de gros équipements par pôle à travers le pays dans le cadre de la décentralisation des soins.

### **5.6.2 Maintenance**

La réalisation de ces infrastructures et équipements sera sous-tendue par le renforcement du système de maintenance par la mise en œuvre de la Politique Nationale de Maintenance des Infrastructures et des Equipements. Pour cela, le processus de mise en place des structures de maintenance décentralisées va se poursuivre par la création de :

- Service technique de Maintenance (STM) au niveau des hôpitaux ;
- Bureau Régional de Maintenance (BRM) au niveau des régions médicales ;
- Unité Technique de Maintenance (UTM) au niveau des districts.

Ce PNDS permettra, entre autres :

- Le développement des innovations technologiques dans les structures de santé (Télé médecine, radiologie numérique, etc.) ;
- La mise en place des normes en infrastructures et équipements des structures de santé suivant le niveau dans la pyramide sanitaire.

### **5.7 Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux**

La politique pharmaceutique nationale vise l'accessibilité financière et géographique à des médicaments de qualité. Elle repose essentiellement sur une réglementation pharmaceutique forte, un approvisionnement régulier en médicaments et produits de qualité et la promotion et le renforcement de la production locale.

Pour un bon suivi de la mise en œuvre de cette politique, un cadre institutionnel cohérent sera mis en place pour une meilleure coordination. Les stratégies suivantes seront dégagées : (i) mise en place d'un système d'assurance qualité reposant sur l'homologation, le contrôle qualité et la pharmacovigilance ; (ii) mise en place d'un dispositif législatif et réglementaire adéquat ; (iii) approvisionnement régulier en médicaments et produits de qualité, y compris les médicaments traditionnels améliorés (MTA) et révision du statut de la Pharmacie nationale d'Approvisionnement (PNA) pour lui permettre de participer à la production ; (iv) incitation du secteur privé à renforcer la production locale ; (v) promotion des médicaments essentiels génériques ; (vi) lutte contre le marché illicite des médicaments ; (vii) renforcement des activités de laboratoires.

### **5.8 Renforcement du système d'information et de la recherche en santé**

#### **5.8.1 Renforcement du Système d'information**

L'organisation actuelle du système d'information sanitaire n'assure pas une collaboration soutenue entre les sous systèmes existants. Dans tous les cas, toutes les données essentielles

doivent être disponibles et à temps au niveau du service en charge de l'information sanitaire. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place un dispositif de stockage fonctionnel et une coordination des acteurs.

Pour atteindre ces différents résultats, les mesures suivantes seront prises: (i) l'élaboration de la politique d'information sanitaire avec une vision et des objectifs clairs prenant en compte la nécessité d'une meilleure coordination de tous les sous systèmes et de la décentralisation au niveau régional ; (ii) la définition d'un cadre juridique permettant d'exiger des sous systèmes et du secteur privé leur collaboration ; (iii) la dotation du service en charge de l'information sanitaire de moyens adéquats en rapport avec sa mission ; (iv) le renforcement des capacités par la mise en place d'une équipe multidisciplinaire ; (v) la création d'un centre de documentation ; (vi) le renforcement de la collaboration avec l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) en vue de bénéficier de son expertise, d'élargir le champ de diffusion des données sanitaires et de participer au développement du Système Statistique National.

### **5.8.2 Développement de la Recherche en santé**

La recherche en santé doit être plus qu'un levier d'anticipation sur les nouveaux défis et enjeux futurs en matière de santé. Elle devra surtout être un moyen de validation des initiatives de prise en charge des problèmes de santé. Il s'agira, entre autres, de réorganiser et renforcer la structure chargée de la recherche en santé et le Comité National d'Ethique de la Recherche en Santé. Il conviendra, en priorité, de développer les capacités de recherche, de mettre en place un système national de recherche en santé avec l'implication des Universités, des Instituts et structures de recherche pour la santé. Pour le renforcement des partenariats, l'accent sera mis sur la coopération internationale, la promotion de la coopération Sud Sud et l'implication des partenaires locaux de la recherche pour la santé.

Par ailleurs, il sera élaboré un plan stratégique de mise en œuvre de la recherche en santé qui prendra en compte les besoins de communication et d'utilisation des résultats. Pour le financement du secteur, il convient de reconduire le Fonds d'impulsion de la recherche en santé initié lors du PNDS 1998-2007.

### **5.9 Promotion de la gestion axée sur les résultats**

Le but visé par cette stratégie est d'asseoir, de façon durable, une gestion efficace et coordonnée du secteur basée sur la transparence. Il s'agit de créer les conditions favorables à une participation effective des acteurs concernés. Cela passe par un partage équitable des ressources et des informations, une distribution des services sans discrimination.

La coordination sera renforcée à tous les niveaux en améliorant la communication interne. Un effort particulier sera fait pour le suivi des réformes et des initiatives de politique. Le défi à relever à ce niveau est d'assurer l'application des textes en vigueur et la mise en œuvre des directives, circulaires et mesures prises pour l'amélioration de la gestion du secteur. Il sera procédé, systématiquement, à l'évaluation des réformes de façon concertée avec toutes les parties prenantes. Les cadres de collaboration formels avec les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), collectivités, les autres départements ministériels, le secteur privé, les organisations de la société civile, les associations de consommateurs, les Universités et les autres institutions de formation. Ces structures feront également l'objet d'évaluations périodiques en vue d'améliorer leur fonctionnement.

La gestion axée sur les résultats sera promue, et dans ce cadre, la planification à la base sera renforcée et le système d'allocation de ressources rendu plus équitable. La répartition des ressources et leur utilisation constituent, en effet, les domaines critiques pour l'implantation du CDSMT. C'est pourquoi un effort particulier sera fait pour la formulation de critères partagés d'allocation des ressources, la systématisation des contrats de performance et du contrôle. Les services de l'inspection du ministère seront renforcés en logistique et moyens humains pour les besoins d'inspection et de vérification.

La participation large des acteurs de la santé est attendue au niveau central à travers la multisectorialité, la coordination des partenaires, le secteur privé, les ONG nationales et internationales et nationales. Au niveau local, la collaboration avec les comités de santé/comités de gestion, les organisations de la société civile (OSC) et les ONG locales sera renforcée. Cette participation se matérialise déjà sur le terrain par l'élaboration des POCL et l'animation des organes de gestion à la base. Elle sera rendue plus efficace par la création de cadres formels de concertation et de partage dans la direction indiquée par la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide extérieure. Les autorités administratives locales (Gouverneurs, préfets et sous préfets) seront mieux sensibilisées pour assurer le contrôle de légalité des organes de gestion à la base.

L'équité dans la distribution des soins fera l'objet d'une attention plus soutenue par l'opérationnalisation de la carte sanitaire. Celle-ci sera adaptée aux besoins prioritaires notamment en termes d'offre de services et, par conséquent, de répartition des infrastructures, des équipements et du personnel. Il s'agira, surtout, d'institutionnaliser la carte sanitaire après concertation avec les collectivités locales qui, en la matière, partagent les compétences avec le ministère de la santé. L'exécution concertée des plans de réalisation des infrastructures et des équipements impliquant les collectivités locales, les organisations de la société civile (OSC) sera complétée par tout un dispositif en matière de tarification des prestations et de fixation des marges bénéficiaires sur les médicaments à tous les niveaux.

La question du partage des informations est cruciale. Elle conditionne l'acceptation des différents acteurs d'être conjointement comptables des résultats acquis et la motivation de ces derniers à continuer à participer à la gestion du secteur. Dans cette perspective, la collaboration avec la presse sera renforcée et l'utilisation des techniques d'information et de communication promue. Cette option va au-delà de la diffusion des informations sanitaires de routine ou la restitution des résultats des enquêtes de morbidité/mortalité. En effet, le partage des informations concernera également les budgets, les marchés, les rapports financiers, les rapports d'audits, le respect des tarifs, etc. L'affichage des horaires de travail, des listes des prestations fournies et de leurs tarifs, des prix de médicaments et de toute autre information sans caractère confidentiel reconnu et présentant un intérêt pour les bénéficiaires sera institutionnalisé.

L'évaluation des acquis en matière de gouvernance sera surtout basée sur les rapports des enquêtes de satisfaction auprès des usagers et des populations bénéficiaires. Ces enquêtes seront menées de façon périodique en conformité avec le plan de suivi-évaluation du PNDS. Celui-ci sera mis en place pour mesurer les progrès acquis dans ces différents domaines et prendre les mesures correctives idoines.

## **5.10 Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière**

### **5.10.1 Consolidation des Mécanismes de financement**

L'augmentation des ressources pour assurer une protection sanitaire à la dimension de la vision exprimée pour le secteur reste une priorité pour améliorer la qualité des services offerts aux populations sur l'intégralité du territoire national. Le Ministère en charge de la santé veillera en priorité à une meilleure utilisation des ressources allouées au secteur qui sont en constante progression, passant de 37,16 en 1998 à 140,40 milliards en 2007. La gestion axée sur les résultats, adoptée à tous les niveaux de l'administration et de la pyramide sanitaire, garantira l'efficience dans la mise en œuvre des cadres de dépenses sectoriels à moyen terme et, par conséquent, une bonne exécution du PNDS.

L'amélioration du volume et de la qualité de l'offre globale de santé, condition nécessaire à la satisfaction des besoins sanitaires des populations, résultera de cet effort de rationalisation de l'allocation des ressources sur la base de critères précis. Dans le même temps, les entraves financières à l'accès aux services seront levées. Pour ce faire, des mécanismes de régulation et de contrôle des tarifs des différentes prestations des structures sanitaires seront mis en place.

L'amélioration de la qualité des dépenses et de la transparence dans l'allocation des ressources aux différentes composantes du Ministère ainsi que leur utilisation constituera le premier argument de plaidoyer. Il s'agit de démontrer la nécessité d'investissements additionnels pour atteindre l'objectif de plus de démocratie sanitaire. Le budget sera réorienté pour soutenir les programmes ou volets moins dotés et permettre, ainsi, un développement harmonieux du système public de santé.

Le CDSMT garantira également une meilleure utilisation des ressources autres que celles du Ministère de la santé en veillant à un alignement certain des interventions des différents partenaires locaux comme étrangers sur les priorités du PNDS. Compte tenu de la multiplicité des acteurs et de leurs possibilités, le Ministère en charge de la santé assurera la coordination et l'intégration des interventions pour tirer le meilleur parti des importantes disponibilités de financement.

L'approche multisectorielle devra tirer profit des opportunités que sont (i) le partenariat à rechercher avec les ministères et les acteurs privés qui mènent des activités de santé, (ii) le partenariat à rechercher avec les ministères en charge des déterminants de la santé pour réduire le fardeau de morbidité et les dépenses négatives de santé du Ministère de la santé. Sous ce rapport, la multisectorialité constitue un moyen de financement de la santé.

### **5.10.2 Santé et Décentralisation**

En 1996, la réforme qui a permis l'approfondissement de la décentralisation et régionalisation a eu comme fondement deux préoccupations majeures : (i) la volonté de l'Etat de créer les conditions de la libre administration des collectivités de base par des conseils élus et (ii) la mise en œuvre d'une politique de proximité.

Le Ministère en charge de la santé impulsdera un cadre de concertation au niveau central avec le Ministère chargé des collectivités locales afin de mieux préciser les procédures et processus de collaboration entre les différents acteurs de la décentralisation de la santé. Dans ce cadre, la

réforme en cours concernant les organes de gestion à la base (comité de gestion et comité de santé) sera poursuivie.

Pour harmoniser et renforcer le cadre de concertation, il sera procéder à :

- l'impulsion, à partir du niveau central, d'une concertation entre le Ministre chargé de la santé, le Ministre chargé de l'éducation nationale et le Ministre chargé des collectivités locales. L'objectif visé est de mieux préciser l'esprit de la décentralisation, les procédures et processus de collaboration entre les autorités déconcentrées, les autorités décentralisées et les responsables des services de santé ;
- la révision des textes de la décentralisation relatifs aux comités de santé et comités de gestion. Le ministère, en partenariat avec les Elus locaux, a initié un projet de réforme du cadre juridique et organisationnel de ces comités à travers la mise en place d'organisations communautaires pour le développement sanitaire local. Une proposition de décret est dans le circuit.

### **5.11 Renforcement de la couverture du risque maladie avec un accent sur les groupes vulnérables**

Si rendre la demande solvable est l'objectif majeur des politiques de financement de la santé, surtout dans les pays pauvres caractérisés par la faiblesse du dispositif de couverture sociale, le contrôle de l'offre (tarification) doit en être le pendant. L'amélioration des résultats enregistrés dans le système de santé dépend, dans une large mesure, de l'utilisation effective des services par les populations. Pour inscrire ce niveau de performance dans la durée, des ressources permettant un fonctionnement optimal des structures sanitaires devront être disponibles. Il convient, par conséquent, que les financements soient maîtrisés et sécurisés. A cet égard, l'allocation budgétaire en direction des structures de soins devra être comprise comme un premier niveau de subvention. Elle devra être améliorée dans sa détermination, à partir de critères pertinents en rapport avec la charge imposée par la production du volume d'extrants attendu. Il sera ainsi tenue compte du niveau de tarification souhaité pour garantir une accessibilité des prestations, au regard du pouvoir d'achat des ménages fortement éprouvé, par ailleurs.

La contribution des populations au financement de la demande obtenue à partir du recouvrement des coûts constitue un moyen efficace pour assurer la disponibilité des ressources au niveau des structures de soins. La généralisation du recouvrement a, toutefois, introduit une barrière à l'accès aux soins pour bon nombre de ménages pauvres.

L'imprévisibilité de la maladie et de son coût souvent important, au regard de la faiblesse du pouvoir d'achat des ménages, retarde le recours aux soins. Les dépenses de santé deviennent très souvent catastrophiques pour les ménages. Il convient, par conséquent, d'améliorer la solvabilité de la demande par le développement de mécanismes de protection des groupes vulnérables.

Le développement de mécanismes solidaires de financement de la demande s'avère nécessaire pour lutter contre l'exclusion et garantir un accès plus équitable aux soins pour l'ensemble de la population. L'appui au développement des mutuelles et de tout autre mécanisme de solidarité pouvant faciliter l'accès aux soins devra être poursuivi et renforcé. Les dispositifs d'exemption et d'assistance en faveur des couches particulièrement vulnérables méritent, également, d'être mieux administrés pour en assurer l'efficacité et la pérennité. La mise en

œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais au cours de ce PNDS contribuera à l'élargissement de la protection sociale dans son volet assurance maladie.

Concernant la politique de développement des mutuelles de santé, il s'agira de promouvoir un partenariat entre ces mécanismes de financement solidaire et les prestataires de soins. Les mesures liées au renforcement du cadre national de concertation sur la mutualité et la mise en place des plans de communication pour la promotion des mutuelles seront prises. Les opportunités existantes devront être exploitées et le processus de mise en place des mutuelles renforcé par d'autres mesures prioritaires. Un accent particulier sera mis, entre autres, sur le couplage micro assurance santé et micro finance ainsi que la mutualisation du risque maladie dans le cadre de la décentralisation avec comme objectif : une collectivité locale, une mutuelle.

