



SÉNÉGAL - UN PEUPLE, UN BUT, UNE FOI

RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ

MATERNELLE, NÉONATALE, INFANTO-JUVÉNILE,
DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

DOSSIER D'INVESTISSEMENT



JUIN 2019



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE

DIRECTION GÉNÉRALE
DE LA SANTÉ

DIRECTION DE LA SANTÉ
DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

PRÉFACE

18 juin 2018

Pour contribuer à donner corps à la politique de santé déclinée à travers le Plan Sénégal Emergent (PSE) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et en souscrivant aux recommandations internationales relatives à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD), le Sénégal s'est engagé à l'élaboration de son dossier d'investissement en qualité de membre du deuxième groupe de pays éligibles au Mécanisme de financement Mondial (Global Financing Facility (GFF).

Cette option procède d'une volonté de privilégier les priorités nationales en matière de santé de la reproduction, de la mère, de l'enfant et de l'adolescent (e)/jeune ; les investissements opportuns et les interventions qui permettent de relever les principaux défis et de renforcer le système de santé en vue d'accélérer les progrès attendus.

Ce dossier d'investissement se présente comme un instrument de mise en application de la stratégie nationale de financement autour de laquelle le gouvernement, les bailleurs de fonds, la société civile et les acteurs du secteur privé, dans une approche participative et inclusive, s'engagent à s'aligner pour mettre fin aux décès évitables des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents.

La conception de cet important instrument, sous la conduite de mon département, a été réalisée sur la base de deux piliers essentiels que sont la Plateforme multisectorielle et multidisciplinaire de la Santé de la Reproduction de la Mère du Nouveau-Né, de l'Enfant et de l'Adolescent (SRMNEA) et la stratégie de financement de la santé.

Son processus d'élaboration participatif et inclusif a permis de mettre en évidence les principaux gaps constatés aux différents niveaux du secteur.

Le dossier d'investissement constitue pour l'ensemble des acteurs concernés, quel que soit leur appartenance professionnelle et communautaire, un guide, une inspiration et une opportunité de faire face aux défis qui impactent négativement la santé des populations les plus vulnérables que les pouvoirs publics s'évertuent inlassablement à améliorer. Le succès de la mise en œuvre de cette nouvelle initiative dépend fortement de l'implication inclusive de toutes les parties prenantes, sur la base de leurs rôles et responsabilités clairement définis.

Dans ce cadre, je demande à chaque acteur d'y contribuer au regard de ses avantages comparatifs pour une mobilisation des ressources nécessaires à l'atteinte de nos objectifs afin d'éliminer les décès évitables des femmes et des enfants à l'horizon 2030.

SOMMAIRE

Page

07	LISTE DES FIGURES
08	LISTE DES TABLEAUX
08	LISTE DES ENCADRÉS
10	RÉSUMÉ
13	ACRONYMES
20	1. INTRODUCTION
22	2. CONTEXTE
23	CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE
23	TENDANCE DÉMOGRAPHIQUE : LES DÉFIS DU DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE
24	ÉLÉMENTS DE BASE DU SYSTÈME DE SANTÉ
24	Prestation des services de santé
25	Médicaments
26	L'ENREGISTREMENT DES FAITS D'ÉTAT CIVIL ET DES STATISTIQUES DE L'ÉTAT CIVIL
28	FINANCEMENT DE LA SANTÉ
30	GOVERNANCE
32	3. ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SRMNI
33	LA SANTÉ MATERNELLE AU SÉNÉGAL : DES EFFORTS RESTENT À FAIRE
34	LA MORTALITÉ NÉONATALE
36	LA MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNILE
37	LE CONTINUUM DE SOINS AU SÉNÉGAL : DES OPPORTUNITÉS MANQUÉES
37	Santé des adolescents / jeunes
38	Période péri-conceptuelle
38	Grossesse
39	PTME
39	Accouchements
40	Suivi post-accouchement : CPoN
40	Avortement
40	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
41	Soins préventifs : couverture vaccinale des enfants
42	Soins curatifs : prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)
42	La situation nutritionnelle
43	LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ
43	Déterminants économiques
43	Déterminants socio-culturels
43	Environnement légal et droits humains
44	Violences basées sur le genre
45	Déterminants environnementaux : habitat, eau, hygiène et assainissement

Page

46	4. ANALYSE SITUATIONNELLE DE L'ÉTAT CIVIL
48	NIVEAU D'ENREGISTREMENT À L'ÉTAT CIVIL ET STATISTIQUE VITALES
48	Le niveau de déclaration des naissances à l'état civil
50	Déclaration des mariages à l'état civil
50	Déclaration des décès à l'état civil
51	ÉTABLISSEMENT DES STATISTIQUES
51	Modernisation du système d'enregistrement et de statistiques de l'état civil
54	5. ANALYSE DES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT
55	IDENTIFICATION DES GOULOTS
58	ANALYSE DES GOULOTS PRIORITAIRES IDENTIFIÉS
58	Accessibilité financière
59	Acceptabilité socio-culturelle
59	Performance du système de santé / couverture effective
60	Qualité technique (compétence en matière de soins)
61	Autres goulots d'étranglement par rapport à l'état civil
62	6. STRATÉGIE D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT / DU JEUNE : DOSSIER D'INVESTISSEMENT
63	VISION
63	PRINCIPES DIRECTEURS
63	RÉGIONS D'INTERVENTION
66	AXES PRIORITAIRES DE SRMNIA : RÉPONSE AUX GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT
66	Priorité 1 : Offrir un paquet intégré d'interventions de SRMNIA à haut impact
70	Priorité 2 : Améliorer l'équité et la demande de services de SRMNIA pour les personnes vulnérables
70	Lutte contre les inégalités de genre et les pratiques néfastes
72	Stratégies de communication pour le changement social et comportemental (CCSC)
72	Renforcement des capacités en communication
72	Renforcer les stratégies communautaires
76	Assurer la protection financière des plus vulnérables
78	Priorité 3 : Améliorer la santé des adolescent(e)s / jeunes via la multisectorialité
79	Renforcement de la communication pour le changement social et comportemental en faveur de la santé des adolescent(e)s / jeunes
79	Renforcement des compétences de vie des adolescentes en situation de vulnérabilité
79	Renforcer l'offre de services adaptés aux besoins des adolescent(e)s / jeunes
80	Priorité 4 : Renforcer les piliers de l'offre de SRMNIA
80	Assurer la disponibilité de ressources humaines de qualité
80	Améliorer la disponibilité d'infrastructures et d'équipements sanitaires pour la SRMNIA
80	Améliorer les systèmes de distribution et d'utilisation de produits et médicaments de qualité
81	Améliorer la qualité de l'offre de services de SRMNIA
81	Priorité 5 : Renforcer la gouvernance du système de santé et de l'état civil
81	Assurer un financement novateur et pérenne des programmes de SRMNIA
82	Renforcer la gouvernance et le leadership du système de santé
83	Améliorer l'enregistrement des faits d'état civil et la production de statistiques vitales

Page

86	7. CADRE OPÉRATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE
87	NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE
87	Le niveau central
87	Le niveau régional
87	Le niveau du district
87	ACTEURS
87	Le gouvernement
87	Le secteur privé
87	La société civile
88	Les partenaires techniques et financiers
88	COLLABORATION MULTISECTORIELLE
90	8. BUDGÉTISATION
91	ESTIMATION DU BUDGET PAR PRIORITÉ ET SOUS-PRIORITÉ
96	CARTOGRAPHIE FINANCIÈRE
96	Approche
96	Le gouvernement
97	Les partenaires techniques et financiers
99	ANALYSE DU DÉFICIT
104	ANNEXES
105	MÉTHODOLOGIE DE PRIORISATION
108	NOTE MÉTHODOLOGIQUE POUR L'ÉTUDE DES COÛTS
110	DÉFICIT DE FINANCEMENT PAR SCÉNARIO
112	CADRE DE PERFORMANCE
122	PLAN D'ACTION PAR PRIORITÉ

LISTE DES FIGURES

24	Figure 1 : Organisation du système de santé
30	Figure 3 : Répartition de l'appui des partenaires par région au Sénégal
33	Figure 4 : Évolution du ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes
34	Figure 5 : Disparité de valeurs absolues et relatives de décès néonataux par région au Sénégal en 2014
35	Figure 6 : Causes de décès de nouveau-nés par région au Sénégal en 2014
36	Figure 7 : Évolution des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile
36	Figure 8 : Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes par région
37	Figure 9 : Évolution du taux de fécondité des adolescentes de 2005 à 2015 selon le milieu de vie
38	Figure 10 : Évolution du taux de prévalence contraceptive et des besoins non satisfaits en PF de 2005 à 2015 au Sénégal
39	Figure 11 : Accouchements assistés par du personnel qualifié
41	Figure 12 : Évolution des taux de couverture du PEV
42	Figure 13 : Évolution de l'état nutritionnel des enfants de 2005 à 2014, EDS MICS
49	Figure 14 : Niveau de possession et type d'acte de naissance au Sénégal en 2015
49	Figure 15 : Proportion des enfants de moins de cinq ans enregistrés à l'état civil par région au Sénégal en 2015-2016
55	Figure 16 : Identification des goulots d'étranglement au niveau des pratiques
56	Figure 17 : Identification des goulots d'étranglement au niveau des soins préventifs
57	Figure 18 : Identification des goulots d'étranglement au niveau des soins curatifs
58	Figure 19 : Proportion, par région, de la population ayant des difficultés financières à payer les soins
59	Figure 20 : Indice synthétique de la qualité des soins pour les 14 régions sanitaires du Sénégal, présentés
60	Figure 21 : Compétence des prestataires en matière de soins par région en 2015
93	Figure 22 : Répartition du budget par priorité
94	Figure 23 : Budget total par région
101	Figure 24 : Besoin / Surplus de financement
102	Figure 25 : Déficit de financement par région
110	Figure 26 : Déficit de financement pour le scénario 1
111	Figure 27 : Déficit de financement pour le scénario 2
111	Figure 28 : Déficit de financement pour le scénario 3

LISTE DES TABLEAUX

25	Tableau 1 : Données sur la population totale
29	Tableau 2 : Répartition du financement aux différents échelons de la pyramide sanitaire
34	Tableau 3 : Évolution du taux de mortalité néonatale
60	Tableau 4 : Qualité des soins cliniques dispensés pour les consultations prénatales, la planification familiale et les visites d'enfants malades (score moyen des établissements), par région
63	Tableau 5 : Indicateurs / région
65	Tableau 6 : Résultats de la définition des régions prioritaires
67	Tableau 7 : Interventions du paquet 1 (interventions à haut impact)
78	Tableau 8 : Présentation des éléments liés à la remise des allocations
91	Tableau 9 : Estimation du budget par priorité
92	Tableau 10 : Budget du dossier d'investissement par priorité et sous-priorité
94	Tableau 11 : Budget total par région et par priorité
95	Tableau 12 : Budget par scénario
100	Tableau 13 : Cartographie des bailleurs par priorité et sous-priorité (en FCFA)
103	Tableau 14 : Cartographie financière pour l'état civil
106	Tableau 15 : Classification par rapport à la moyenne nationale
106	Tableau 16 : Classifications 1, 2 et 3
107	Tableau 17 : Résultats de la définition des régions prioritaires

LISTE DES ENCADRÉS

64	Encadré 1 : Méthodologie de classification des régions prioritaires
71	Encadré 2 : Comité de veille et d'alerte communautaire (CVAC) : implantation et processus d'intégration
73	Encadré 3 : La stratégie des SAFI
75	Encadré 4 : Prise en charge intégrée à domicile (PECADOM)
75	Encadré 5 : L'école des maris : l'implication des hommes dans la SRMNIA
76	Encadré 6 : Approche de la Couverture Maladie Universelle avec les mutuelles de santé
77	Encadré 7 : Financement basé sur les résultats / volet demande
83	Encadré 8 : Sites sentinelles de surveillance nutritionnelle
84	Encadré 9 : Les coins état civil - santé
108	Encadré 10 : L'outil OneHealth

RÉSUMÉ



CONTEXTE

Le Sénégal est en phase de transition démographique. Le niveau encore élevé de la fécondité et de la croissance démographique reste le défi majeur pour améliorer le capital humain et les conditions de vie de la population. Selon les projections de l'ANSD, la population sénégalaise passerait ainsi de 16,7 millions en 2020 à 22,3 millions d'habitants en 2030. Dans un tel contexte, les programmes de santé de la reproduction auprès des populations jeunes et inactives sont essentiels pour que le Sénégal capte le dividende démographique et que la situation économique et sociale du pays s'améliore. Ce dossier d'investissement, centré sur la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, joue donc un rôle majeur pour parvenir à cet objectif.

L'analyse situationnelle de la SRMNIA révèle que des efforts restent à faire en matière de santé maternelle notamment. Si la baisse du ratio de mortalité maternelle, de 850 / 100 000 naissances vivantes dans les années 1986-1987, à 392 / 100 000 naissances vivantes en 2010-2011, est encourageante, elle n'a cependant pas permis d'atteindre l'ODM 5 en 2015. Pour ce qui est de la mortalité néonatale, elle tend à baisser depuis 2000, mais le rythme de cette baisse rappelle la nécessité de renforcer la lutte contre la mortalité néonatale dans les politiques et programmes, les taux de mortalité infanto-juvénile ayant, quant à lui, connu une forte baisse, passant de 139 pour mille en 2000 à 51 pour mille en 2016, soit une réduction de 63 % en 16 ans, par rapport à la réduction de 66 % attendue. Quant au continuum de soins au Sénégal, des opportunités ont été manquées concernant la santé des adolescents / jeunes ; la période péri-conceptuelle ; la grossesse ; la PTME ; les accouchements ; le suivi post-accouchement ; l'avortement ; l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; les soins préventifs, avec la couverture vaccinale des enfants ; les soins curatifs, avec la prise en charge

intégrée des maladies de l'enfant ; et la situation nutritionnelle ; les déterminants économiques, socio-culturels, comportementaux et environnementaux étant par ailleurs également susceptibles de favoriser les risques de mortalité.

L'État du Sénégal a également toujours eu la volonté d'améliorer son système d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques d'état civil, et cette volonté se ressent encore davantage avec la modernisation de l'état civil, élevée au rang de priorité nationale par le chef de l'État en février 2015. Des statistiques de l'état civil complètes, fiables, précises et régulièrement mises à jour, permettent en effet de mesurer les dynamiques démographiques. Ces données sont utilisées dans la planification des ressources et des actions à entreprendre dans les domaines démographique, économique et social, ainsi que pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et programmes.

OBJECTIF ET INTERVENTIONS DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT

Pour résoudre ces défis, le dossier d'investissement s'aligne sur la vision du plan stratégique intégré de SRMNIA 2016-2020 : « Un Sénégal où chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent(e) et chaque jeune jouit de son droit à la santé et au bien-être de façon équitable et peut participer pleinement à l'édification d'un Sénégal Émergent ». Il s'articule autour des principes directeurs suivants : l'approche intégrée des prestations ; l'approche de gestion axée sur les résultats ; l'approche multisectorielle et décentralisée ; et l'équité, le genre et la prise en compte des besoins des populations prioritaires, et se focalise sur 5 interventions prioritaires : offrir un paquet intégré d'interventions de SRMNIA à haut impact (priorité 1) ; améliorer l'équité et la demande de services de SRMNIA (priorité 2) ; améliorer la santé des adolescent(e)s /

jeunes (priorité 3) ; renforcer les piliers de l'offre de SRMNIA (priorité 4) ; et renforcer la gouvernance du système de santé (priorité 5). Dans le cadre du processus d'élaboration du dossier d'investissement, trois groupes de régions prioritaires ont été définis sur la base d'indicateurs d'impact liés aux cibles, le premier groupe de régions étant constitué de Sédhiou, Kolda, Tambacounda, Kédougou et Kaffrine ; le deuxième, de Fatick, Ziguinchor, Matam, Diourbel, Kaolack, et Thiès ; et le troisième, de Dakar, Saint Louis et Louga.