Pour les régimes particuliers de protection sociale, la priorité sera accordée à (i) la mise en œuvre des plans d'action relatifs aux nouveaux régimes de protection sociale pour les personnes exerçant les métiers de l'agriculture et les travailleurs du secteur des transports routiers et à (ii) la prise en compte de la dimension genre dans le montage et la mise en œuvre des systèmes de protection sociale.

Par ailleurs, des initiatives seront prises en direction d'autres ministères pertinents tels que : le ministère du travail, de l'éducation, des finances et le ministère en charge du développement communautaire pour exploiter d'autres mécanismes de financement solidaire dont le potentiel est énorme au sein des groupements féminins et diverses associations comme celles de ressortissants.

Il convient, toutefois, d'accompagner cette démarche de mise en commun de ressources par les non assurés par un dispositif de prise en charge des plus pauvres. En effet, dans bien des cas, ce qui empêche de payer le ticket de consultation et d'autres prestations empêche également de cotiser et, donc, d'être membre d'une mutuelle de santé.

Le renforcement des dispositifs d'exemption et d'assistance en faveur des couches sociales particulièrement vulnérables contribuera, du coup, à réduire les inégalités de santé et à lutter contre l'exclusion. Par conséquent, les mesures de gratuité devront être mieux administrées. Il s'agira de renforcer les critères de ciblage des bénéficiaires des systèmes de gratuité et de protection sociale. Il faudra également définir les services couverts et le paquet de prestations y afférent et d'en contrôler la pertinence de la prescription et de l'usage. Un cadre de fédération, d'intégration et de rationalisation des initiatives de gratuité sera mis en place. Un mécanisme optimum regroupant le Plan Sésame, la gratuité des accouchements et des césariennes, la subvention des affections à soins coûteux sera développé.

## **6 Cadre de mise en œuvre**

### **6.1 Cadre institutionnel**

Les orientations tirées de l'analyse de l'organisation du système de santé reposent sur la mise en place d'une structure chargée de la planification, du suivi-évaluation, des études et de la recherche, d'une Direction générale de la santé qui aura en charge la coordination des

directions techniques et des Régions Médicales, d'une Direction en charge de la santé de la mère du nouveau-né, de l'enfant et des adolescents et d'une Direction de la lutte contre la maladie. Par ailleurs, à tous les niveaux de la pyramide, les structures chargées de la mise en œuvre seront renforcées pour une utilisation optimale des ressources, une synergie et coordination effective des interventions. Il s'agit d'atteindre des objectifs ciblés dans le PNDS et d'instaurer la gestion axée sur les résultats en mettant en place des cadres de coordination et en institutionnalisant l'évaluation périodique. Il s'avère aussi nécessaire de préciser les missions des directions et services en élaborant un arrêté d'application dès que le décret organisant le Ministère sera validé. Pour réussir la décentralisation et la multisectorialité, il est proposé de mettre en place un ***cadre de concertation avec les autres secteurs à tous les niveaux.***

## Au niveau central

Le niveau central est le lieu de définition des politiques et stratégies, de la sélection des technologies efficaces et appropriées aux soins de santé, de la promotion de la santé et de la documentation de l'information sanitaire, démographique et de recherche. Il doit mobiliser les ressources internes et externes et les répartir équitablement dans les différents démembrements. Il doit coordonner les interventions et appuis des organismes, organisations publiques et privées et les faire travailler en harmonie. Il s'agit de promouvoir des objectifs communs et de s'assurer de la collaboration avec les autres secteurs socio-économiques par le truchement de liens intersectoriels pour renforcer leurs interactions avec la santé.

A ce niveau, il est proposé les mesures suivantes : (1) mise en place d'une structure de la planification, des études, de la recherche, du suivi et de l'évaluation ; (2) création d'une Direction Générale de la santé chargée de la coordination des directions techniques et des régions médicales ; (3) restructuration de la Direction de la Prévention. Ces mesures feront l'objet d'une proposition de décret d'organisation accompagné d'un nouvel organigramme.

(1) *Mise en place d'une structure chargée de la planification, des études, de la recherche, du suivi et de l'évaluation.* Cette structure sera chargée de coordonner l'élaboration du plan de développement sanitaire (PNDS), de l'élaboration des plans de travail annuels (PTA) en collaboration avec les directions techniques, de l'appui aux régions médicales et districts pour l'élaboration des PTA, de participer à l'élaboration du budget du département en liaison avec la direction responsable du budget et de la gestion des finances et les autres directions et services, du suivi de la mise en œuvre du PNDS et des PTA, de la coordination des actions entreprises au titre de l'aide bilatérale, multilatérale ou internationale et des études relatives à la planification. Cette structure devait comprendre en son sein : (i) une division de la planification et de programmation ; (ii) une division de coordination des actions des partenaires bilatéraux et multilatéraux. (iii) une division de l'information sanitaire; (iv) une division chargée du suivi et de l'évaluation et (v) une division des études et de la recherche du fait de la transversalité de ce domaine. Cet *organe de coordination nationale de la recherche* aura pour mission de conduire le monitoring, l'évaluation et l'audit des programmes de recherche.

Pour permettre à la structure en charge de la planification, des études, de la recherche, du suivi et de l'évaluation de jouer pleinement son rôle, il est essentiel de la doter de moyens (matériels et logistiques) et de ressources humaines. Celles-ci bénéficieront d'un renforcement de capacités, à cet effet.

(2) *Mise en place d'une Direction Générale de la Santé*. Elle est chargée de coordonner et suivre les activités et programmes des différentes directions techniques du Ministère. Au niveau de cette Direction Générale de la santé, il est proposé de mettre en place : (i) une *Direction en charge de la santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent* qui sera chargée de toutes les questions relatives à la protection et à la conservation de la santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent (ii) une *Direction de lutte contre la maladie* qui comprendra, en plus de la division des maladies transmissibles, une *division de lutte contre les maladies non transmissibles* chargée de l'élaboration et du suivi du processus de mise en œuvre des politiques nationales de lutte contre les principales maladies non transmissibles essentiellement les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies génétiques, le diabète, les néphropathies et les maladies mentales.

(3) *Restructuration de la Direction de la Prévention*. Elle doit être le cadre permettant l'offre d'une expertise en prévention et en promotion de la santé et doit mettre l'accent sur : l'identification des situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population **et** la mise en œuvre de mesures nécessaires à sa protection. Cette action sera privilégiée dans les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population. Pour être effective, elle devra passer par la coordination de la mise en œuvre d'offre de services préventifs, en collaboration avec les autres directions et services nationaux et les autres secteurs.

Dans la restructuration de cette Direction, il est proposé : (i) de lui rattacher la *division de la nutrition et de l'alimentation* qui sera chargée d'élaborer la politique de nutrition et d'alimentation, d'apporter son assistance et son appui à la mise en œuvre de la surveillance nutritionnelle ainsi qu'aux mesures de lutte contre la malnutrition, (ii) de lui rattacher la division de l'éducation et de l'information pour la santé qui sera chargée de la coordination de la mise en œuvre des programmes de promotion de la santé en rapport avec la communication et de la mise en place d'un bureau d'information sur les risques sanitaires (Environnement, Changements climatiques, Usage Tabac et drogues...).

## Au niveau régional

La Région Médicale représente le niveau intermédiaire chargé de l'appui technique et managérial pour assurer la mise en œuvre, au niveau des districts, des politiques et stratégies définies au niveau central. Elle doit être *renforcée au plan institutionnel* par la mise en place, entre autres, d'une équipe d'experts pluridisciplinaire (statisticiens, planificateurs, épidémiologistes, inspecteurs de la pharmacie et spécialistes de la communication, etc.). Le Médecin chef de région qui sera chargée de la gestion, de la supervision des activités de planification, de mise en œuvre et de la collecte des données, dirigera cette équipe. Il procédera à la capitalisation des PTA provenant des districts sanitaires. Le Conseil régional doit jouer un rôle dans ce processus et intégrer les préoccupations de(s) l'hôpital(aux) régional (aux).

## Au niveau du district

Le district représente le niveau opérationnel de l'application des programmes et de l'organisation de la mise en œuvre des activités promotionnelles, préventives et curatives de santé. L'équipe du district doit disposer d'un personnel technique et de gestion qualifié pour la planification opérationnelle à travers les PTA, la supervision, la coordination des soins de

santé, la collecte des données et l'analyse de la situation. Le district doit être renforcé à l'image de la Région Médicale

**A tous les niveaux**, il faut mettre en œuvre des mesures d'accompagnement en renforcement des ressources humaines, en compétences techniques, en logistique et, au besoin, en infrastructures.

## 6.2 Système de planification

Le système de planification du secteur de la santé comprend un plan stratégique décennal (PNDS), un plan triennal glissant (CDSMT) et un plan de travail annuel (PTA) qui prend en compte les plans opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé).

Chaque année, les acteurs des différents niveaux élaborent leur plan de travail qu'ils communiquent au niveau supérieur (région pour les districts, direction en charge de la planification pour les régions et le niveau central). La Région Médicale procédera à la synthèse des PTA des districts sanitaires. Au niveau local, les POCL seront élaborés en rapport avec les orientations du PNDS dans les Communautés rurales ou Communes intéressées par ce programme et avec l'appui des autres projets/programmes d'appui à la décentralisation, notamment l'Agence de Développement Municipal (ADM). Ces POCL serviront à dégager les priorités du secteur identifiées dans les PTA. L'ensemble des PTA collectés va constituer la base de données de projets ou programmes. Ce sont ces projets ou programmes qui seront soumis à une évaluation ex-ante. Pour disposer de PTA de qualité, chaque structure doit disposer de ressources humaines de qualité responsables de son élaboration.

Pour la mise en œuvre des actions, la structure de planification doit jouer un rôle central dans certains domaines du cycle de vie des Projets et Programmes. Dans cette perspective, le schéma suivant sera mis en œuvre :

**(1) Identification et évaluation ex ante** : L'identification des projets relève des services centraux et des Régions à travers les Districts. La structure de planification est chargée d'évaluer la cohérence et l'interdépendance des idées de projets ou programmes et de les confirmer sur la base d'une analyse critique des indicateurs. En conséquence, elle doit être la seule habilitée à transmettre les projets ou programmes en recherche de financement à la direction en charge des finances. L'activité d'évaluation ex-ante pourrait être menée en rapport avec les services demandeurs. Il s'agit surtout du développement d'outils afin de mieux formuler les projets et d'en évaluer la rentabilité ou la capacité à supporter les charges récurrentes. Cette phase d'analyse permet déjà de mieux établir le lien entre les budgets d'investissement et de fonctionnement. Elle permet, également, d'anticiper sur la sélection des projets/programmes. La prise en charge correcte de cette compétence permet de réguler l'intervention non maîtrisée des partenaires dans l'élaboration des projets/programmes dont parfois les objectifs peuvent s'éloigner des priorités nationales.

La fonction **sélection et demande de financement** doit surtout relever de la direction en charge des finances qui ne doit traiter que les projets soumis par la structure de planification. Elle doit cependant procéder à la sélection des projets en rapports avec la structure de planification. La demande de financement est préparée et envoyée au Ministère chargé des finances par la direction compétente. Ainsi les deux structures doivent élaborer ensemble le CDSMT.

**(2) Mise en œuvre et suivi** des projets : La direction en charge de la planification, celle en charge des finances, en rapport avec la Direction de la coopération économique et financière du Ministère chargé de l’Economie et des Finances, procèdent chaque année à un suivi physique et financier rapproché des projets ou programme pour améliorer leur efficacité et leurs performances. Le suivi des projets s’opère par le canal des fiches de suivi complétées par les indicateurs de résultats des projets.

**(3) Evaluation ex-post** : A la fin de chaque projet, la structure de planification procède, en rapport avec la Direction nationale chargée de la Planification, à une évaluation ex-post pour mesurer le degré de pérennité des résultats et les indicateurs d’effet. Les résultats de cette évaluation permettront de statuer sur la stratégie de mise en œuvre et la suite à donner aux activités.

### **6.3 Mécanisme de Coordination**

Au niveau de la coordination, le système de planification devrait connaître une évolution majeure avec le présent PNDS, notamment avec la mise en place d’une structure chargée de son animation. Celle-ci devrait disposer de tous les pouvoirs de coordination, de suivi et d’évaluation des projets/programmes. La coordination va au-delà du secteur et doit prendre en compte le caractère multisectoriel des actions de santé. Cette démarche renforce la cohérence et l’efficacité de la lutte contre la pauvreté dans le domaine de la santé. En effet, la société civile, le secteur privé de la santé et d’autres départements ministériels mènent des activités qui peuvent être déterminantes pour l’atteinte des objectifs du secteur. Le mécanisme de coordination se présente ainsi qu’il suit :

- Au niveau central : les comités de coordination et de pilotage des programmes prioritaires,
- Au niveau régional : les comités régionaux de développement (CRD) au niveau des régions, les comités départementaux de développement (CDD) au niveau des districts et les comités locaux de développement (CLD) au niveau local.

### **6.4 Suivi et Evaluation**

Chaque Plan/projet/programme doit disposer d’un cadre de suivi et évaluation fondé sur les étapes suivantes : (1) Définir l’objectif et le champ d’investigation avec les parties prenantes ; (2) Identifier l’information et les indicateurs nécessaires établis à partir des objectifs spécifiques dont ils constituent le moyen de contrôle et les méthodes de calcul et de renseignement (y compris les sources de vérification) ; (3) Planifier la collecte et l’organisation des informations ; (4) Planifier le processus de réflexion et de moments critiques ; (5) Etablir la qualité de la communication et des documents. Les résultats de ces systèmes spécifiques doivent alimenter le Système global du PNDS II

Il s’avère nécessaire que le service national de l’information sanitaire développe des outils et méthodes nécessaires à la mise en œuvre du cadre de suivi et d’analyses, en collaboration avec les directions, services et programmes. L’objectif visé est d’obtenir des données fiables, d’élaborer des bases de données, les mettre à jour et les diffuser.

Un bon système de suivi et évaluation est tributaire d’une planification bien établie avec des objectifs bien fixés et des indicateurs clairement énoncés. Pour être performant et crédible, ce système doit ratisser large et dépasser le champ d’action sanitaire et s’intéresser aux systèmes

de production des données sur le secteur des autres départements ministériels, institutions publiques et parapubliques, les ONG et le secteur privé. Un renforcement institutionnel sera apporté au service national de l'information sanitaire pour lui permettre d'exercer un leadership efficace, d'être une institution spécialisée du ministère de la santé qui garantit la fourniture de l'information sanitaire.