Le budget global du dossier d'investissement comprend, outre les activités proposées, les activités visant l'enregistrement des naissances et la société civile, et est estimé à 496 132 650 133 FCFA pour la période de 2018-2022. À partir de ce budget, la maquette d'une cartographie financière a été réalisée, reprenant les priorités et sous-priorités du dossier d'investissement, et a été partagée entre tous les partenaires, ces derniers ayant fait correspondre les activités et budgets de leurs programmes et projets, aux priorités, sous-priorités, et régions listées dans la maquette de la cartographie, le poids démographique des régions ayant servi à établir le partage des ressources lorsque les budgets n'étaient pas répartis par région.

Le DI ayant été élaboré, l'étape suivante consiste à le mettre en œuvre, ce qui sera fait à plusieurs niveaux. Le niveau central étant le lieu de définition des politiques et stratégies, il devra jouer son rôle dans le présent dossier d'investissement, à travers la régulation et la coordination du système de santé et des services sociaux ; l'organisation des services ; la gestion des ressources humaines, matérielles et financières, en veillant à leur répartition et à leur utilisation équitable ; et l'évaluation des résultats par rapport aux objectifs fixés, dans une perspective d'amélioration de la performance du système. Concernant le niveau régional, la région médicale sera chargée de l'appui technique et d'encadrement, dans le but d'assurer la

mise en œuvre des stratégies définies dans le présent dossier d'investissement par le niveau central. Enfin, le district représentera 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.

Les acteurs de cette mise en œuvre seront le gouvernement, le secteur privé, la société civile et les partenaires techniques et financiers, ces derniers étant réunis dans un pool de financement offrant un cadre de mobilisation de ressources complémentaires au financement de l'État, de suivi de la mise en œuvre du dossier d'investissement, et de concrétisation des engagements des partenaires techniques et financiers et de l'État, et permettant que les ressources mobilisées garantissent un fort impact sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, en favorisant un équilibre raisonnable entre les trois priorités suivantes : promouvoir le transfert rapide de ressources en vue d'aider les populations cibles / bénéficiaires potentiels ; garantir que ces ressources seront utilisées de manière rationnelle pour l'atteinte des résultats escomptés ; et soutenir un développement organisationnel durable des régions médicales. La résolution des problèmes de santé étant rendue complexe du fait de leur caractère multisectoriel, elle nécessite l'intervention d'autres services au sein du même ministère et d'autres secteurs du développement aux priorités différentes, une collaboration multisectorielle pouvant permettre d'atteindre les résultats escomptés.

ACRONYMES

ACS

Acteur Communautaire de Santé

AJS

Association des Juristes Sénégalaises

AME

Allaitement Maternel Exclusif

AMM

Autorisation de Mise sur le Marché

AMIU

Aspiration Manuelle Intra-Utérine

AMREF

African Medical and Research Foundation

ANRS

Agence Nationale pour la Recherche Scientifique

ANSD

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

ARV

Antirétroviraux

ASPS

Alliance du Secteur Privé de la Santé du Sénégal

ASL

Accouchement à Style Libre

BCG

Vaccin de Calmette et Guérin

BNS

Besoins Non Satisfaits

CCA

Centre Conseil Adolescents

CCC

Communication pour le Changement de Comportement

CDD

Comité Départemental de Développement

CEC

Centre d'État Civil

CEDEAO

Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest

CD4

Cluster de Différenciation 4

CFA

Communautés Financières d'Afrique

CFCE

Chaque Femme, Chaque Enfant

CIS

Comité Interne de Suivi

CIP

Communication Interpersonnelle

CMU

Couverture Maladie Universelle

CNLS

Conseil National de Lutte contre le SIDA

CPC

Comité de Pilotage et de Coordination

CRD

Comité Régional de Développement

CRETEF

Centre Régional d'Enseignement Technique
Féminin

CS

Centre de Santé

CPN

Consultation Prénatale

CPRS

Centre de Promotion et de Réinsertion sociale

DAGE

Direction de l'Administration Générale
et de l'Équipement

DGS

Direction Générale de la Santé

DHIS 2

District Health Information System 2

DI

Dossier d'Investissement

DIEM

Direction des Infrastructures, de l'Équipement
et de la Maintenance

DIU

Dispositif Intra-Utérin

DIUPP

Dispositif Intra-Utérin en Post-Partum

DLSI

Division de Lutte contre le SIDA et les IST

DMPA

Acétate de Médroxyprogestérone-dépôt

DPEES

Direction de la Prévision et des Études
Économiques et Sociales

DPES

Document de Politique Économique et Sociale

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

DRH

Direction des Ressources Humaines

DSDOM

Dispensateurs de Soins à Domicile

DSME

Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant

DSR

Division de la Santé de la Reproduction

DSRSE

Direction de la Santé de la Reproduction
et de la Survie de l'Enfant

DSRP

Document Stratégique de Réduction
de la Pauvreté

DSISS

Division du Système d'Information Sanitaire
et Social

ECD

Équipe Cadre de District

ECPSS

Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé

ECR

Équipe Cadre de Région

EDSC

Enquête Démographique et de Santé Continue

EDS

Enquête Démographique et de Santé

EPS

Établissement Public de Santé

eTME

Élimination de la transmission mère-enfant

FAR

Femme en âge de reproduction

FBR

Financement Basé sur les Résultats

FDD

Fonds de Dotation de la Décentralisation

FNUAP

Fonds des Nations Unies pour la population

GAR

Gestion Axée sur les Résultats

GAS

Gestion des Approvisionnements et des Stocks

GATPA

Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement

GFF

Mécanisme de Financement Mondial (Global Financing Facility)

HTA

Hypertension Artérielle

HSH

Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes

IBG

Initiative Badjenou Gox

IFP 2020

Initiative Family Planning 2020

IPM

Informed Push Model

IMC

Indice de Masse Corporelle

IME

Inspection Médicale des Écoles

IRA

Insuffisance Respiratoire Aiguë

ISBC

Identification Systématique des Besoins de la Cliente

IST

Infections Sexuellement Transmissibles

JICA

Agence de Coopération Japonaise

LISCA

Ligue Sénégalaise de lutte contre le Cancer

LNCM

Laboratoire National de Contrôle des Médicaments

LNME

Liste Nationale des Médicaments Essentiels

LPSD

Lettre de Politique Sectorielle de Développement

MAS

Malnutrition Aiguë Sévère

MAPI

Manifestation Adverse Post-Injection

MICS

Enquête par grappes à Indicateurs Multiples (Multiple Indicator Cluster Survey)

MIJ

Mortalité Infanto-Juvenile

MILDA

Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action

MCD

Médecin Chef de District

MCR

Médecin Chef de Région

MGF

Mutilation Génitale Féminine

MM

Mortalité Maternelle

MNN

Mortalité Néonatale

MSAS

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

MSHP

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

NGA

Nombre de Grossesses Attendues

NV

Naissances Vivantes

OCB

Organisation Communautaire de Base

OHT

Outil OneHealth (OneHealth Tool)

OIP

Offre Initiale de Pilules

OMD

Objectif du Millénaire pour le développement

OMS

Organisation mondiale de la Santé

ONG

Organisation non gouvernementale

OOAS

Organisation Ouest Africaine de la Santé

PAM

Programme Alimentaire Mondial

PARSS

Programme d'Appui au Renforcement du Système de Santé

PCIME

Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PCIMNE

Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant

PECMAS

Prise en charge de la Malnutrition Aiguë Sévère

PEV

Programme Élargi de Vaccination

PF

Planification Familiale

PHCPI

Primary Health Care Performance Initiative

PIB

Produit Intérieur Brut

PNA

Pharmacie Nationale d'Approvisionnement

PNDS

Plan National de Développement Sanitaire

PNLP

Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNLS

Programme National de Lutte contre le SIDA

POCL

Plan Opérationnel des Collectivités Locales

POPAEN / IHI

Plan Opérationnel de Passage à l'Échelle Nationale pour les Interventions à Haut Impact

PPS

Point de Prestation de Service

PPP

Partenariat Public-Privé

PRA

Pharmacie Régionale d'Approvisionnement

PS

Poste de Santé

PSE

Plan Sénégal Émergent

PTA

Plan de Travail Annuel

PTF

Partenaire Technique et Financier

PTME

Prévention de la transmission mère-enfant

PTT

Plan de Travail Trimestriel

PVVIH

Personnes Vivant avec le VIH

RGPHAE

Recensement Général de la Population, de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage

RDQA

Évaluation de routine de la qualité des données (Routine Data Quality Assessment)

RAC

Revue Annuelle Conjointe

SAA

Soins Après Avortement

SAFI

Sage-Femme Itinérante

SAMU

Service d'Assistance Médicale et d'Urgence

SCA

Stratégie de Croissance Accélérée

SDMR

Surveillance des Décès Maternels et Riposte

SENN

Soins Essentiels du Nouveau-Né

SFE

Sage-Femme d'État

SIG

Système d'Information et de Gestion

SIGL

Système d'Information et de Gestion Logistique

SMART

Surveillance et évaluation normalisées des secours et des transitions (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions)

SNDES

Stratégie Nationale de Développement Économique et Social

SNIS

Système National d'Information Sanitaire

SNU

Système des Nations Unies

SONU

Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SOUB

Soins Obstétricaux d'Urgence de Base

SOUC

Soins Obstétricaux d'Urgence Complètes

SSP

Soins de Santé Primaires

SR

Santé de la Reproduction

SRAJ

Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes

SRMNI

Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent

SRO

Solution de Réhydratation Orale

TARV

Traitement antirétroviral

TBT

Tuberculose

TBS

Taux Brut de Scolarisation

TC / MLDA

Technologie Contraceptive / Méthode à Longue Durée d'Action

TIC

Technologie de l'Information et de la Communication

TMIJ

Taux de mortalité infanto-juvénile

TMNN

Taux de mortalité néonatale

TPC

Taux de Prévalence Contraceptive

TPI

Traitement Préventif Intermittent

UEMOA

Union Économique et Monétaire Ouest
Africaine

UNICEF

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

UNESCO

Organisation des Nations Unies pour
l'éducation, la science et la culture

USAID

Agence Américaine pour le Développement
International

VAT

Vaccin antitétanique

VBG

Violences Basées sur le Genre

VIH

Virus de l'Immunodéficiencce Humaine

VPH

Virus du Papillome Humain

WASH

Assainissement de l'eau et hygiène
(Water Sanitation and Hygiene)

1

INTRODUCTION



INTRODUCTION

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.

En effet, pour parvenir à l'émergence économique et des droits humains durables, le Plan Sénégal Émergent (PSE) s'appuie sur trois piliers, dont le deuxième pilier, qui porte sur le « capital humain, la protection sociale et le développement durable », et qui vise à développer, entre autres, des services sociaux de base tels que l'élargissement de l'accès aux services de santé et à la couverture sociale.

L'État a défini la politique nationale de santé dans la lettre de politique sectorielle mise en œuvre via le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), dont l'axe stratégique prioritaire est l'« Accélération de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales et infanto-juvéniles ». Pour honorer

ses engagements concernant l'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD) et la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'amélioration de la santé et du bien-être des femmes, des enfants et des adolescent(e)s, le Sénégal a entamé un processus d'élaboration d'un dossier d'investissement, accompagné d'une stratégie de financement de la santé.

Ainsi, ce dossier d'investissement aura comme principes directeurs l'équité, le respect des droits humains, et la multisectorialité.

La conception du dossier d'investissement est menée par la plate-forme du GFF sous la présidence du Ministre chargé de la Santé et de l'Action sociale. Cette plate-forme multisectorielle regroupe les acteurs gouvernementaux (santé, économie et finances, famille, jeunesse, éducation, état civil, et protection de l'enfance), le secteur privé, la société civile, et les partenaires techniques et financiers.

2

CONTEXTE



CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

La République du Sénégal est située dans la partie la plus occidentale du continent Africain dans la zone soudano-sahélienne. D'une superficie de 196 722 km², elle est ouverte sur l'Océan Atlantique, avec 700 km de côtes. Le Sénégal comprend 14 régions administratives, 46 départements, 117 arrondissements et 557 communes. Environ 55 % de la population vit en milieu rural, contre 45 % en milieu urbain. L'acte III de la décentralisation consacre la communalisation intégrale et renforce les compétences des collectivités locales en santé.

Le PIB par habitant en 2016 était de 958 dollars (prix courants), d'où la classification du Sénégal comme pays à faible revenu. Alors que 47 % de la population est pauvre au Sénégal (Banque mondiale, 2015), le Fonds monétaire international (FMI) prévoit un taux de croissance moyen de 6,7 % pour la période 2016-2021, grâce à un plan ambitieux de réduction de la pauvreté et de croissance. Les vulnérabilités structurelles pourraient retarder la mise en œuvre des réformes mais ne devraient pas compromettre la croissance à moyen terme. Il est attendu que la mise en œuvre du Plan Sénégal Émergent (PSE), dont le but est de « bâtir une société solidaire dans un État de droit à l'horizon 2035 », permettra de résorber les inégalités sociales et de promouvoir une croissance économique durable.

En effet, pour parvenir à l'émergence économique et des droits humains durables, le Sénégal s'appuie sur trois piliers, dont le deuxième pilier, portant sur le « capital humain, la protection sociale et le développement durable ». Ce dernier vise à développer, entre autres, des services sociaux de base, tels que l'élargissement de l'accès aux services de santé et à la couverture sociale, ainsi que la modernisation de l'enregistrement et de l'exploitation des données de l'état civil.

TENDANCE DÉMOGRAPHIQUE: LES DÉFIS DU DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE

La population du Sénégal était estimée en 2016 à 14, 7 millions d'habitants (RGPHAE, 2013). Les régions de Dakar, Thiès et Diourbel abritaient la majorité de la population, avec respectivement 23,2 %, 13,1 % et 11,1 % en 2016.

Par ailleurs, la population du Sénégal en 2016 restait caractérisée par son extrême jeunesse et un taux de croissance élevé : 1) la moitié de la population était âgée de moins de 18 ans ; 2) la population âgée de moins de 15 ans représentait 42,1 % ; et 3) la population âgée de 65 ans et plus représentait 3,5 %. Le taux brut de natalité était estimé à 37,2 ‰ en 2016. L'indice synthétique de fécondité (ISF) connaissait une légère baisse, passant de 6,0 enfants par femme en 1992 (EDS) à 4,7 enfants par femme en 2016 (EDSC), restant cependant élevé. Ainsi, le taux de croissance de la population restait élevé (2,7 %) bien que le Sénégal ait entamé sa transition démographique (baisse de la mortalité).

Il est important de mentionner que le Sénégal, malgré des efforts considérables consentis les dernières années dans le renforcement de son système d'état civil, ne peut encore produire et utiliser des statistiques vitales, en raison du faible niveau de couverture et de complétude.

Le Sénégal est en phase de transition démographique ; le niveau encore élevé de la fécondité et de la croissance démographique reste le défi majeur pour améliorer le capital humain et les conditions de vie de la population. Selon les projections de l'ANSD, la population sénégalaise passerait de 16,7 millions en 2020 à 22,3 millions d'habitants en 2030. Un tel accroissement démographique signifie qu'il faudrait augmenter le capital productif de 11 % environ pour prendre correctement en charge les besoins socioéconomiques (santé, éducation et emploi) de la population additionnelle. Tandis

que, depuis 2000, la fenêtre du dividende démographique¹ s'est ouverte, les programmes de santé de la reproduction auprès des populations jeunes et inactives sont essentiels pour que le Sénégal capte ce dividende et améliore la situation économique et sociale du pays. Ainsi, ce dossier d'investissement centré sur la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, joue un rôle majeur pour parvenir à cet objectif.

ÉLÉMENTS DE BASE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Prestation des services de santé

L'organisation du système de santé est de type pyramidal, structuré en 3 niveaux sur le plan administratif (central, intermédiaire et périphérique), et en 4 niveaux sur le plan de l'offre de services : Établissements Publics de Santé hospitaliers et non hospitaliers (38), Centres de santé (101), Postes de santé (1458), et Niveau communautaire (cases 2666, sites : 2605). Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé et la médecine traditionnelle. Le secteur privé de la santé apporte une contribution substantielle dans la densification de l'offre de services et a également largement contribué au relèvement du plateau technique.