Le système de suivi / évaluation sera formalisé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

#### 6.4.1 Indicateurs du PNDS

Objectif sectoriel	Stratégies	Indicateurs d'impact/d'effet	Indicateurs de résultats
Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles	Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles	taux de mortalité maternelle  Taux de mortalité néonatale  Taux de mortalité infantile Taux de mortalité juvénile Taux de mortalité infanto juvénile  Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les moins de 5ans  Indice synthétique de fécondité	Couverture CPN4. Taux d'utilisation pour la consultation prénatale.  Accouchements assistés par du personnel qualifié. Proportion d'accouchement effectué dans les formations sanitaires. Taux de césariennes Couverture consultations postnatales  Couverture SENN Couverture VAT  Couverture CNS Proportion d'enfants de 1 an vacciné contre la rougeole Couverture vaccinale PENTA3 Proportion d'enfants (0-11mois) complètement vaccinés Utilisation RVO  Couverture suivi de la croissance  Prévalence contraceptive
Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie	Amélioration de la Promotion de la santé	Prévalence paludisme  Prévalence VIH/SIDA dans la population générale  Prévalence TB  Prévalence du diabète	Nombre de traitement ACT administré Couverture MI chez la femme enceinte Couverture MI chez les moins de 5 ans Couverture TPI 2  % de personnes informées sur les méthodes de prévention du VIH/SIDA Nb de personnes ayant subi le test dépistage VIH Nb de personnes fréquentant les CDVA Taux d'acceptation du test VIH lors de la CPN  Taux de détection % de tuberculeux en TTT perdus de vue  Incidence du diabète dans les structures
	Renforcement de la prise en charge de la maladie	Létalité hospitalière globale  Létalité hospitalière attribuable au paludisme	Taux de consultation primaire globale (curative et préventive) Nombre de PVVIH sous TTT ARV Taux de guérison TB  Nombre de traitements ACT administrés Nombre de cas graves enregistrés au niveau des structures
	Renforcement de la surveillance intégrée et de la riposte	Nombre de cas de maladies à déclaration obligatoire	Taux de complétude des données de surveillance

		enregistrés	Taux de promptitude des données de surveillance
<b>Renforcer durablement le système de santé</b>	Développement des ressources humaines		Ratio IDE/pop Ratio SFE/FAR Ratio médecin/Pop Couverture en PS
	Renforcement des infrastructures, des équipements et de la maintenance		Plan de maintenance disponible et appliquée - % d'hôpitaux fonctionnels - % de blocs SOU fonctionnels au niveau district - % de PS fonctionnels Plan de renouvellement des équipements disponible et appliquée
	Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux		Nombre de jours de rupture de médicaments et produits traceurs. Plan national d'approvisionnement est élaboré et appliquée.
	Renforcement du système d'information et de la recherche en santé		Taux de complétude des rapports selon les niveaux Taux de promptitude des rapports selon les niveaux Nombre de projets de recherche examinés par le comité national d'éthique en santé
<b>Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.</b>	Promotion de la gestion axée sur les résultats	Taux de satisfaction des bénéficiaires	Taux d'affichage des prix de médicaments et tarifs de prestation au niveau des structures
	Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière	% d'organes de gestion à la base fonctionnels	Part de la santé dans le budget de fonctionnement de l'Etat % d'exécution du budget par niveau et par catégorie % d'organes de gestion fonctionnels comprenant au moins une femme et un jeune dans le bureau Pourcentage de collectivités locales disposant de POCL-Santé
	Renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables	% de personnes couvertes par un système formel de couverture du risque maladie	Nombre de personnes couvertes par une mutuelle de santé Nombre de personnes malades ayant bénéficié d'une subvention de l'Etat Nombre de cas sociaux pris en charge par les organes de gestion au niveau des formations sanitaires

#### 6.4.2 Activités de suivi

##### Niveau central

Le niveau central est chargé de la politique d'orientation, de la coordination, du pilotage, du suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation du plan national de développement sanitaire. A cette fonction stratégique s'ajoute celle de régulation et de formulation des directives pour la tenue des instances de coordination que sont la revue annuelle conjointe, le comité interne de suivi et la mission conjointe de supervision.

Les centres de responsabilité du niveau central, à l'instar des niveaux périphériques et intermédiaires, sont astreints à produire des résultats dans le cadre de la mise en œuvre des plans de travail annuels, en conformité avec l'esprit du CDSMT. Les réunions hebdomadaires du cabinet serviront de prétexte pour réfléchir et discuter sur les questions majeures d'actualité, sur la réorientation ou l'affinement des stratégies.

## **La Revue Annuelle Conjointe (RAC)**

L'objectif de la RAC est de faire le bilan des plans de travail annuels de l'année précédente et de procéder à la validation de la programmation des opérations retenues pour l'année en cours. Avec l'avènement des CDSMT, cette activité doit être repositionnée et la présentation des rapports annuels de performances des CDSMT sera un des éléments de son contenu.

L'organisation de la RAC relève de la responsabilité de la cellule chargée de la planification et du suivi au niveau du Ministère de la Santé et de la Prévention. Elle est coprésidée par les Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan.

Il s'agit d'une instance privilégiée d'échanges et de communion entre les différents responsables des centres de responsabilité des niveaux central et régional. Viennent s'y ajouter d'autres responsables des ministères impliqués, les partenaires au développement, les collectivités locales, la société civile et les ONG.

A l'issue de chaque RAC, il est élaboré un rapport avec des recommandations précises et ciblées. Celles-ci sont traduites en un plan d'actions avec des indicateurs précis. Le suivi de la mise en œuvre des recommandations est assuré par la cellule chargée de la planification et du suivi avec la diligence souhaitée du cabinet.

## **Le Comité Interne de Suivi (CIS)**

Sa composition, ses missions et son fonctionnement sont régis par un arrêté. Il a lieu tous les trois mois et deux de ces instances sont élargies aux partenaires au développement. Son travail porte sur :

- Le suivi de l'exécution des plans de travail annuels
- L'examen des rapports d'étape pour faire le point sur la situation des projets et programmes
- L'examen des rapports d'exécution du budget
- L'état de la mise en œuvre des recommandations

La réunion du comité interne de suivi est présidée par le Ministre de Santé et de la Prévention

## **La Mission Conjointe de Supervision (MCS)**

Elle a pour fonction d'assurer le suivi de l'exécution des activités programmées sur le terrain conjointement avec les partenaires au développement. Elle se déroule tous les six mois. Selon les objectifs fixés pour la mission conjointe de supervision, les acteurs impliqués dans la supervision conjointe sont désignés. Il peut s'agir des techniciens du ministère de la santé, ceux des autres départements ministériels, les représentants des collectivités locales, les membres des comités de santé, les représentants de la société civile et des ONG. Le rapport de supervision est assorti de recommandations qui feront l'objet d'un plan de mise en œuvre.

### Niveau Régional

Le suivi des activités programmées se fait traditionnellement lors des *réunions de coordination trimestrielles des régions*. Ces réunions regroupent les services régionaux de santé, les districts sanitaires, les membres des comités de santé, les représentants des

collectivités locales, les représentants des organismes communautaires de base et des secteurs d'appui, les partenaires au développement de la région et du niveau central.

Cette instance de coordination régionale mesure l'état d'exécution du plan de travail annuel de la région et le niveau d'atteinte des résultats par rapport aux objectifs fixés. Elle identifie les difficultés et contraintes rencontrées, définit et met en œuvre des stratégies visant à résorber les gaps identifiés et programme les activités à réaliser pour les échéances futures.

Le niveau régional est aussi un cadre privilégié d'échanges, d'orientation, d'arbitrage et de synthèse des plans de travail annuels élaborés au niveau des districts et des services régionaux de santé .C'est aussi une instance de présentation des performances réalisées dans la mise en œuvre du CDSMT, de réajustement des stratégies et de programmation des activités pour l'année en vue. Cette présentation des performances doit être systématisée et faire l'objet de la tenue d'un CRD spécial sous la présidence du ministre en charge de la santé ou d'un CRD élargi avec la participation du cabinet du ministre en charge de la santé, des secteurs d'appui et des partenaires au développement. Cette instance pourrait être considérée comme une revue annuelle conjointe au niveau régional

En plus de ces réunions, il y a des rencontres avec les partenaires dans le cadre des réunions des comités de pilotage des projets et programmes qui ont pour objet d'en assurer le suivi spécifique, notamment de ceux qui sont financés par les partenaires. au développement. La composition de ces comités est définie par note de service du ministre en charge de la santé.

Les missions de supervision des bailleurs de fonds sont organisées à leur demande. Elles concernent les activités spécifiques qu'ils ont financées. Ils présentent, au terme du processus, au ministre en charge de la santé un aide mémoire

Le niveau régional assure la ***supervision*** des districts suivant des objectifs précis et une programmation définie.

### Niveau district

Le suivi des activités se fait lors des ***réunions de coordination mensuelle du district***, des missions de supervision, du monitoring et des bilans annuels des districts. Le district est un niveau de compilation des données sanitaires provenant des postes de santé et des centres de santé. Ces données collectées sont traitées, analysées et discutées lors des réunions mensuelles de coordination des districts (rapports de suivi des activités). Cette instance de coordination doit être mise à profit non seulement pour corriger certaines lacunes inhérentes au traitement de l'information mais aussi évaluer le travail fourni par rapport aux résultats attendus et élaborer des stratégies correctrices.

En dehors de ces réunions de coordination, il doit se tenir au niveau des districts sanitaires des instances servant de cadre d'élaboration des plans de travail annuel avec la prise en compte des plans d'opération des collectivités locales. Des réunions de bilan annuel axées sur la présentation des performances du district sanitaire en conformité avec les programmes inscrits dans le cadre du CDSMT seront également organisées.

Le district étant une entité privilégiée qui doit impulser la collaboration multisectorielle, cette réunion de coordination sera élargie aux autres partenaires du niveau local : collectivités

locales, secteurs d'appui, organisations communautaires de base, comités de santé, partenaires au développement.

***La supervision*** des postes de santé et des structures sanitaires communautaires doit être effective et se fera suivant des objectifs et une programmation définie.

***Le monitoring*** des postes de santé et centres de santé devra être effectif et institutionnalisé. Pour renforcer l'efficacité de cet outil en vue de l'atteinte des OMD, le processus d'amélioration de son contenu sera engagé. Son extension à toutes les formations sanitaires contribuerait à la maximisation de l'utilisation des moyens mis à la disposition des structures sanitaires.

#### **6.4.3 Activités d'évaluation**

Le PNDS sera évalué selon la procédure suivante : (i) une évaluation à mi-parcours avec un volet de satisfaction des bénéficiaires ; (ii) une évaluation finale à la fin du programme. L'évaluation sera quantitative et qualitative, interne et externe. Elle s'attellera à mesurer les progrès réalisés à partir des indicateurs retenus et de faire des recommandations pertinentes pour améliorer les performances. Trois groupes d'indicateurs seront retenus pour cette enquête : les indicateurs de résultats, les indicateurs de couverture et les indicateurs d'impact ainsi que les cibles (voir annexes).

L'enquête qualitative va étudier les domaines de la participation des populations à l'effort de santé, la bonne gouvernance sanitaire , la gestion de la compétence santé transférée, le niveau de satisfaction des usagers des services de santé par rapport à l'accueil, à la qualité des soins, au coût des médicaments et des soins et les systèmes de solidarité mis en place pour résoudre les problèmes posés par les cas sociaux (Plan Sésame, Initiative de gratuité des accouchements et césariennes, assurance maladie, etc.).

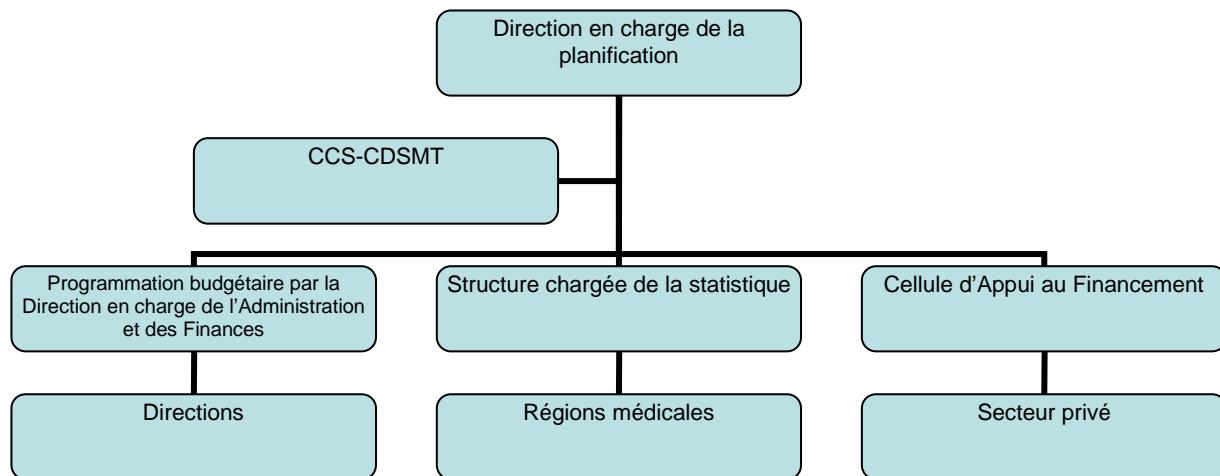
L'enquête quantitative et l'enquête qualitative finales, réalisées à la fin de la dernière année du plan décennal, constitueront la substance du rapport d'achèvement du plan.

Pour la partie quantitative, les progrès seront mesurés à partir du niveau de santé décrit à travers le rapport d'évaluation finale du premier plan décennal. Les activités d'évaluation sont résumées ci-après :

Types d'évaluation, enquêtes et études	Fréquence de collecte	Structure de mise en œuvre
Evaluation du PNDS	An IV, An VII et une évaluation finale	Direction en charge de la planification
Enquête Démographique et de Santé (EDS)	2010 et 2015	Structure chargée des statistiques
Enquête d'évaluation de la satisfaction des populations	Tous les 3 ans et une évaluation finale	Structure chargée des statistiques
Enquête couverture utilisation moustiquaires imprégnées	Tous les ans	PNLP
Enquêtes nutritionnelles	Tous les ans	Structure chargée des statistiques
Enquêtes de prévalence contraceptive	Tous les ans	Structure chargée des statistiques

#### **6.4.4 Cadre institutionnel du suivi et de l'évaluation**

Les services impliqués dans le suivi et l'évaluation du PNDS, y compris le Comité de Coordination et de Suivi du CDSMT (CCS-CDSMT) sont représentés dans l'organigramme ci –après. Le CCS-CDSMT est une innovation du PNDS-II pour en assurer une meilleure exécution à travers l'outil opérationnel qu'est le CDSMT.