Figure 1 : Organisation du système de santé

ORGANISATION DE LA PRESTATION DE SOINS ET DES SERVICES

EPS hospitaliers de niveau 3 : **11**

EPS hospitaliers de niveau 2 : **13**

EPS hospitaliers de niveau 1 : **10**
Centres de santé : **101**
Postes de santé : **1458**
Cases de santé : **2467**



ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Cabinet du ministre
Secrétariat général
Directions et services nationaux

Régions médicales
Services régionaux de l'Action

Districts sanitaires
Centre de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS)

1. Un dividende démographique est l'avantage économique qui peut avoir lieu pour un pays lorsque celui-ci subit des déclin rapides de mortalité et de fertilité, produisant des familles plus petites et en meilleure santé, ainsi qu'une cohorte de jeunes qui peuvent être éduqués et habilités à entrer sur le marché du travail. Le point clé qui sous-tend le dividende démographique est que la structure par âge de la population - le ratio de dépendance - est d'une importance cruciale, plus encore que la taille de la population.

Tableau 1 : Données sur la population totale

POPULATION TOTALE	15 256 346 HABITANTS
Naissance attendues	3,69 %
Enfants 0-59 mois	16,28 %
Femmes en âge de procréer	24,2 %
Âge médian	18 ans
Personnes de 60 ans et plus	5,5 %
Seuil de pauvreté	46,7 % (Banque mondiale, 2015)
Taux d'analphabétisme	57 % (RGPHAE, 2013)
Taux de scolarisation	80 % (RGPHAE, 2013)

Toutefois, le potentiel offert par le dynamisme du secteur privé de la santé au Sénégal n'est pas suffisamment valorisé par le système public. D'une part, l'offre de services de santé du secteur privé est insuffisamment capitalisée au profit de la densification de la couverture sanitaire. D'autre part les données et contributions du secteur privé à l'offre de services sont faiblement capturées et valorisées. Enfin les conditions d'accès aux crédits d'investissements et aux incitations fiscales limitent les capacités du secteur privé de la santé à offrir des coûts de prestations accessibles.

L'offre des services du sous-secteur « action sociale » comprend des actions de réadaptation et de réinsertion au sein des Centres de Promotion et de Réinsertion sociale (CPRS) et une offre de proximité assurée par des intervenants de première ligne au sein des services de santé, des structures scolaires, et des CPRS.

Médicaments

Les efforts consentis par l'État et le secteur privé national ont permis de réaliser des acquis considérables dans le secteur pharmaceutique, lesquels constituent une base pour garantir une disponibilité de médicaments et de produits essentiels de qualité. Il s'agit, entre autres, des aspects suivants :

- ▶ Existence d'une Autorité Nationale de réglementation pharmaceutique (Direction de la Pharmacie et Laboratoire national de contrôle des médicaments), qui est chargée d'élaborer et de :
 - Suivre la mise en œuvre de la politique et des programmes dans le domaine de la pharmacie ;
 - Veiller à l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs, notamment, à la pharmacie et aux médicaments, concernant le contrôle technique de la qualité.
- ▶ Existence d'une Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) disposant d'une politique claire et d'un maillage du territoire en Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA). La PNA est chargée d'assurer la disponibilité des médicaments dans le secteur public. Depuis 2008, la PNA met en œuvre des initiatives qui ont permis de rapprocher davantage les médicaments de la population. Il s'agit principalement des :
 - Dépôt-Vente avec Reversement de la Marge (DVRM) pour les hôpitaux : système permettant aux hôpitaux de disposer de médicaments et de produits essentiels en quantités suffisantes sans mobiliser de fonds pour leur acquisition ;
 - Projet Optimize : distribution mobile des

vaccins jusqu'au niveau des Points de prestations de services (PPS), avec une phase pilote réussie au niveau de la région de Saint-Louis ;

- Projet Push Model : chaîne intégrée de distribution mobile des produits de Planification familiale (PF) jusqu'au niveau des Points de prestation de services (PPS) ;
 - PRA mobile au niveau régional : Couverture des trois (3) régions non pourvues en PRA (Kédougou, Sédhiou et Kaffrine), mais cette initiative se limite au niveau régional ;
 - « Yeksi naa » (je me suis rapproché) : Association de la PRA mobile et du DVRM (2e axe du Plan stratégique de développement de la PNA : réorganisation du réseau logistique en fonction de l'étendue du territoire et de la densité de la population) ;
 - « Yeksi naa » (je suis arrivé) : Association du « Yeksi naa » au Push Model (2e axe du Plan stratégique de développement de la PNA).
- Un secteur privé dynamique qui dispose d'environ mille soixante (1060) officines privées et dépôts de médicaments, et offre une plateforme nationale d'approvisionnement et de distribution de spécialités et de génériques. Le secteur privé commercial, avec les grossistes-répartiteurs et les officines de pharmacie, distribue en majorité des spécialités pharmaceutiques.
- De nouvelles unités de production de médicaments, qui viennent renforcer les usines, et ouvrent des perspectives pour valoriser davantage un savoir-faire local et fournir le marché national ou régional en médicaments et produits stratégiques.
- Existence d'un centre national de transfusion sanguine comme cadre de référence pour la coordination et la mise en œuvre d'une politique nationale du sang sur l'ensemble du territoire national.

Malgré ces développements, l'enjeu de la pérennisation de l'approche Yeksi Naa implique un renforcement des capacités techniques et logistiques, notamment lors de la phase cruciale de la transition entre le projet Push Model et son intégration et expansion dans le dispositif national de la chaîne d'approvisionnement.

Il est donc nécessaire de s'assurer de la qualité des médicaments distribués dans le système national d'approvisionnement public comme privé, grâce à un renforcement de la réglementation quant à la mise en œuvre effective des fonctions essentielles de régulation.

On note en effet un réel déficit dans ce domaine, faute des ressources requises pour une bonne application de la réglementation pharmaceutique permettant de s'assurer de la sécurité des médicaments utilisés par les consommateurs, dans un contexte où les médicaments du marché illicite et les médicaments contrefaits se développent constamment.

L'ENREGISTREMENT DES FAITS D'ÉTAT CIVIL ET DES STATISTIQUES DE L'ÉTAT CIVIL

Au Sénégal, la gestion de l'enregistrement des faits d'état civil est confiée à la commune. Ainsi, nous retrouvons un centre principal dans chaque commune, auquel s'ajoute, au besoin, un centre secondaire. Les déclarations des faits d'état civil concernant les sénégalais de l'extérieur, sont reçues par les services consulaires.

Le Sénégal compte près de 587 centres d'état civil (CEC) sur l'ensemble du territoire. Au niveau central, une structure est chargée de la mise en œuvre de la politique de l'état en matière d'état civil. Cette structure, le Centre National d'État Civil (CNEC), est un démembrement du Ministère de la Gouvernance territoriale, du Développement et de l'Aménagement du

Territoire. Le CNEC met en œuvre la politique de modernisation de la gestion des faits d'état civil, de coordination, et de suivi de l'activité des centres d'état civil répartis à travers le territoire.

À ce titre, le CNEC s'occupe, conformément à l'article 8 du décret 206-2009 du 11 mars 2009, de :

- ▶ La coordination et l'organisation de la gestion de l'état civil ;
- ▶ L'application du Code de la Famille et des textes réglementaires ;
- ▶ La modernisation de la gestion des faits et statistiques d'état civil, l'interconnexion des centres d'état civil, et la mise en place d'une base centrale des données d'état civil en vue d'une meilleure sécurisation des archives ;
- ▶ La formation des acteurs de l'état civil ;
- ▶ Le suivi et l'assistance aux centres d'état civil ;
- ▶ La sensibilisation des populations.

Il est également chargé :

- ▶ Du secrétariat du comité national de l'état civil ;
- ▶ De la mise en place des structures régionales de l'état civil.

Les données d'état civil sont des éléments extrêmement importants pour les États. Elles revêtent une triple fonction : une fonction légale (car elles permettent d'établir l'identité ou l'existence juridique) ; une fonction statistique (car elles constituent la principale source de statistiques vitales) ; et une fonction collaborative (car elles alimentent les autres systèmes, tels que ceux de l'identité, ou le système électoral). Des statistiques d'état civil complètes, fiables, précises, et régulièrement mises à jour, permettent de mesurer les dynamiques démographiques.

Il est à noter que l'État du Sénégal a toujours eu la volonté d'améliorer son système d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques d'état civil. Cette volonté se ressent encore davantage avec la modernisation de l'état civil, qui a été élevée au rang de priorité nationale par le Chef de l'État en février 2015. Important, en particulier, concernant la détermination des niveaux de fécondité et de mortalité, le système d'enregistrement des faits d'état civil occupe une place importante dans l'élaboration des prévisions en matière de stratégies et politiques de développement, de l'exercice des droits liés à la citoyenneté, des mouvements de personnes, et de la sécurité internationale. Cela fait de l'état civil un moyen d'évaluation des besoins des populations en se basant sur les informations relatives au nombre de personnes habitant une localité, un pays. À travers le centre national d'état civil (CNEC), le gouvernement du Sénégal concourt à garantir un enregistrement de tous les faits d'état civil en assurant la disponibilité et la sécurité de toutes les données d'état civil.

Un certain nombre d'actions contribuant à un allègement des procédures portant sur les faits d'état civil, et à une meilleure disponibilité des statistiques d'état civil, ont été mises en œuvre. Il s'agit d'arriver à un enregistrement de tous les faits d'état civil dans les délais adéquats, à travers une meilleure appropriation de l'état civil par tous les acteurs et les populations, ainsi qu'une disponibilité de données d'état civil fiables et complètes. Par conséquent, il est également important de parvenir à une notification spontanée des faits d'état civil par le personnel de la santé. Ces faits ont, pour la plupart, lieu au sein de structures de santé, qui, sinon, reçoivent les informations concernant ces faits. Toutes les naissances, tous les mariages, et tous les décès, doivent en effet être inscrits sous forme d'actes sur les registres de l'état civil. Les autres faits ou actes concernant l'état civil des personnes, font l'objet d'une mention sur ces registres.

Ces registres sont sous format papier, et sont ainsi confrontés à plusieurs problèmes liés à leur manipulation et à leur conservation. En dépit des efforts réalisés par le Gouvernement ces dernières années, la demande et l'accès des populations aux services d'état civil est très variable sur le territoire national. Dans cette logique, plusieurs initiatives sont à mettre en œuvre. Il s'agit de :

- ▶ Réaliser des campagnes nationales de communication de masse ainsi que des actions de proximité et de mobilisation des communautés ;
- ▶ Poursuivre l'informatisation des centres d'état civil du Sénégal, laquelle concerne près de 507 centres d'état civil ;
- ▶ Améliorer l'offre de services d'état civil de qualité grâce à plus de proximité ;
- ▶ Valoriser une interopérabilité état civil-santé intégrant un dispositif de collaboration et une interconnexion des systèmes de l'état civil et de la santé (HERA-DHIS2) ;
- ▶ Utiliser la téléphonie pour la notification des faits d'état civil grâce à Rapidpro, ainsi que pour la collecte des données statistiques ;
- ▶ Poursuivre la numérisation des actes d'état civil ;
- ▶ Procéder à une indexation, pour permettre une meilleure offre de services par la facilitation de la recherche automatisée ;
- ▶ Consolider la base de données nationale de l'état civil ;
- ▶ Réaliser l'interconnexion des centres d'état civil au centre national d'état civil ;
- ▶ Établir des statistiques d'état civil de façon périodique, avec une désagrégation des données selon des variables telles que le sexe, l'âge, le milieu de résidence, etc., en rapport avec l'Agence nationale de la statistique et de la Démographie.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

La stratégie de financement de la santé élaborée pour tendre vers la couverture sanitaire universelle, définit les orientations stratégiques de financement en tenant compte des politiques nationales, ainsi que des normes et standards internationaux en matière de prestations de services de santé. À cet effet, elle constitue un référentiel incontournable dans l'élaboration du présent dossier d'investissement.

La part du budget affectée au ministère de la Santé a diminué au cours des cinq dernières années en valeur relative. Elle passe de 5,82 % en 2010 à 4,65 % en 2014. Pour l'État, le budget alloué au secteur de la santé a augmenté progressivement en valeur absolue, sans pour autant atteindre le seuil des 15 % fixé par les chefs d'État de l'UEMOA, lors de la conférence d'Abuja en avril 2001.

Les résultats des comptes nationaux de la santé (CNS) de 2005 et 2013, ont montré une augmentation substantielle des ressources destinées à financer l'accès des populations aux paquets de services. L'analyse des séries de CNS montre une augmentation considérable des dépenses de santé, qui sont passées de 245 milliards de FCFA en 2005 à 431 milliards de FCFA en 2013 (environ 5 % du PIB), soit une augmentation de près de 76 %.

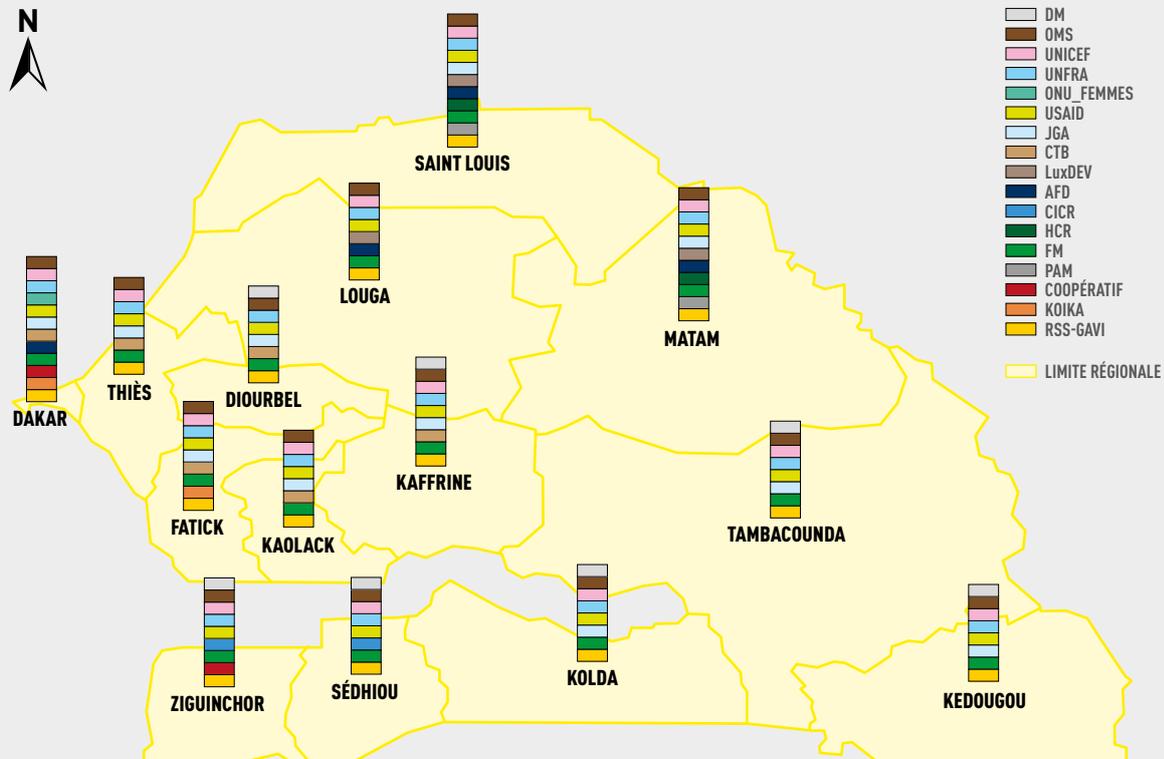
En dépit des efforts consentis, le système de santé ne permet pas encore un accès équitable aux paquets de services définis par la carte sanitaire. Une des raisons de ce manque d'équité, est la mauvaise répartition des ressources entre les différentes régions (figure 3), mais aussi dans les zones rurales ou les localités enclavées. Les résultats des comptes nationaux de la santé de 2013 révèlent que les régions du Sud-Est, qui ont les taux de mortalité infanto-juvénile les plus élevés du pays, bénéficient de moins de ressources. Une part importante des financements liés aux services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et

des adolescents (SRMNIA), est concentrée dans le triangle constitué par Dakar, Thiès et Kaolack, régions présentant les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile les moins élevés. Le système d'allocation des ressources aux programmes et services de santé sur une base historique, a été à l'origine de disparités dans le financement des programmes à différents échelons de la pyramide. Les résultats des différents CNS révèlent que les postes de santé, qui constituent le premier accès aux services de santé pour les populations pauvres ou celles situées en milieu rural ou dans des zones enclavées, reçoivent moins de 10 % des ressources publiques. L'essentiel du financement public est destiné aux hôpitaux et aux centres de santé, comme l'indique le tableau 2.