#### **6.5 Procédures administratives et financières**

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS, chaque Direction assure la gestion d'un ou des volets relevant directement de ces compétences. Dans le processus d'élaboration des PTA, il sera mis en place une équipe technique composée de membres de la direction en charge de la planification, de celle en charge de la programmation budgétaire, de certains services du ministère, des partenaires et du Ministère chargé de l'Economie et des Finances (MEF). Cette équipe définira les allocations globales par objectifs et programmes, conformément au cadrage macro-économique du CDSMT. La direction en charge de la planification transmettra aux différents centres de responsabilité les directives pour la planification sous forme de lettre circulaire. Celle-ci indiquera, de manière précise, le format, les allocations globales par service et la date limite de transmission des PTA.

L'élaboration du budget Etat du ministère sera sous la responsabilité d'une structure qui, en relation avec les autres structures du ministère, prendra en compte les besoins de l'année n+1, exprimés à travers les PTA. Dans ce cadre, la structure responsable de l'élaboration du Budget veillera à une plus grande efficacité dans l'allocation des ressources et à leur alignement aux priorités du PNDS, à travers le CDSMT. L'avant projet de budget élaboré est soumis à l'appréciation du Ministre qui organise au sein du ministère une instance d'arbitrage interne.

Au cours de cet arbitrage, le niveau central apprécie l'opportunité des demandes d'inscription en mesures nouvelles. Cette phase prépare les Conférences budgétaires organisées par le MEF. Sur la base des enveloppes budgétaires communiquées par le MEF lors des Conférences budgétaires ou avant, la structure chargée de l'élaboration du Budget organise les travaux du budget programme pour le répartir conformément aux arbitrages du MEF.

Le processus de l'examen du projet de budget commence par les Conférences budgétaires et se termine par l'adoption du budget par l'Assemblée nationale et le Sénat. Une fois le budget adopté, il est notifié au ministère en charge de la santé par le MEF. Dès la notification des crédits, la direction en charge des finances fait prendre l'Arrêté portant nomination des administrateurs de crédits. Par ailleurs, elle communique aux différents centres de responsabilité le montant des crédits qui leurs sont définitivement alloués dans le budget état, pour leur permettre de réajuster les activités de la première année du PTA.

Outre ses prérogatives, la direction en charge des finances procède au recensement des besoins, élabore le plan annuel de passation des marchés et procède à la préparation des dossiers d'appel d'offres en collaboration avec les autres Directions.

Dans le cadre des réformes budgétaires, la déconcentration de l'ordonnancement initiée par le MEF vient faciliter l'exécution financière par la rapidité dans le traitement des dossiers financiers. Par ailleurs, conformément aux principes du CDSMT, la structure chargée du Budget au Ministère chargé de la Santé et de la Prévention (MSP) contrôle l'exécution budgétaire en veillant au respect des lignes d'activités, dans les limites des autorisations de crédits arrêtées dans le cadre du budget programme des différents services. C'est ainsi que dans le cadre du suivi de l'exécution du budget, elle veille au respect du budget programme défini dans le SIGFIP (Système Intégré de Gestion des Finances Publiques) par l'édition des fiches de saisie des bons d'engagement émis par l'ensemble des administrateurs de crédits pour transmission au contrôleur des opérations financières délégué du MSP.

La structure chargée du Budget au MSP, initie également les procédures de réaménagements budgétaires, en cas de nécessité ou à la demande des services. Les partenaires intervenant dans l'appui budgétaire étant identifiés dans l'ACAB (Arrangement Cadre pour l'Appui budgétaire), l'exécution financière des ressources injectées dans le budget national, est soumise aux procédures de l'Etat.

Concernant les fonds des partenaires directement gérés par la structure chargée du Budget au MSP, celle ci procède aux paiements, à la justification des dépenses et aux renouvellements des fonds. Elle coordonne les différentes unités de gestion financière mises en place dans le cadre de ces financements.

Un manuel de procédures administrative et financière sera élaboré pour les besoins d'une bonne administration et d'une utilisation rationnelle des ressources dans un contexte de gestion axée sur les résultats, avec obligation de rendre compte. Ce manuel définira clairement les responsabilités dans l'imputation des ressources, le calendrier de transmission et de publication des rapports d'exécution du budget qui serviront à l'élaboration du rapport de performances.

Il sera également mis en place une unité d'audit interne qui sera chargée du contrôle administratif et financier. Cette unité préparera les missions d'audit externe, tous les dossiers pertinents, organisera l'information à l'attention des acteurs. Elle veillera aussi, à l'interne, au respect des dispositions inscrites dans le manuel de procédures administratives et financières.

Pour les besoins d'évaluation financière des différents budgets, la direction en charge des finances est chargée d'élaborer annuellement le rapport financier du CDSMT et du PNDS. A cet effet, tous les centres de responsabilité sont tenus de faire parvenir leurs rapports

d'exécution financière suivant une périodicité et un format qui seront définis dans le manuel de procédures.

La gestion financière suppose aussi le renforcement des capacités des agents. A cet effet, il sera mis en place un programme de formation et de recyclage régulier des différents acteurs impliqués dans la gestion financière. Dans le souci d'une plus grande décentralisation de la gestion financière, il sera installé au niveau des Régions médicales et Districts, des unités de gestion financière. Elles seront dotées de compétences en matière de planification, d'exécution, de suivi budgétaire et de passation de marchés.

Pour les partenaires intervenant en dehors de l'approche programme et de l'appui budgétaire, la structure chargée de la planification mettra en place un dispositif qui leur permettra d'intégrer les PTA des régions dans lesquelles ils interviennent. De la même façon, un canevas leur sera soumis pour l'élaboration des rapports d'exécution financière et technique permettant de prendre en compte leurs activités menées sur le terrain.

La structure chargée des Equipements Médicaux aura la responsabilité du suivi en matière d'équipements, des infrastructures et de maintenance. Elle intervient dans la préparation des dossiers d'appel d'offres pour veiller au respect des normes en matière de construction et de coût et définir les spécifications techniques pour l'acquisition des équipements.

La structure chargée de la gestion des Ressources Humaines du MSP veillera au respect des normes en matière de disponibilité du personnel sanitaire à tous les niveaux de la pyramide. Pour cela, elle mettra en place un système de gestion prévisionnelle du personnel et assurera la mise à jour régulière des effectifs par structure et service.

## 7 Financement du plan

Le financement du PNDS 2008-2019 sera assuré par l'Etat, les Partenaires Extérieurs, les Populations et les Collectivités Locales. Il concerne les structures publiques de santé. Le secteur privé dont les flux de financement ne sont pas encore maîtrisés n'est pas pris en compte. Le volume des ressources attendues de ces différents intervenants est déterminé sur la base d'hypothèses inspirées de l'évolution constatée des financements sur les dix dernières années, des conventions de financement existantes ou des engagements multilatéraux dont l'Etat du Sénégal est partie prenante.

Ainsi, concernant les ressources attendues du budget de l'Etat, le rythme de progression du financement sera maintenu autour d'un taux moyen de 10%. Cette hypothèse se fonde sur la réalisation d'un certain niveau de performances pouvant justifier l'allocation de ressources plus importantes. Par ailleurs, il faut rappeler l'engagement de l'Etat à porter le budget de la santé à 15% conformément aux recommandations de la conférence d'Abuja.

Le financement des Partenaires Extérieurs est estimé à partir des données prévisionnelles du PTIP (Programme Triennal d'Investissement Public) à l'horizon 2011. Il est également calculé sur la base des engagements des partenaires techniques et financiers non répertoriés dans le PTIP mais intervenant de façon constante dans le secteur de la santé. En se fondant sur les engagements pris par ces partenaires d'accompagner le Sénégal jusqu'en 2015 dans le cadre des OMD, les tendances constatées du financement extérieur pourraient se maintenir jusqu'à cette échéance et au-delà.

L'apport des collectivités locales a évolué en dents de scie au cours des dix dernières années sans jamais dépasser le seuil de 5 milliards. Dans la perspective du renforcement de leur implication, avec la mise en œuvre des POCL, on pourrait s'attendre à une augmentation significative des ressources mobilisées localement.

L'apport des populations s'est considérablement accru durant la mise en œuvre du PNDS 98-2007. Son évolution a suivi une courbe ascendante jusqu'en 2004 avec une progression moyenne de 20% par an. L'hypothèse d'une progression en moyenne de 20% par an est maintenue pour cette source de financement d'autant que la réforme envisagée au niveau des organes de gestion à la base laisse espérer que les ressources locales seront mieux tenues et gérées de manière plus transparente.

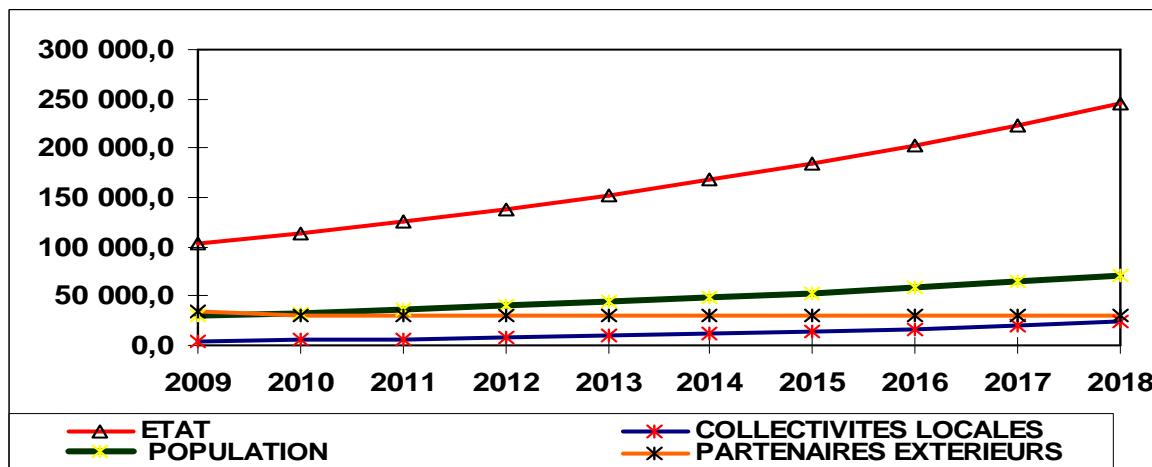
En application de ces différentes hypothèses, les perspectives de financement dans le prochain PNDS devraient se présenter comme suit :

**Tableau 9 : Prévisions de financement du PNDS 2009-2018 en fonction de la source (en milliards de FCFA)**

SOURCES DE FINANCEMENT	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	%
ETAT	104,1	114,5	126,0	138,5	152,4	167,6	184,4	202,9	223,1	245,5	<b>1 659,1</b>	64%
COLLECTIVITES LOCALES	4,5	5,5	6,6	8,0	9,6	11,7	14,1	17,0	20,5	24,8	<b>122,39</b>	5%
POPULATION	29,8	32,8	36,1	39,7	43,7	48,1	52,9	58,1	64,0	70,4	<b>475,5</b>	19%
PARTENAIRES EXTERIEURS	34,4	31,4	31,4	31,4	31,4	31,4	31,4	31,4	31,4	31,4	<b>316,88</b>	12%
<b>TOTAL</b>	<b>172,9</b>	<b>184,2</b>	<b>200,1</b>	<b>217,6</b>	<b>237,1</b>	<b>258,8</b>	<b>282,7</b>	<b>309,4</b>	<b>339,0</b>	<b>372,0</b>	<b>2 573,88</b>	<b>100%</b>

Source : DAGE/MSP

**Graphique 5 : Evolution prévisionnelle du financement du PNDS 2009-2018 en fonction de la source**



Source : DAGE/MSP

**Tableau 10** : Prévisions de financement du PNDS 2009-2018 par rubrique de dépenses (en milliards de FCFA)

FINANCEMENT	FONCTIONNEMENT	INVESTISSEMENT	MAINTENANCE	PERSONNEL	TOTAL	%
COLLECTIVITES LOCALES	8.92	45.74	1.66	66.07	<b>122.4</b>	<b>5%</b>
ETAT	542.62	368.55	43.54	704.38	<b>1 659.1</b>	<b>64%</b>
PARTENAIRES EXTERIEURS	189.77	113.13	2.50	11.48	<b>316.9</b>	<b>12%</b>
POPULATIONS	233.32	43.42	21.74	177.06	<b>475.5</b>	<b>19%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>974.62</b>	<b>570.84</b>	<b>69.43</b>	<b>958.99</b>	<b>2 573.9</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>37.9%</b>	<b>22.2%</b>	<b>2.7%</b>	<b>37.3%</b>	<b>100%</b>	

Source : DAGE/MSP

**Tableau 11** : Prévisions de financement du PNDS 2009-2018 par niveau géographique (en milliards de FCFA)

FINANCEMENT	NIVEAU CENTRAL	NIVEAU PERIPHERIQUE	NIVEAU REGIONAL	TOTAL
COLLECTIVITES LOCALES	4,62	117,38	0,38	<b>122,4</b>
ETAT	646,08	588,94	424,06	<b>1 659,1</b>
PARTENAIRES EXTERIEURS	137,14	118,07	61,66	<b>316,9</b>
POPULATIONS	184,97	236,11	54,46	<b>475,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>972,81</b>	<b>1 060,50</b>	<b>540,57</b>	<b>2 573,9</b>
<b>%</b>	<b>37,8%</b>	<b>41,2%</b>	<b>21,0%</b>	

Source : DAGE/MSP

Le financement dans le secteur de la santé sera essentiellement le fait de l'Etat, des collectivités locales, des partenaires au développement et des populations. L'Etat sera le principal pourvoyeur en ressources financières du secteur de la santé dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018, avec un apport de **1 659.1** milliards de FCFA, représentant **64,1%** de du financement.

Il est suivi par les populations avec un apport au financement de **475.54** milliards de FCFA, représentant 19,0%. Viennent ensuite les partenaires extérieurs et les Collectivités Locales pour respectivement **12%** et **5%** (Voir le tableau ci-dessus). Le recours à l'appui budgétaire explique la baisse relative de la part des partenaires extérieurs dans le schéma de financement du PNDS 2009-2018, une bonne partie du financement des partenaires extérieurs étant comptabilisée dans le budget de l'Etat.

L'analyse du financement en fonction de la structure économique de la dépense montre que **37,9%** des financements sont consacrés aux dépenses de fonctionnement, **37,3%** aux dépenses de personnel dont **2,7%** à la maintenance et **22,2%** aux dépenses d'investissement.

Le financement des investissements sera assuré par l'Etat à hauteur de **368,55 milliards de FCFA**, soit **65%**. Il supporte ainsi une bonne partie des investissements venant en première position dans la couverture de cette catégorie de dépense. Quant aux Partenaires Extérieurs, ils financeront **20%** des dépenses d'investissement avec un apport de **113,13 milliards de FCFA**. Les Populations et les Collectivités Locales contribueront pour respectivement **43,42** et **45,74 milliards de F CFA** soit **7,6%** et **8,01 %** des dépenses d'investissement.