Tableau 2 : Répartition du financement aux différents échelons de la pyramide sanitaire
Source : CNS 2005, 2008 et 2013.

INDICATEURS	RÉSULTATS		
	2005	2008	2013
Part du financement public destiné au niveau périphérique, dans le financement public des prestataires publics de soins	47,30 %	26,18%	33,49 %
Dont			
Postes de santé	10,17 %	5,68 %	4 %
Centres de santé	37,13 %	20,50 %	29,49 %
Part du financement public destiné aux hôpitaux, dans le financement public des prestataires publics de soins	51,28%	71,92 %	66,41 %

Figure 3 : Répartition de l'appui des partenaires par région au Sénégal



GOVERNANCE

La Politique Nationale de Santé, définie à travers la lettre de politique sectorielle, et mise en œuvre à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), dont l'axe stratégique de l'« Accélération de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales, et infanto-juvéniles », a été érigée en priorité. L'engagement politique au plus haut niveau est articulé autour des stratégies mondiales (Chaque femme, Chaque enfant, 2016-2030, le plan opérationnel chaque nouveau-né, *family planning* 2020, etc.) ainsi que d'autres engagements au niveau international.

3

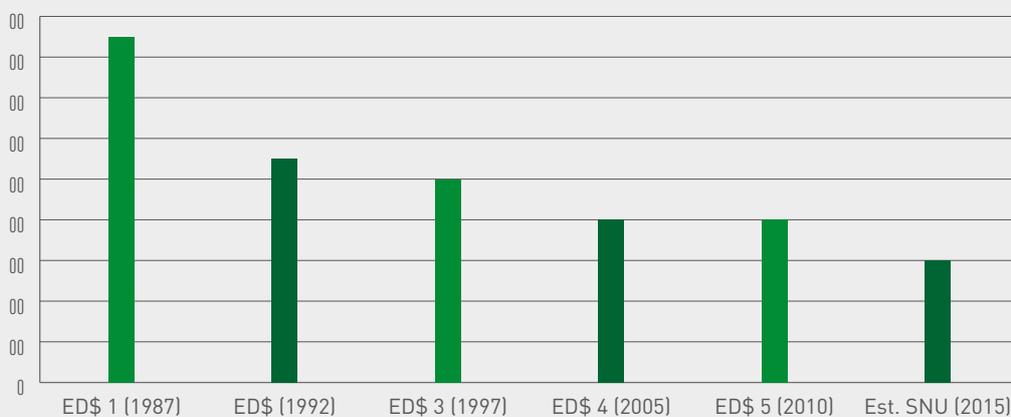
ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SRMNTIA



LA SANTÉ MATERNELLE AU SÉNÉGAL : DES EFFORTS RESENT À FAIRE

Le ratio de mortalité maternelle, s'il reste élevé, a continuellement régressé. Selon les EDS, il est passé de 850 / 100 000 naissances vivantes dans les années 1986-1987, à 392 / 100 000 naissances vivantes en 2010-2011. Bien qu'ils soient jugés encourageants pour le Sénégal, ces résultats n'ont tout de même pas permis d'atteindre l'OMD 5 en 2015.

Figure 4 : Évolution du ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes



2. DSRSE, Évaluation des SONU, 2012-2013

Les causes de la mortalité maternelle sont de deux ordres, selon l'enquête d'évaluation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)² :

- Les causes directes sont les hémorragies de la délivrance, les troubles liés à l'hypertension artérielle, le travail dystocique, les septicémies, les avortements à risque, et autres causes directes ;
- Les causes indirectes sont le paludisme, le VIH/sida, l'anémie, etc.

Toutefois, il convient de noter les déterminants liés aux retards dans la prise de décisions, la référence précoce, et la promptitude quant à la prise en charge par les prestataires, sans oublier la persistance des pesanteurs socioculturelles.

LA MORTALITÉ NÉONATALE

Le taux de mortalité néonatale était estimé à 21 pour 1000 naissances vivantes en 2016 (EDSC, 2015).

Tableau 3 : Évolution du taux de mortalité néonatale

TMNN entre 0 et 28 jours (pour 100 NV)

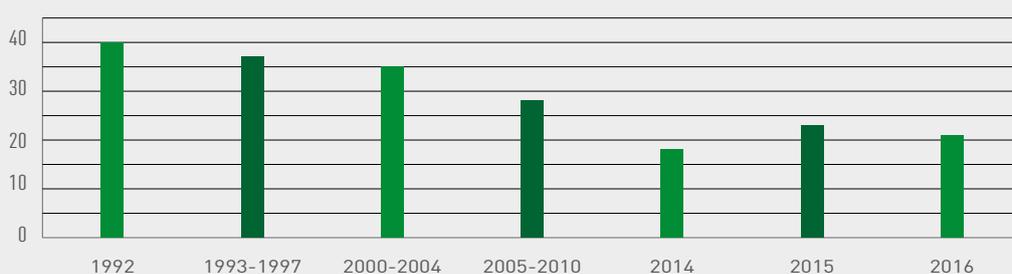
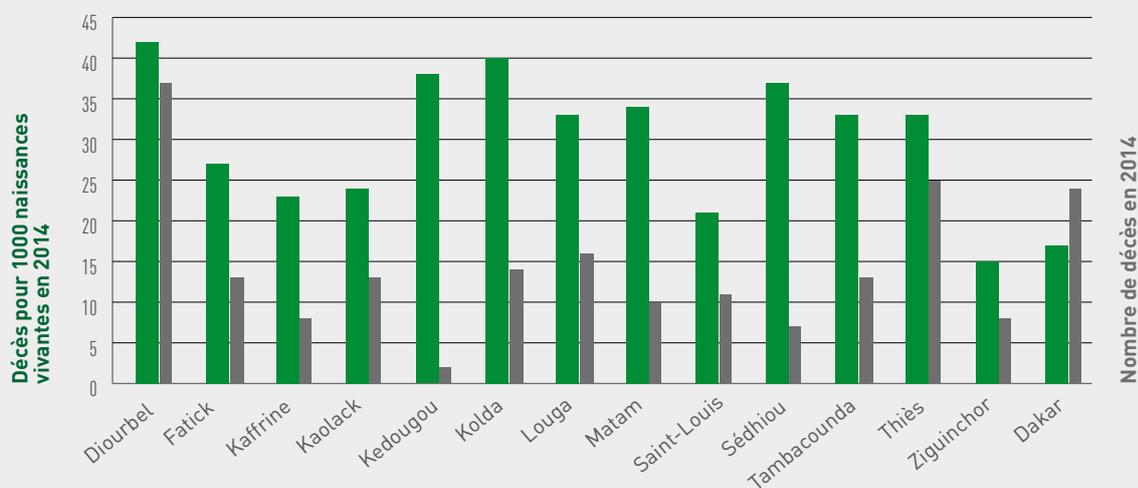


Figure 5 :

Disparité de valeurs absolues et relatives de décès néonataux par région au Sénégal en 2014

Source : Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), 2014.