Les dépenses de personnel resteront très largement à la charge de l'Etat qui y consacre **704,37 milliards de F CFA** soit un peu moins de **73 %** de l'ensemble des dépenses en personnel. On notera, cependant, le poids non moins important des Populations dans la couverture des charges de personnel avec un apport représentant **19%**. La part des Collectivités Locales et des Partenaires Extérieurs reste peu importante dans la couverture de cette catégorie de dépense.

Les dépenses de fonctionnement seront également, en majorité, à la charge de l'Etat avec un apport de **542,62 milliards de F CFA** représentant **56%** des dépenses globales de fonctionnement. Il est suivi par les Populations pour **24%**, viennent ensuite les Partenaires Extérieurs et les collectivités locales pour respectivement **19%** et **1 %**.

La répartition géographique du financement prévoit que le niveau périphérique sera légèrement prioritaire dans l'allocation des ressources avec un montant de **1 060,50 milliards de F.CFA** représentant **41,2 %** des dépenses de santé. Le niveau central venant juste après avec **37,8 %** des dépenses pour un montant alloué de **972,81 milliards de F.CFA**. Le niveau régional reçoit **21,06 %** des dépenses pour un montant de **540,57 milliards de F CFA**. Le poids du niveau central s'explique par le fait que les hôpitaux nationaux y sont fortement concentrés.

## **Conclusions**

Les objectifs du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 sont pertinents par rapport aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et au Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSRP). Les stratégies et les lignes d'actions retenues ont fait l'objet d'un large consensus qui a été facilité par l'approche participative ayant guidé la phase d'élaboration. En adoptant ce plan, le Gouvernement marque ainsi sa volonté de contribuer efficacement à la réalisation des OMD malgré un environnement économique particulièrement défavorable. Des contraintes ne manqueront pas de surgir tout au long de la mise en œuvre mais le respect des principes de la participation, de la multisectorialité, de la transparence, de la solidarité, de l'équité et du genre, développés plus haut, permettront de surmonter bon nombre de difficultés. Le plan de suivi évaluation qui a été validé fera l'objet d'une gestion conjointe avec les partenaires techniques et financiers. Pour une meilleure efficacité dans l'allocation des ressources et la dépense, les cibles qui seront fixées annuellement pour l'ensemble des plans de travail annuels détermineront les budgets et la réédition des comptes sera systématisée.

## **ANNEXES**

## **LISTE DES ANNEXES**

### **Annexe 1**

**Lettre d'orientation pour l'élaboration du PNDS2009-2018**

### **Annexe 2**

**Liste des documents de référence pour l'élaboration du PNDS 2009-2018**

### **Annexe 3**

**Tableau de distribution de la population par région en 2004**

### **Annexe 4**

**Les indicateurs clés sur le Sénégal**

### **Annexe 5**

**Tableau sur la situation des personnels médicaux et paramédicaux des hôpitaux en 2007**

### **Annexe 6**

**Tableau sur la répartition du personnel étatique des districts selon la région en 2007**

### **Annexe 7**

**Tableau sur la répartition du personnel communautaire des districts selon la région en 2007**

### **Annexe 8**

**Tableau sur les besoins au niveau national selon les catégories médicales et paramédicales d'ici 2013**

### **Annexe 9**

**Tableau sur les perspectives de financement sur ressources extérieures de 2007 A 2011 (en millions de F.CFA)**

### **Annexe 10**

**Matrices de mesures pour la mise en œuvre du PNDS-2009-2018**

### **Annexe 11**

**Carte : Découpage du pays en 69 districts sanitaires (2008)**

### **Annexe 12**

**Note de service n° 02167§MSP§CAS-PNDS du 18 mars 2008 portant création du Comité de pilotage pour l'élaboration du deuxième Plan décennal de Développement sanitaire 2009-2018.**

## **Annexe 1**

### **Lettre d'orientation pour l'élaboration du PNDS2009-2018**



République du Sénégal

Ministère de la Santé et de la Prévention

**Lettre d'orientation  
pour  
l'élaboration du deuxième Plan national  
de Développement sanitaire  
(PNDS 2009-2018)**

juin 2008

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1998-2007, exécuté en deux phases, Programme de Développement intégré de la Santé (PDIS) (1998-2002) et PNDS Phase II (2004-2008), est arrivé à son terme.

A l'heure du bilan, il est à noter que des progrès significatifs ont été enregistrés au plan des indicateurs sectoriels en termes de réduction significative de la mortalité des enfants et des mères, de maîtrise de certaines maladies, d'amélioration de l'accessibilité des soins et de vaccination. Parmi les acquis enregistrés, l'on peut citer :

- la baisse de la mortalité maternelle de 510 décès pour 100 000 naissantes vivantes (NV) en 1997 à 401 décès pour 100 000 NV en 2005
  - baisse de la mortalité infantile de 67,7 pour 1000 en 1997 à 61 pour 1000 en 2005
  - baisse de la mortalité infanto juvénile de 139,1 pour 1000 en 1997 à 121 pour 1000 en 2005
  - maintien de la séroprévalence du VIH au sein de la population générale autour de 1%
  - les progrès dans la lutte contre le paludisme grâce, entre autres moyens, à l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide et à l'adoption des combinaisons à base de dérivés d'artémisinine (ACT) pour le traitement du paludisme
  - renforcement de l'approche programme notamment par l'adoption du Cadre de Dépenses sectorielles à moyen Terme (CDSMT)
  - amélioration de l'accessibilité des soins pour les groupes vulnérables : gratuité des accouchements et des césariennes, gratuité des soins pour les personnes âgées
  - certification de l'arrêt de la transmission du polio virus sauvage responsable de la poliomyélite chez les enfants
  - certification de l'arrêt de la transmission du ver de guinée
  - contrôle de la transmission de l'onchocercose
  - amélioration de la couverture vaccinale dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV) de 41% en 2001 à 80% en 2006.

Ces acquis ont été enregistrés au prix d'importants efforts en matière d'investissements, en particulier dans les domaines de la réalisation d'infrastructures sanitaires et de mise en place d'équipements biomédicaux. De même, le développement des ressources humaines a constitué un point de concentration avec d'importantes mesures dans la formation, avec la création des centres régionaux de formation, le recrutement, la rationalisation des affectations et l'amélioration des rémunérations et des systèmes de motivation.

Ces efforts ont été rendus possibles grâce à un renforcement soutenu du financement public avec une progression constante du budget de la santé qui a été multiplié par quatre entre 1999 et 2007 passant de 20,5 milliards de francs CFA à 84,5 milliards de francs CFA. La part du budget de la santé dans le budget national est, quant à elle, passée de 8%, en 1999, à plus de 10% en 2007. Dans le même temps, le partenariat avec les organisations de la société civile s'est renforcé de même que la coordination avec les partenaires techniques et financiers a été nettement améliorée.

Cependant, les résultats atteints restent globalement en deçà de ce qui pouvait être attendu au vu de l'importance des ressources mobilisées en faveur du secteur au cours de ces dix dernières années (*60 milliards CFA l'an en moyenne*).

Ainsi, des progrès sont encore à réaliser pour faire face à la persistance de problèmes comme :

- le niveau encore élevé des indicateurs de la mortalité maternelle, de la mortalité néonatale, de la mortalité infantile et de la mortalité infanto juvénile ;
- la faiblesse du niveau de la prévalence contraceptive ;
- les insuffisances des systèmes de prévention et de prise en charge des maladies chroniques à soins coûteux ;

- les niveaux encore élevés de la morbidité et de la mortalité dus aux maladies transmissibles comme le paludisme et la tuberculose ;
- la recrudescence des maladies tropicales négligées ;
- les difficultés dans la formation, le recrutement et l'utilisation optimale des ressources humaines ;
- l'insuffisance des infrastructures et des équipements, la défaillance du système de maintenance et la faible utilisation des technologies de l'information et de la communication ;
- les défaillances du système de planification, la non systématisation du système de suivi évaluation et l'utilisation faible de la recherche action pour améliorer les interventions ;
- les difficultés liées à la mise en œuvre de la Réforme hospitalière ;
- les insuffisances des systèmes de prise en charge des urgences (médicales, obstétricales, épidémiques, catastrophes etc.)
- l'insuffisance de l'accès aux médicaments ;
- l'inaccessibilité des services et soins de santé pour les pauvres à cause, entre autres, de l'absence d'un système de couverture universelle du risque maladie

Mais avec cette première expérience de plan sectoriel, le Ministère de la santé a su tirer les leçons qui lui permettront de mieux engager le deuxième plan décennal. Les leçons apprises sont nombreuses mais celles relatives au nécessaire ciblage des groupes vulnérables, à l'approche sectorielle et à la gouvernance sanitaire méritent une attention toute particulière.

Par ailleurs, la contribution attendue du secteur de la santé pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)<sup>2</sup>, devrait induire un recentrage des actions autour des orientations définies dans le DSRP-2 et plus précisément autour de son axe 2, "**Accélération de la promotion de l'accès aux services sociaux de base**". Il y a lieu de rappeler que le DSRP-2 fixe pour le Ministère de la Santé et de la Prévention, pour l'horizon 2010, les objectifs suivants:

- (i) un taux de couverture vaccinale de plus de 80% (DTC3 ou PENTA) ;
- (ii) un taux de couverture primaire curative de 60% ;
- (iii) un taux de consultation prénatale de 65% (CPN4) ;
- (iv) une proportion d'accouchements assistés par du personnel formé de 70%
- (v) un taux de prévalence du VIH/SIDA de moins de 3%.

La réalisation de ces objectifs assignés au secteur de la santé, pour l'horizon 2010, devrait permettre au secteur de franchir une étape importante dans l'atteinte des OMD - santé au nombre de trois :

- **(i) Réduire la mortalité des enfants** [*cible 5 : réduire de 2/3, entre 1990 et 2015, la mortalité des enfants de moins de 5 ans*] ;

---

<sup>2</sup> Le niveau actuel des OMD- santé et les gaps à combler d'ici 2015 figurent en annexe.

- (ii) Améliorer la santé maternelle [cible 6 : réduire de  $\frac{3}{4}$ , entre 1990 et 2015, la mortalité maternelle] ;
- (iii) Combattre le VIH/SIDA, le Paludisme et d'autres maladies [cible 7 : D'ici 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance actuelle] et [cible 8 : D'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle].

Il faut noter que le niveau des cibles retenues pour le secteur dans le cadre des OMD, témoigne d'un engagement fort de l'Autorité qui nécessite une démarche de rupture.

C'est pourquoi, les interventions du PNDS-II seront orientées prioritairement vers la résorption des gaps actuels pour l'atteinte des OMD. Et ces gaps sont importants pour ce qui concerne la réduction (i) de la mortalité infanto-juvénile et (ii) de la mortalité maternelle, qu'il faudra diminuer respectivement de **78** et de **263,5** points au cours des huit années à venir. Il faudra par conséquent accélérer les interventions et les passer à l'échelle au cours du nouveau plan décennal. Les niveaux d'efforts attendus seront donc particulièrement importants. Il conviendra aussi d'axer l'exécution vers l'atteinte des résultats en faisant en sorte que le programme des opérations soit plus rationnel et que la mise en œuvre soit guidée par un souci constant de la performance.

Les principes qui vont guider la nouvelle démarche pour la mise en œuvre du PNDS-II sont :

- (i) l'utilisation effective du CDSMT comme outil de mise en œuvre conjointe du plan sectoriel et comme base d'élaboration du budget annuel ;
- (ii) la gestion axée sur les résultats et le devoir de rendre compte ;
- (iii) le respect, par le Gouvernement et les partenaires au développement, des principes de la Déclaration de Paris<sup>3</sup> de 2005 sur l'Efficacité de l'Aide ;
- (iv) l'effectivité du contrôle citoyen comme moteur de la bonne gouvernance sanitaire locale.

Au plan des stratégies, les orientations du Plan décennal tourneront prioritairement autour :

- (i) de l'accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, infantiles et néonatales ;
- (ii) de l'amélioration de la prévention et de la lutte contre la maladie avec un accent particulier sur les maladies chroniques à soins coûteux;
- (iii) du renforcement du système de santé, de la multisectorialité, du partenariat public privé et de la bonne gouvernance sanitaire ;
- (iv) de la promotion de l'équité et de l'approche genre ;
- (v) de l'amélioration de la qualité des services et des prestations ;

---

<sup>3</sup> Principes de la Déclaration de Paris de mars 2005 sur l'efficacité de l'aide : « (i) Le Gouvernement fixe les objectifs et assure le leadership, (ii) les partenaires alignent leurs aides aux politiques et stratégies nationales de développement et (iii) harmonisent leurs procédures avec celles de l'Etat, (iv) le Gouvernement et les partenaires utilisent les principes de la gestion axée sur les résultats et (v) acceptent la responsabilité mutuelle des résultats de leurs actions conjointes.

- (vi) du développement des systèmes de couverture du risque maladie pour amoindrir les causes d'exclusion en matière d'accès aux soins, notamment pour les groupes vulnérables (personnes âgées, handicapés, pauvres etc.)

Cette dernière orientation est en rapport avec l'axe stratégique 3 du DSRP, " ***Protection sociale, prévention et gestion des risques et catastrophes***", où il est notamment demandé d'initier des mesures pour réduire les risques de basculement des travailleurs dans la pauvreté du fait de la maladie ou de la vieillesse. Elle constituera surtout une opportunité pour un réajustement en faveur de la prise en compte de la demande en services et soins de santé qui ne semble pas avoir été traitée avec toute l'attention requise dans la période de mise en œuvre du premier PNDS.

Les six orientations stratégiques ainsi définies constitueront l'ossature du Plan décennal. Elles seront traduites en programmes fonctionnels à travers le CDSMT qui sera révisé chaque année à l'occasion de la préparation budgétaire.

Le Plan décennal constituera le document d'orientation de la politique sanitaire et le CDSMT le document de mise en œuvre. Ils seront les documents de référence pour la programmation de toutes les interventions sanitaires. L'allocation des ressources humaines, matérielles et financières sera basée sur une logique de résultats avec en ligne de mire les OMD. Autrement dit, les budgets annuels devront indiquer des options claires qui seront principalement orientées vers les interventions susceptibles de faire évoluer favorablement les indicateurs retenus. Nul doute que ces changements de paradigmes nécessiteront un suivi rigoureux, une bonne coordination et une concertation soutenue avec tous les acteurs de la santé qui devront s'approprier les valeurs cardinales du Plan décennal, à savoir le culte du résultat, le partenariat et la transparence.

Afin d'obtenir les ressources nécessaires au secteur de la santé, il faudra élaborer un programme pertinent par rapport à la stratégie de lutte contre la pauvreté (SRP) et apporter la preuve de l'efficacité des interventions mises en œuvre, à travers des revues périodiques qui doivent montrer que les progrès enregistrés, successivement, mènent directement vers l'atteinte des OMD. L'Etat et les partenaires techniques et financiers dégageront les moyens nécessaires pour cela. Le MSP utilisera les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) et d'autres instruments, notamment les études spécifiques sur les coûts unitaires, pour évaluer les moyens requis.

Le deuxième Plan décennal 2009-2018 doit donc consolider les acquis et développer de nouvelles initiatives davantage orientées vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) horizon 2015, en rapport avec le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP II) 2006-2010 et s'appuyant sur le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) 2008-2010 et un Plan de Suivi-Evaluation.

Pour son élaboration l'organisation suivante a été adoptée :

**Le Comité de Pilotage :** Il est présidé par le Ministre de la Santé et de la Prévention. Il comprend des experts en santé ainsi que les partenaires techniques et financiers.

**Les commissions de travail :**

Elles sont mises en place pour explorer les domaines prioritaires suivants :

1. Santé de la Mère, du Nouveau né, de l'Enfant et de l'Adolescent
2. Surveillance et contrôle des maladies transmissibles
3. Surveillance et contrôle des maladies non transmissibles
4. Etablissements Publics de Santé et Réforme hospitalière
5. Organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention

6. Pharmacie, Médicaments et Laboratoires
7. Hygiène, Environnement et Assainissement
8. Promotion de la Santé (prévention)
9. Infrastructures, Equipements et Maintenance
10. Ressources humaines
11. Partenariat et Financement de la Santé
12. Planification et Suivi-Evaluation et recherche.

**Le Comité de Rédaction :**

Les présidents et rapporteurs des commissions et le Chef de la Division de la Programmation et du Suivi budgétaire de la DAGE sont membres du Comité de rédaction présidé par le Conseiller Technique n°1. Le Représentant de l'OMS en est le vice Président et le Coordonnateur de la Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS le rapporteur.

**Agenda :**

- Lettre d'orientation : **15 jours après 1<sup>ère</sup> réunion du Comité de Pilotage**
- **Organisation d'une réunion d'orientation**
- **Commissions de travail : elles travailleront durant 2 mois après réception de la lettre d'orientation. (juin - juillet)**
- **Réunion du Comité de Pilotage tous les 2 mois pour valider les documents élaborés par les commissions**
- **Comité de rédaction : il travaillera durant 3 mois après réception des résultats des commissions (août – septembre – octobre) : 1<sup>er</sup> draft attendu le 30 octobre 2008**
- **Organisation d'un atelier de validation**
- **Adoption politique du Plan décennal**

Au terme du processus, le Ministère de la Santé et de la Prévention disposera de 3 documents :

1. un deuxième Plan décennal de Développement sanitaire couvrant la période 2009-2018
2. un CDSMT révisé tenant compte du nouveau plan
3. un plan de Suivi/ Evaluation

Les documents doivent être disponibles avant le 15 décembre 2008.

## **Annexe 2**

### **Liste des documents de référence pour l'élaboration du PNDS 2009-2018**



#### **LISTE DOCUMENTS DE REFERENCE**

#### **Pour l'élaboration du deuxième Plan décennal de Développement sanitaire 2009-2018**

1. Déclaration de la Politique Nationale de Santé (juin 1989)
2. Nouvelles Orientations de la Politique de Santé et d'Action sociale (juin 1995)
3. Lettre de Politique Sectorielle, Santé et Action sociale (mars 1997)
4. Plan National de Développement Sanitaire et Social du Sénégal (PNDS 1998-2007)
5. Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS 1998-2002)
6. Plan général d'Aménagement du Territoire (décembre 1999)
7. Evaluation finale du PDIS 1998-2002 et des PRDS/PDDS, Rapport final (novembre 2003)
8. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)-Phase II : 2004-2008
9. Décret 2004-1404 du 04 novembre 2004 portant organisant du Ministère de la Santé et de la Prévention médicale
10. Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté, DSRP II (2006-2010)
11. Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme (2008-2010)
12. Rapport de performances 2006 et rapport de performances 2007 du CDSMT-Santé
13. Rapport statistiques sanitaires 2007 (mai 2008)

### **Annexe 3**

**Tableau de distribution de la population par région en 2004**

<b>Régions</b>	<b>Population</b>		<b>Superficie</b>		<b>Densité</b>
	<b>hbts</b>	<b>%</b>	<b>Km2</b>	<b>%</b>	<b>hbts/km2</b>
Dakar	2399451	23%	547	0.3%	4387
Diourbel	1144009	11%	4903	2.5%	233
Fatick	643505	6%	7910	4.0%	81
Kaolack et Kaffrine	1114292	11%	15449	7.9%	72
Kolda et Sédiou	893867	8%	21112	10.8%	42
Louga	714732	7%	25254	12.9%	28
Matam	461836	4%	29041	14.8%	16
St-Louis	738724	7%	19241	9.8%	38
Tambacounda et Kédougou	650399	6%	59542	30.4%	11
Thiès	1358658	13%	6670	3.4%	204
Ziguinchor	444830	4%	7352	3.8%	61
<b>Total Pays</b>	<b>10564303</b>	<b>100%</b>	<b>196021</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>

**Source : Projections de population du Sénégal issues du Recensement de 2002, DPS,2004**

## Annexe 4

### Les indicateurs clés sur le Sénégal

Indicateurs	Sénégal
Population estimée (projection 2008)	11.343.328
Superficie (km2)	196.722
Taux d'urbanisation en % (en 2002)	40,7
Population totale des femmes (en 2004)	5.494.434
Population totale des hommes (en 2004)	5.069.869
Taux d'accroissement naturel % (entre 2002 et 2006)	2,4
Densité (Nbre d'habitants / km2) en 2006	54
PIB (en 2006)	4 846,44 milliards CFA
PIB par tête (en 2006)	437 562 CFA
Revenu national brut (en 2004)	3.906,50 milliards CFA
Taux d'inflation (en 2007)	5,9%
Indice de développement humain (2003)	0,458
Espérance de vie à la naissance	54 ans
Age médian au 1er rapport sexuel (hommes de 25-59 ans)	20,
Age médian au 1er rapport sexuel (femmes de 20-49 ans)	18,7
Age médian à la 1ère union (femmes de 20-49 ans)	18,5
Age médian à la 1ère union (hommes de 30-59 ans)	28,1
Adolescentes mères (15-19 ans) en %	18,9
Indice synthétique de fécondité (Nombre moyen d'enfants par femme)	5,3
Taux de mortalité infantile (0-1 an) en %	61
Taux de mortalité juvénile (1-4 ans révolus) en %	64
Taux de mortalité infanto juvénile (0-4 ans révolus) en %	121
Taux de prévalence du VIH/SIDA (EDS, 2005)	0,7
Taux brut de scolarisation combinée en % (2005) (80,6 pour les femmes et 84,4 pour les hommes)	82,5
Taux brut de scolarisation en %	62,7
Taux Net de scolarisation en %	45,0
Taux d'analphabétisme en %	40,9
Taux d'analphabétisme des hommes en %	31,7
Taux d'analphabétisme des femmes en %	49,7

**Source :** ANSD : Rue de St Louis x Rue de Diourbel - Point E BP 116 Dakar RP –Sénégal  
Tél: (221) 33 869 21 39 / 33 869 21 60 - Fax (221) 33 824 36 15 ; Site WEB: [www.ansd.sn](http://www.ansd.sn)

## Annexe 5

### Tableau sur la situation des personnels médicaux et paramédicaux des hôpitaux en 2007

Catégories socio professionnelles	EPS 3	EPS 2	TOTAL
Radiologues	15	6	<b>21</b>
Ophthalmologistes	7	10	<b>17</b>
dermatologues	4	4	<b>8</b>
cardiologues	12	7	<b>19</b>
psychiatres	7	3	<b>10</b>
chirurgiens généralistes	46	19	<b>65</b>
chirurgiens dentistes	21	13	<b>34</b>
médecins anesthésistes réanimateurs	14	6	<b>20</b>
médecins généralistes	68	43	<b>111</b>
médecins internes	17	0	<b>17</b>
ORL	6	3	<b>9</b>
neurochirurgiens	16	1	<b>17</b>
Urologues	4	3	<b>7</b>
Pédiatres	32	9	<b>41</b>
Gynéco obstétriciens	12	12	<b>24</b>
pharmacien	33	11	<b>44</b>
préparateurs en pharmacie	17	0	<b>17</b>
SFE	96	103	<b>199</b>
techniciens supérieurs en anesthésie réa	57	29	<b>86</b>
techniciens supérieurs en imagerie médicale	30	19	<b>49</b>
techniciens supérieurs en kinési	23	20	<b>43</b>
techniciens supérieurs en odonto	6	13	<b>19</b>
Infirmiers	683	340	<b>1023</b>
aides infirmiers	597	274	<b>871</b>
assistant social	37	17	<b>54</b>
aide social	25	17	<b>42</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1885</b>	<b>982</b>	<b>2867</b>

Sources : Carte Sanitaire 2008

## Annexe 6

### Tableau sur la répartition du personnel étatique des districts selon la région en 2007

PERSONNEL ETATIQUE	Synthèse Région											
	DK	DL	FK	KL	KD	LG	MT	SL	TC	TH	ZG	Total
Nombre de médecin	27	11	12	9	4	10	6	8	14	25	6	132
Nombre de sages femmes	168	34	19	19	16	26	9	24	24	69	30	438
Nombre d'infirmiers ou agents sanitaires	137	100	133	106	70	86	92	109	121	201	117	1272
Nombre de T.S.S	29	12	7	13	4	5	5	5	14	13	4	111
Nombre d'agents d'hygiène et assimilés	45	27	29	19	20	41	7	33	24	32	14	291
Autres catégories socioprofessionnelles	130	28	14	16	8	27	4	11	15	69	10	332
<b>TOTAL</b>	<b>536</b>	<b>212</b>	<b>214</b>	<b>182</b>	<b>122</b>	<b>195</b>	<b>123</b>	<b>190</b>	<b>212</b>	<b>409</b>	<b>181</b>	<b>2576</b>

Sources : Carte Sanitaire 2008

## Annexe 7

### Tableau sur la répartition du personnel contractuel et communautaire des districts selon la région en 2007

PERSONNEL COMMUNAUTAIRE	Synthèse Région											
	DK	DL	FK	KL	KD	LG	MT	SL	TC	TH	ZG	Total
Nombre de médecin	12	10	0	0	1	1	0	1	0	3	0	28
Nombre de SFE	5	9	7	1	1	3	2	3	0	9	0	40
Nombre d'infirmiers ou agents sanitaires	35	35	3	7	3	12	35	34	2	8	0	174
Nombre de Matrone	15 0	18 7	16 9	25 1	112	26 0	4	33 8	14 3	56	26 7	1937
Nombre de A.S.C	25 8	15 8	43 1	35 2	308	25 2	16 8	37 9	15 0	17	25 9	2890
Autres catégories socioprofessionnelles	68 5	26 7	24 3	23	936	24 0	20 7	57 8	15 8	87	0	2498
<b>TOTAL</b>	<b>52 8</b>	<b>66 4</b>	<b>85 7</b>	<b>84 4</b>	<b>136 1</b>	<b>76 8</b>	<b>41 6</b>	<b>81 2</b>	<b>45 3</b>	<b>34 2</b>	<b>52 2</b>	<b>7567</b>

Sources : Carte Sanitaire 2008

## Annexe 8

**Tableau sur les besoins au niveau national selon les catégories médicales et paramédicales d'ici 2013**

CSP	Gap de l'existant dans les structures de soins	Gap de l'existant dans ECR et ECD	Prévisions 2008 et 2013	TOTAL	%
Radiologue	18		37	55	0,3
Ophtalmologiste	31		50	81	0,4
Dermatologue	31		50	81	0,4
Cardiologue	38		57	95	0,5
Psychiatre	29		48	77	0,4
Chirurgien Générale	88		148	236	1,2
Chirurgien dentiste	17		36	53	0,3
Médecin anesthésiste / Réa	40		78	118	0,6
Médecin généraliste	2	38	43	83	0,4
Médecin compétent (SONU)	62		103	165	0,8
<i>Medecin interne</i>	55		55	110	0,6
ORL	66		85	151	0,8
Neurochirurgien	58		77	135	0,7
Urologue	50		69	119	0,6
Pédiatre	94		132	226	1,1
Gynéco-obstétricien	79		117	196	1,0
Pharmacien	16		30	46	0,2
<i>Preparateur en Pharmacie</i>	85		126	211	1,1
ingénieur biologiste (ou biologiste)	12		31	43	0,2
Sage femme d'Etat	968	10	2151	3129	15,9
Technicien Supérieur de santé (sans maîtrise des SI)		13		51	0,3
Technicien Supérieur de santé (avec maîtrise des SI)		148	204	250	3,1
TS en anesthésie/ réanimation	108		260	368	1,9
TS en imaginerie médical	14		71	85	0,4
TS en Kinésithérapie	31		50	81	0,4
TS en Labo/Biologie	-24		19	18	0,1
TS en odontologie	73		133	206	1,0
TS en ophtalmologie	-7		19	19	0,1
Technicien maintenance	68		166	234	1,2
Infirmier d'Etat (assistant infirmier, agent sanitaire)	3433		6780	10213	51,9
Aide Infirmier	341		1291	1632	8,3
Assistant social	-23	48	26	26	0,1
Aide social	22		53	75	0,4
Sous-officier d'hygiène	10	17	10	37	0,2
Agent d'hygiène	195		359	554	2,8
Auxilliaire d'hygiène	12		50	62	0,3
				19686	100,0

Extrait Carte sanitaire 2009-2013

TS= Technicien Supérieur

## Annexe 9

### Tableau sur les perspectives de financement sur ressources extérieures de 2007 A 2011 (en millions de F.CFA)

PERSPECTIVES DE FINANCEMENT SUR RESSOURCES EXTERIEURES DE 2007 A 2011(en millions de F.CFA)								
SOURCES DE FINANCEMENT	MONTANT CONVENTION	AVANT 2006	EXECUTION 2006	PROJECTIONS				
				2007	2008	2009	2010	2011
<b>ARMD II</b>	4166,2	2067,31	489,57	804,7	804,7		0	0
<b>ASSRMKF</b>	6066,0		0,00	1516,5	1516,5	1516,5	1516,5	0
<b>BAD</b>	9460,0	1797,13	846,69	2272,1	2272,1	2272,1	0	0
<b>BID/RM TAMBA</b>	5732,3		86,97	1882	1882	1882	0	0
<b>ARABIE SEOUDITE/DALAL JAMM</b>	5318,6		0,00	0	500,0	1606,2	1606,2	1606,2
<b>DAHW</b>	ND		133,44	130	130	130	130	0
<b>FAC/FSP/RECH</b>	ND	0	413,90	0	0	0	0	0
<b>FAC/FSP/SANT URB</b>	699,0	743,3	9,92	0	0	0	0	0
<b>FAC/FSP/BILH</b>	200,0	200	0,00	0	0	0	0	0
<b>FAC/RH</b>	2300,0	2289,3	10,70	0	0	0	0	0
<b>France APPUI HOP. Principal</b>	ND	1572,00	1579,80	360,3	419,2	419,2	0	0
<b>FAC/SIDA</b>	ND	ND	110,43	0	0	0	0	0
<b>FM.SIDA</b>	8000,0		1336,49	2048	500	0	0	0
<b>FM/PNLP</b>	5000,0		4142,95	0	0	0	0	0
<b>FND</b>			3686,63	0	0	0	0	0
<b>FNUAP</b>	1880,0		98,52	0	0	0	0	0
<b>FONDS GAVI</b>	ND		689,55	689,55	689,55	689,55	689,55	689,55
<b>IDA/PMLS</b>	22066,0		11030,03		0	0	0	0
<b>JICA</b>	ND		806,49	80,2	80,2	80,2	0	0
<b>LHL/PNT</b>	833,1		374,85	0	0	0	0	0
<b>PNT USAID</b>	ND		211,34	0	0	0	0	0
<b>PRN/SANTE</b>	402,8		22,82	100,7	100,7	100,7	100,7	0
<b>USAID/SO AG 685-0309</b>	37895,0		1516,4	0	0	0	0	0
<b>USAID/SO AG 685-012</b>	60198,0		0,00	10667	10667	10667	10667	10667
<b>OMS/BIENUM 2006/2007</b>	2824,5		ND	1412,25	0	0	0	0
<b>OMS/BIENUM 2008/2009</b>	3 316,0		0,00	0	1658	1658	0	0
<b>TOTAL</b>			<b>27586,80</b>	<b>20190,75</b>	<b>19142,75</b>	<b>18944,25</b>	<b>14709,95</b>	<b>12962,75</b>

Source : DAGE/MBP

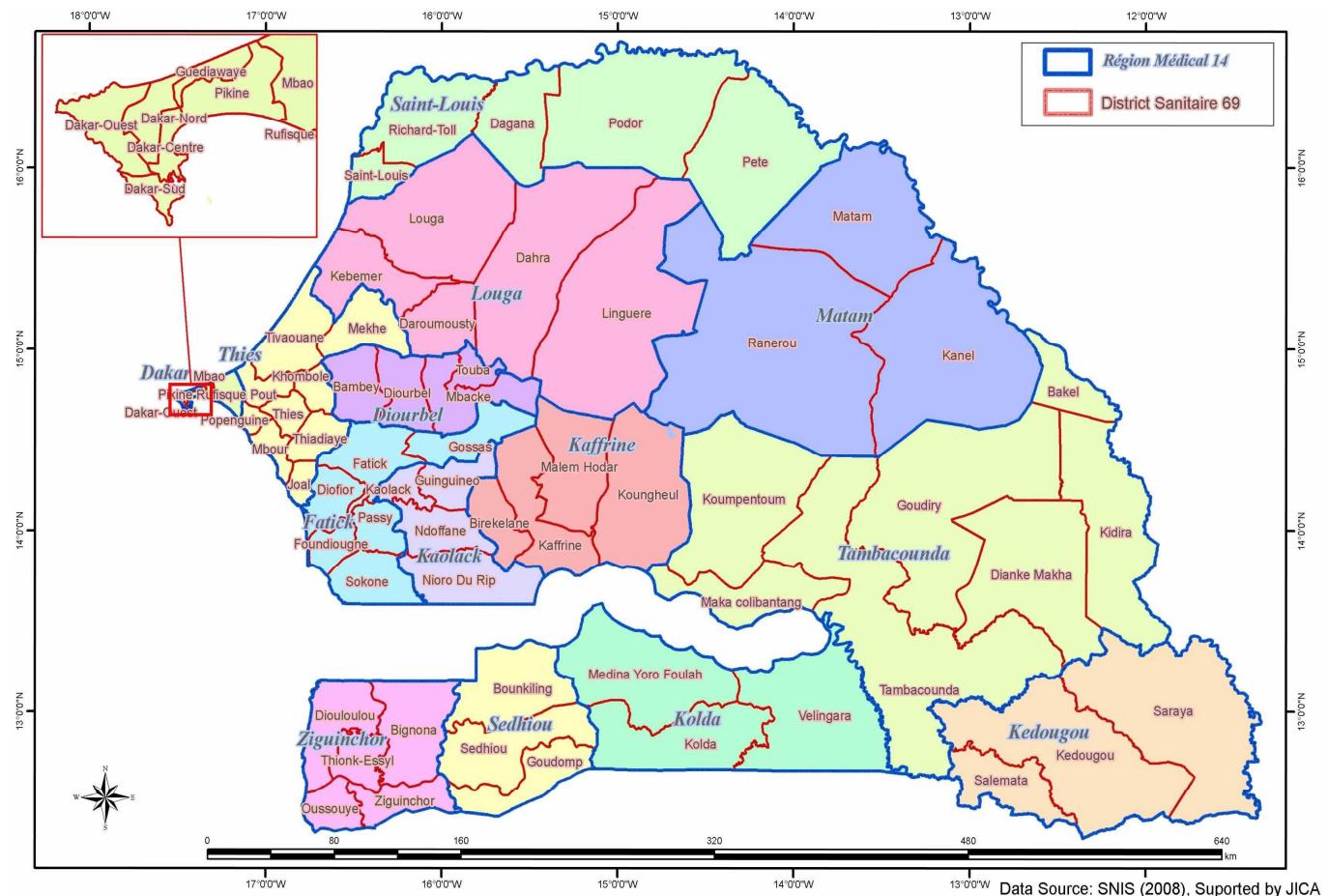
## **Annexe 10**

### **Matrices de mesures pour la mise en œuvre du PNDS-2009-2018**

<b>Stratégie</b>	<b>Mesures</b>	<b>Responsable</b>
<b>Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles</b>	Elaborer et mettre en œuvre un plan stratégique pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	Direction de la Santé
<b>Lutte contre la maladie</b>	Elaborer et mettre en oeuvre un plan stratégique de lutte contre les maladies non transmissibles, chroniques à soins coûteux	Direction de la Santé
<b>Ancrage de la Promotion de la santé</b>	Valider et mettre en œuvre le plan stratégique pour la promotion de la Santé	Service chargé l'Education pour la santé
<b>Renforcement de la prise en charge des cas</b>	Passer à l'échelle les bonnes pratiques et initiatives communautaires réussies	Direction de la santé
	Prendre un acte réglementaire portant application du document organisant la référence te la contre référence	SAMU
<b>Intégration surveillance épidémiologique et riposte</b>	Réviser et mettre en œuvre le plan stratégique de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte	Direction chargée de la Prévention
<b>Renforcement du système de santé</b>	Réactualiser les normes en personnels, infrastructures et équipements	Structure chargée de la Planification
	Elaborer un plan de Développement des Ressources Humaines 2009-2013	Direction des Ressources humaines
	Mettre en place un plan de renouvellement des équipements	Structure chargée des Equipements
	Mettre en place un plan d'équipements	
	Assurer la gestion informatisée des équipements et mettre en œuvre une politique de maintenance	
	Mettre en place un plan de développement des RH	Direction des Ressources humaines
	Assurer la gestion informatisée du personnel	
<b>Accroissement du financement de la demande,</b>	Régler le problème de l'efficience de l'allocation budgétaire	Structure chargée du financement de la santé
	Définir un cadre réglementaire sur la mutualité	
	Réviser les dépenses de soins en fonction des niveaux de la pyramide	
<b>Amélioration de la gouvernance sanitaire.</b>	Définir une politique d'intégration du secteur privé dans la mise en œuvre des programmes de santé	Cabinet
	Créer un cadre de concertation MSP/Enseignement supérieur en vue du relèvement de l'effectif des médecins notamment en spécialistes	Direction des Ressources humaines
<b>Suivi et Evaluation</b>	Elaborer un plan de suivi et évaluation du PNDS2009-2018	Structure chargée de la planification

## **Annexe 11**

### **Carte : Découpage du pays en 69 districts sanitaires (2008)**



REPUBLIQUE DU SENEGAL  
Un Peuple – Un but – Une foi

 Ministère de la Santé et de la Prévention

 *Le Ministre*

02167  
N° ..... / MSP / CAS-PNDS

Dakar le

18 MAR 2008

## NOTE DE SERVICE

**Objet : Comité de pilotage pour l'élaboration du deuxième Plan décennal de développement sanitaire 2009-2018**

Il est créé au niveau du Ministère de la Santé et de la Prévention, un Comité de pilotage pour l'élaboration du deuxième Plan décennal de développement sanitaire du Sénégal 2009-2018.

Le comité a pour mission d'assurer un suivi de la préparation du Plan décennal, PNDS II 2009-2018. Il examine et valide les propositions issues des différentes étapes du processus d'élaboration du Plan décennal et du Programme quinquennal 2009-2013.

Le comité sera, entre autres, chargé de :

- d'élaborer et valider le document d'orientation du plan décennal ;
- confectionner le tableau de bord des activités préparatoires ;
- mettre en place des commissions de travail ;
- formuler régulièrement des recommandations à Madame le Ministre de la Santé et de la Prévention pour le respect des échéances ;
- rédiger la première version du Plan décennal ;
- élaborer le projet de Programme quinquennal ;
- organiser une table ronde de Bailleurs de fonds.

Le Comité de pilotage est composé ainsi qu'il suit :

Président : Ministre de la Santé et de la Prévention ou son représentant

Rapporteur : Coordonnateur de la Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS (CAS/PNDS)

Membres :

1. Le Directeur de Cabinet
2. Le Secrétaire Général
3. L'Inspecteur des Affaires Administratives et Financières
4. L'Inspecteur de la Santé
5. Le Conseiller Technique n°1
6. Le Conseiller Technique n°2

7. Le Conseiller Technique chargé de la Communication
8. Le Conseiller Technique Population
9. Le Conseiller Technique chargé de la Coopération Française
10. Le Chef de la Cellule Informatique
11. Le Conseiller Technique chargé de la Coopération
12. Le Conseiller Technique chargé de la Pharmacie
13. Le Conseiller Technique chargé du Partenariat Public Privé
14. Le Conseiller Technique chargé de la Décentralisation
15. Le Conseiller Technique chargé de l'Economie de la Santé et de la Décentralisation
16. Le Coordonnateur du Programme National Qualité
17. Le Directeur de la Santé
18. Le Directeur des Etablissements de Santé
19. Le Directeur de la Prévention médicale
20. Le Directeur de la Pharmacie et des Laboratoires
21. Le Directeur des Ressources humaines
22. Le Directeur des Equipements médicaux
23. Le Directeur de l'Administration générale et de l'Equipment
24. Le Directeur de la Pharmacie nationale d'Approvisionnement
25. Le Chef du Service national de l'Hygiène
26. Le Chef du Service national de l'Education et de l'Information pour la Santé
27. Le Chef de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
28. Le Chef du Service national de l'Information sanitaire
29. Le Directeur du SAMU National
30. Le Médecin-chef de la Région médicale de Dakar
31. Les Chargés de Programme de la CAS\_PNDS
32. Le Représentant de l'OMS, Chef de file des Partenaires au développement
33. Les Représentants des Partenaires au Développement :
  - a. UNICEF
  - b. UNFPA
  - c. PNUD
  - d. Banque Mondiale
  - e. Union Européenne
  - f. BAD
  - g. BID
  - h. USAID
  - i. Coopération Belge
  - j. CTB
  - k. Mission de Coopération Luxembourgeoise
  - l. Lux-Development
  - m. JICA
  - n. Coopération Française
  - o. GTZ
34. Le Représentant de l'Université
35. Le Représentant du RESSIP /CONGAD
36. Le Représentant de l'Union des Associations d'Elus locaux
37. Le Représentant du Ministère de la Décentralisation et des Collectivités locales
38. Le Représentant de la Direction Générale du Plan/MEF
39. Le représentant de la DCEF / Ministère de Economie et ders Finances (MEF)
40. Le représentant de la DDI / Ministère de Economie et ders Finances (MEF)
41. Le Représentant de la Direction des Infrastructures médicales / MUHHUHPA

- 42. Le Représentant du Ministère de l'Education
  - 43. Le Représentant du Ministère Chargé de la Femme
  - 44. Le Représentant du Ministère chargé de la Coopération décentralisée

Secrétariat :

- CAS-PNDS (Cellule d'Appui et de Suivi du Plan national de Développement sanitaire)

Le comité peut s'adoindre toute personne dont les compétences sont jugées utiles à l'accomplissement de ses missions.

Le comité se réunit au moins une fois par mois sur convocation de son président.

La présente remplace la note de service n°7138/MSPM/CAS-PNDS du 07 septembre 2007.



### **Ampliations :**

- DC/MSPM
  - SG/MSPM
  - Inspection
  - Tous Conseillers
  - Tous Directeurs
  - Tous Chefs de service
  - Tous Médecins-chefs de région
  - Tous Partenaires au Développement
  - Tous Partenaires sociaux
  - Intéressés
  - Chrono
  - Archives

# CHAPITRE 1

## CARACTÉRISTIQUES DU PAYS ET ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

*Amadou Hassane Sylla et Aliou Gaye*

### 1.1 Contexte géographique, historique et économique

#### 1.1.1 Géographie

Le Sénégal, qui couvre une superficie de 196 722 km<sup>2</sup>, est un pays de l’Afrique de l’Ouest situé dans la zone soudano-sahélienne. Il est limité, au nord, par la République Islamique de Mauritanie, à l’est, par le Mali, au sud, par la Guinée Bissau et la Guinée et, à l’ouest, il est ouvert sur l’Océan Atlantique avec 700 km de côtes. La Gambie qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Ziguinchor.

Le Sénégal est un pays plat dont l’altitude dépasse rarement 100 mètres. Avec une altitude de 381 mètres, le mont Assirik qui se situe au sud-est du pays, constitue le point le plus élevé.

Le réseau hydrographique du Sénégal est constitué par quatre grands fleuves (le Sénégal, la Gambie, la Casamance, le Saloum) et par leurs affluents auxquels s’ajoutent quelques cours d’eau temporaires. Il faut noter la contribution non moins importante du lac de Guier au nord du pays.

Le Sénégal compte 10 régions administratives subdivisées en 30 départements. Ces départements comptent 48 communes, 91 arrondissements et 320 communautés rurales.

#### 1.1.2 Histoire

L’histoire du peuplement du Sénégal est peu ou presque pas connue. Cependant, de nombreuses fouilles ont révélé une présence humaine très ancienne (environ 150 000 ans). Le peuplement s’est probablement organisé à partir de l’empire du Ghana. Les peuples en migrations se sont installés dans la vallée du fleuve et ont progressé vers les régions du sud à cause des razzias des Maures.

Les premières traces écrites de l’histoire du Sénégal datent de l’historien arabe El Bekri en 1068. Jusqu’à la conquête coloniale, l’histoire du Sénégal est marquée par une succession de royaumes.

Les premiers contacts avec les Européens datent de 1415, époque à laquelle un Vénitien débarque dans la région du cap Vert et s’installe à Gorée.

Dans la seconde moitié du XVI<sup>e</sup> siècle arrivent les Français, les Anglais, les Hollandais, les Portugais. En 1659, Louis Gaultier établit dans l’île de Ndar un corps de Logis baptisé Saint Louis.

Entre 1854 et 1864, Faidherbe étend les possessions françaises, non sans se heurter à des résistances féroces. Il met ainsi en place une administration coloniale qui aboutira en 1914 à la nomination au parlement français du premier député noir, Blaise Diagne.

Après la deuxième guerre mondiale, entre 1946 et 1960, l'histoire du Sénégal est marquée par deux dates assez importantes. En 1946, il devient Territoire d'Outre Mer et fait partie de la République au sein de l'Union Française. En 1956, l'Assemblée Constituante vote la loi cadre et ce fut le début du processus de l'indépendance. Le 4 avril 1960, l'indépendance du Sénégal est proclamée.

### **1.1.3 Économie**

Depuis le changement de parité du Franc CFA intervenu en janvier 1994, le gouvernement du Sénégal a adopté une nouvelle stratégie de développement axée sur la réalisation d'une croissance diversifiée, forte et durable et la réalisation à moyen terme de la viabilité financière interne et externe. Cette stratégie de développement repose sur les six (6) axes fondamentaux suivants : (i) la consolidation de l'assainissement des finances publiques; (ii) la réduction de la taille du secteur public et parapublic et la modernisation de l'administration publique; (iii) l'accélération et l'approfondissement des réformes des secteurs de l'énergie, des transports et de l'agriculture; (iv) le renforcement durable de la compétitivité de l'économie sénégalaise par la poursuite de politiques budgétaire et monétaire rigoureuses en vue de contenir l'inflation.

Le programme économique et financier poursuit les objectifs macro-économiques suivants : (i) réaliser un taux de croissance économique de 6 % au moins sous l'hypothèse d'une bonne campagne agricole et de la poursuite des diverses réformes structurelles envisagées; (ii) maintenir l'inflation en-dessous du seuil de 3 % afin de préserver la stabilité des prix; (iii) ramener le déficit courant de la balance des paiements (hors transferts officiels) à moins de 7,6 %; (iv) limiter le déficit budgétaire global (hors dons) à moins de 2 % du PIB.

Les objectifs intermédiaires retenus dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie d'ajustement global reposent sur : le relèvement progressif du taux d'investissement à 19,9 %, la hausse de l'épargne intérieure à 15 %, l'accroissement du ratio des recettes budgétaires sur PIB à 15,8 %.

L'année 1998 a confirmé les résultats remarquables opérés par l'économie sénégalaise depuis la dévaluation du Franc CFA. Le Produit Intérieur Brut a, en effet, enregistré une croissance en volume estimée à 5,7 % contre 5,0 % en 1997 et 5,1 % en 1996. En termes courants, le PIB a connu en 1998 une hausse de 8,0 % et le taux d'inflation mesuré par le déflateur du PIB s'est établi à 2,2 %. Les mesures axées sur l'offre, appliquées dans le cadre de ce nouveau contexte économique et social, ont permis de renforcer les conditions propices à la croissance de la production et la maîtrise de l'inflation. Par secteur, les contributions du PIB à la croissance ont été de -0,61 point pour le primaire, de 1,67 point pour le secondaire, de 4,3 points pour le tertiaire et de 0,32 point pour les services non marchands. Le secondaire et le tertiaire ont été la locomotive de l'économie sénégalaise durant cette année. Le taux de croissance du PIB, se plaçant au-dessus de la croissance démographique (2,7 %), traduit une nette amélioration du revenu par tête et offre la possibilité de relever le taux d'épargne intérieure, d'augmenter la capacité d'investissement du pays. Cette synergie pourra permettre également la création de nouveaux emplois et l'amélioration des conditions de lutte contre la pauvreté.

### **1.1.4 Population**

Le Sénégal a adopté sa politique de population en 1988. La stratégie adoptée est la maîtrise de la croissance démographique par le biais de l'exécution du programme « actions démographiques prioritaires », le renforcement de l'appui aux collectivités locales dans le domaine du contrôle démographique et les actions pour la réduction du taux de fécondité. En outre, des efforts seront faits en vue de l'intégration des femmes dans la vie politique, économique et sociale grâce à l'alphabétisation fonctionnelle.

Selon les projections issues du dernier Recensement Général de la Population et de l’Habitat (RGPH), la population du Sénégal était estimée en 1999 à près de 9 278 618 habitants; soit une densité moyenne de 47 habitants au km<sup>2</sup>. Cette population est très inégalement répartie. Dakar qui occupe 0,3 % de la superficie abrite près de 24 % de cette population. C’est la région la plus densément peuplée avec 4 040 habitants au km<sup>2</sup>. La région de Tambacounda est la région qui a la densité la plus faible avec 9 habitants au km<sup>2</sup>. La population urbaine représente près de 43 % de la population totale. À l’instar des pays en voie de développement le Sénégal est un pays à fécondité élevée. Le Taux Brut de Natalité (TBN) est de 42 % et le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) est de 223 %, le taux d’accroissement naturel au niveau national est de 2,7 %; L’indice synthétique de fécondité calculé pour les femmes de 15 à 49 ans s’établit à 5,7 enfants par femme (EDS-III, 1997). La population du Sénégal est extrêmement jeune : plus de 57 % de la population a moins de 20 ans.

Les principaux groupes ethniques sont : les Wolof (43 %), les Pouls (24 %), les Sérer (15 %), les Diola (5 %) et les Mandingues (4 %).

La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94 %). On y trouve 4 % de chrétiens et les autres religions (animisme notamment) représentent 2 %.

## 1.2 Politique et profil sanitaires

### 1.2.1 Politique de santé

Le Sénégal a compris très tôt l’importance du secteur de la santé dans l’activité économique. Le pays a réaffirmé cette volonté notamment par l’article 14 de la constitution<sup>1</sup> et par la ratification des textes internationaux tels que la déclaration universelle des Droits de l’Homme, la charte de l’OUA et la Convention des Droits de l’Enfant.

Les Nouvelles Orientations de cette politique de santé et d’action sociale qui découle de la Déclaration de la Politique de Santé et d’Action Sociale de juin 1989, s’appuie sur l’approche programme traduite à travers le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) pour la période 1998-2007. Il est l’aboutissement logique d’un long processus de réflexion engagé depuis 1995 entre le Ministère de la Santé et ses partenaires. Le PNDS a permis de mettre en chantier plusieurs réformes à la fois législatives et institutionnelles touchant principalement les hôpitaux, les médicaments, les pharmacies. Il prévoit d’autres initiatives dans des domaines aussi importants que le système d’information sanitaire, le financement de la santé, la réorganisation du Ministère de la Santé, la coordination des interventions et l’intégration des activités.

Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) qui couvre une période de cinq ans (1998-2002), est la traduction concrète des priorités en matière de santé définies dans le PNDS. Les objectifs visés sont : la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infantile et juvénile et la maîtrise de la fécondité. La mise en œuvre des activités découlant des différentes orientations stratégiques dégagées ne peut être effective sans une mobilisation importante de ressources humaines, matérielles et financières.

Les activités planifiées par l’ensemble des structures découlent des stratégies définies et adoptées pour le développement des ressources humaines, la mobilisation et la rationalisation des moyens financiers et l’amélioration de l’accessibilité des services de santé et d’action sociale en réhabilitant les formations

---

<sup>1</sup> La constitution sénégalaise dispose en son article 14 que: « L’État et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille ».

sanitaires actuelles et en construisant de nouvelles formations notamment. Le programme accorde ainsi une large place à la surveillance épidémiologique, à la santé de la reproduction, au MST/SIDA et au contrôle des maladies endémiques avec essentiellement le paludisme, la bilharziose, l'onchocercose et la tuberculose.

Le PDIS est exécuté annuellement par le biais des plans d'opération (PO) produits par tous les acteurs du développement sanitaire de la périphérie au niveau central. Le pilotage d'ensemble du PDIS est assuré par la Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS (CAS/PNDS) et la gestion du soutien informationnel revient à la Direction des Études, de la Recherche et de la Formation (DERF) qui est ainsi chargée du suivi et de l'évaluation du programme au niveau du Ministère.

Pour le suivi et l'évaluation des activités du PDIS, quelques 24 indicateurs ont été retenus. Ces indicateurs sont regroupés en trois catégories à savoir: les indicateurs de moyens financiers; les indicateurs de couverture sanitaire; les indicateurs de qualité et de couverture des services et les indicateurs d'impact.

Les indicateurs financiers du PDIS renseignent sur l'effort fourni par l'État concernant son engagement à éléver le budget consacré à la santé au niveau recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est-à-dire à 9 %. Les indicateurs d'activités permettent de mesurer l'accès aux soins de base, la fréquentation et l'utilisation des services offerts par les formations sanitaires à travers le paquet minimum d'activités. Les indicateurs d'impact renseignent sur le degré d'atteinte des trois objectifs prioritaires du PDIS cités plus haut.

### **1.2.2 Organisation du système de santé**

- Le système de santé du Sénégal se présente sous forme d'une pyramide à trois niveaux :
- l'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire;
- l'échelon régional qui correspond à la région médicale; et l'échelon central.

Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie d'un département. Le Sénégal compte actuellement 50 districts sanitaires. Chaque district ou zone opérationnelle est géré par un médecin chef. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Ils s'appuient au niveau rural sur les infrastructures communautaires de villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou des matrones qui ont été choisies. La région médicale est la structure de coordination du niveau régional. Chaque région médicale correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de services rattachés à la région médicale. Le niveau central comprend outre le cabinet du ministre, les directions et les services rattachés. Rappelons que c'est la Direction des Études, de la Recherche et de la Formation qui est chargée de la gestion du soutien informationnel du programme.

### **1.2.3 Analyse des indicateurs de moyens**

Le financement du plan est apparu comme une préoccupation partagée par l'autorité sanitaire et l'ensemble des acteurs. Plusieurs études ont été menées pour trouver les solutions idoines aux différents problèmes de santé. Ainsi, l'ensemble des stratégies développées tendent à accroître les moyens tout en les

rationalisant, qu'il s'agisse du développement des ressources humaines, du financement de la santé, de la réhabilitation des structures notamment.

### ***Le personnel***

La situation du personnel de santé a fait l'objet de plusieurs études pour la maîtrise de son effectif réel, de sa répartition en vue du respect des normes de couverture indispensable à l'amélioration de la qualité des services. Le ministère s'est inscrit dans cette dynamique et a élaboré un plan national de formation qui intègre les besoins de formation initiale et continue. De plus, malgré les restrictions budgétaires, le ministère bénéficie d'un quota spécial pour un recrutement annuel de divers personnel de santé dans l'optique de la résorption du déficit constaté. Cependant malgré les efforts constatés, la situation est loin d'être satisfaisante comparée aux normes de l'OMS. En 1999, le Sénégal comptait<sup>2</sup> :

- 1 médecin pour 17 000 habitants,
- 1 infirmier pour 8 700 habitants,
- 1 sage femme pour 4 600 Femmes en Âge de Reproduction (FAR).

Alors que l'Organisation Mondiale de la Santé préconise :

- 1 médecin pour 5 000 à 10 000 habitants,
- 1 infirmier pour 300 habitants,
- 1 sage femme pour 300 Femmes en Age de Reproduction (FAR).

### ***Les infrastructures***

Sur le plan des structures, la pyramide sanitaire se traduit par la disponibilité des soins de santé de base au niveau des postes de santé, des soins secondaires au niveau des centres de santé et des soins tertiaires au niveau de l'hôpital régional. La réfection, la rénovation et la construction de nouvelles infrastructures constituent un volet fondamental du programme actuel. Le Sénégal compte actuellement 809 postes de santé, 53 centres de santé et 17 hôpitaux. En 1999, en terme de couverture passive, il y a :

- 1 poste de santé pour 11 500 habitants,
- 1 centre de santé pour 175 000 habitants,
- 1 hôpital pour 545 800 habitants.

Alors que les normes de l'OMS sont :

- 1 poste de santé pour 10 000 habitants,

---

<sup>2</sup> Source : Division des Statistiques et de la Documentation, Direction des Études, de la Recherche et de la Formation, Ministère de la Santé.

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

L'analyse de l'évolution de ces infrastructures de 1997 à 1999 montre le déficit actuel en termes de couverture et l'effort important que le ministère de la santé doit fournir pour atteindre les normes préconisées par l'OMS. Le Programme de Développement Intégré de la Santé prévoit la construction de 245 nouveaux postes de santé, de 2 nouveaux centres de santé et de deux nouveaux hôpitaux.

### ***Le budget***

Les principales sources de financement de la santé sont l'État, l'aide extérieure, les collectivités locales et les populations. L'État contribue à hauteur de 53 %; les populations participent pour 11%; les collectivités locales pour 6 % et les partenaires pour 30 %.

Le budget que l'État alloue au Ministère de la Santé est une traduction éloquente de son engagement face aux problèmes socio-sanitaires auxquels les populations sont confrontées quotidiennement.

À ce titre, l'OMS recommande aux États de consacrer au moins près de 9 % de leur budget de fonctionnement au Ministère de la Santé. Dans cette optique, depuis 1993, le Sénégal a décidé d'augmenter de 0,5 % la part du secteur de la santé dans le budget national. Le budget de fonctionnement de la Santé a connu une augmentation en valeur absolue; Il est passé de 18,7 milliards à 23,2 milliards entre 1996 et 1999. Rapporté au budget de fonctionnement de l'État, il est passé de 7,25 % à 7,85 % pour la même période.

#### **1.2.4 Niveau de santé**

Selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé de 1997 (EDS-III, 1997), la fécondité reste très élevée même si elle connaît une légère baisse. Le Taux Brut de Natalité (TBN) est de 37 %. Le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) ou nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer est de 185 %, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est passé de 6,0 enfants par femme en 1992-93 à 5,7 enfants par femme en 1997.

Le taux de prévalence contraceptive demeure très faible alors que le niveau de connaissance est élevé—86 % pour les femmes en union. Le taux de couverture des consultations prénatales est 82 %; La proportion de femmes ayant été assistées est de 47 %. Par ailleurs, la prévalence des MST est de 0,7 % chez les femmes et de 1 % chez les hommes.

Le quotient de mortalité infantile ( ${}_1q_0$ ) était estimé à 68 pour mille naissances vivantes en 1997 selon l'EDS-III, avec une grande disparité entre la zone urbaine (50 %) et la zone rurale (79 %). Le quotient de mortalité juvénile ( ${}_4q_1$ ) est estimé à 77 % et le quotient de mortalité infanto-juvénile ( ${}_5q_0$ ) 139 %. La mortalité infanto-juvénile reste très élevée du fait essentiellement du poids des maladies diarrhéiques et du paludisme, de la malnutrition, des infections respiratoires aiguës et de certaines maladies cibles du Programme Élargi de Vaccination telles que la rougeole.