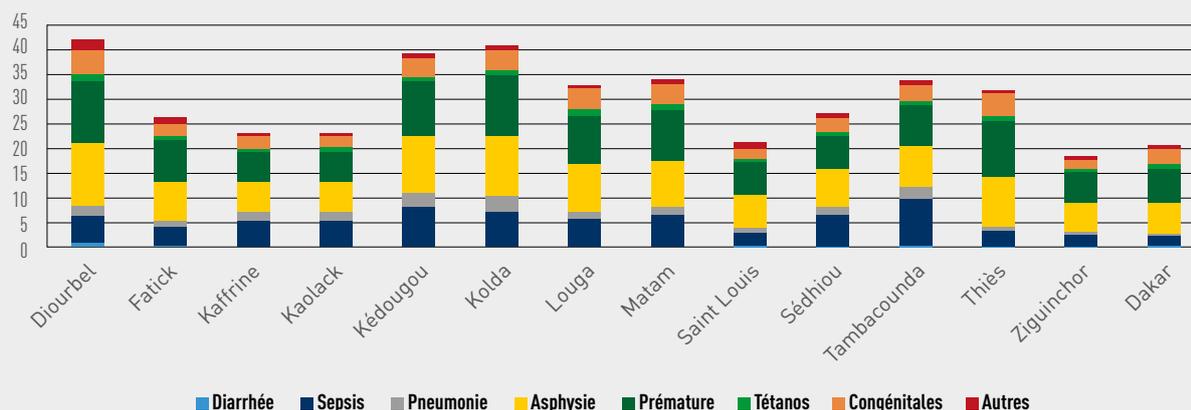
Depuis 2000, la mortalité néonatale tend à baisser, toutefois, le rythme de cette baisse rappelle la nécessité de renforcer la lutte contre la mortalité néonatale dans les politiques et programmes. La mortalité néonatale était plus élevée en milieu rural (26 pour mille) qu'en milieu urbain (20 pour mille) en 2016, et constituait un frein à la baisse de la mortalité infanto-juvénile, à laquelle elle contribuait à hauteur de 38 % à 40 %.

Le taux de mortalité néonatale était variable selon les régions ; les taux les plus élevés étant

retrouvés en 2014 dans les régions de Diourbel, Kolda et Kédougou. Mais si l'on considère le nombre absolu des décès, les régions de Thiès et Dakar venaient en 2e et 3e position après Diourbel.

Au Sénégal, comme dans la majorité des pays, la prématurité, les asphyxies, les septicémies, les anomalies congénitales, la pneumonie, et le tétanos, constituent les principales causes de mortalité néonatale.

Figure 6 : Causes de décès de nouveau-nés par région au Sénégal en 2014



LA MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNILE

Le taux de mortalité infanto-juvénile a connu une forte baisse au Sénégal. La mortalité infanto-juvénile est passée de 139 pour mille en 2000 à 51 pour mille en 2016, soit une réduction de 63 % en 16 ans, par rapport à la réduction de 66 % attendue (soit 2/3). Cette dernière décennie a été marquée, au Sénégal, par le recul de la

rougeole et du paludisme, qui constituaient les deux premières causes de morbidité et de mortalité au début des années 2000.

Selon les estimations du Système des Nations Unies de 2015, les affections néonatales (45 %) constituent la première cause de décès des moins de cinq ans, suivies de la pneumonie (12 %), de la diarrhée (9 %), des accidents et traumatismes (7 %), et du paludisme (4 %).

Figure 7 : Évolution des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile

Sources : différentes EDS

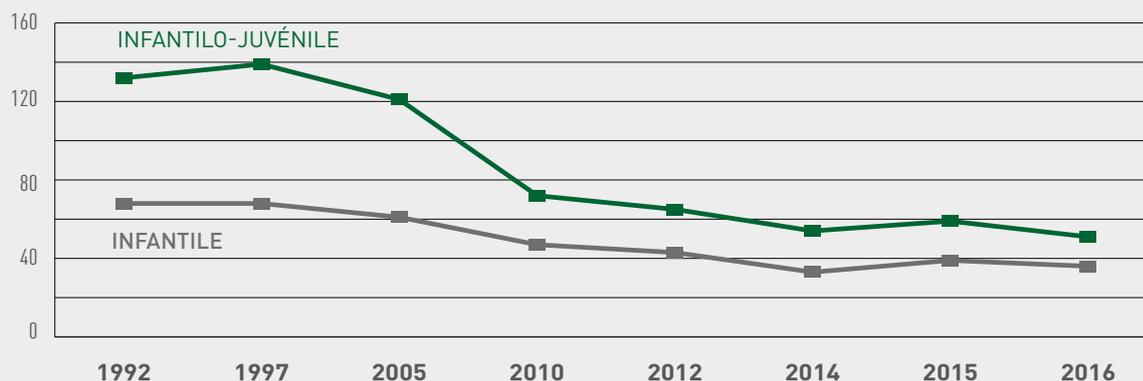
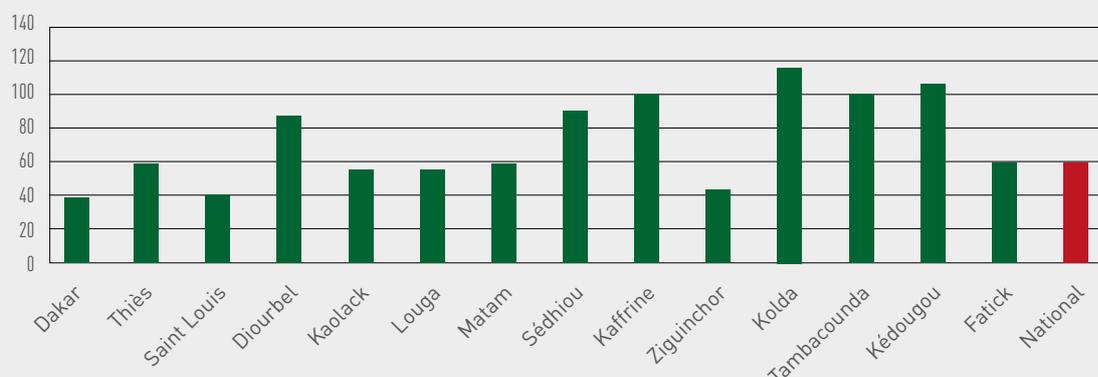


Figure 8 : Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes par région



LE CONTINUUM DE SOINS AU SÉNÉGAL : DES OPPORTUNITÉS MANQUÉES

Santé des adolescents / jeunes

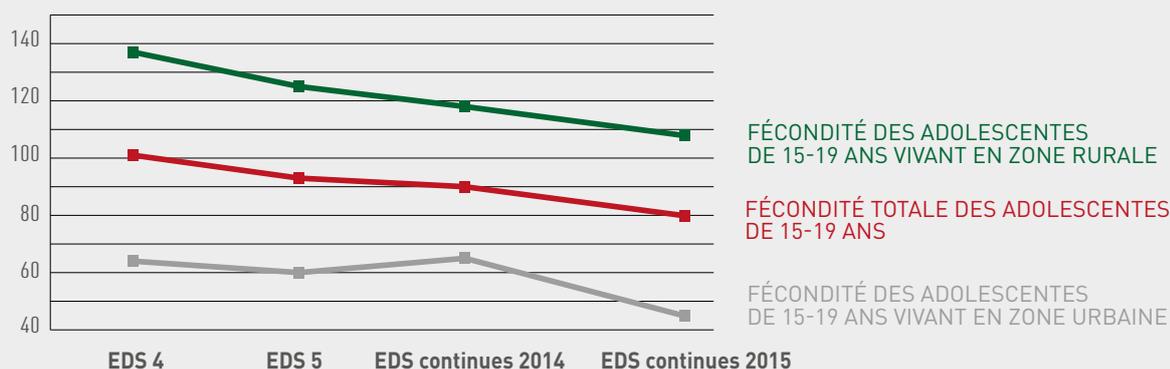
La sexualité est devenue précoce dans cette tranche d'âge. En effet, l'âge médian du premier rapport sexuel au Sénégal chez les femmes est estimé à 19 ans. Chez les jeunes de 15-24 ans, 7,4 % des filles et 4,9 % des garçons ont eu leur premier rapport sexuel avant d'atteindre l'âge de 15 ans. Par ailleurs, seuls 44,3 % des filles et 73,9 % des garçons de 15-24 ans ont utilisé un préservatif au cours des derniers rapports sexuels³.

La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est encore basse. Elle est de 0,2 % : soit 0,1 % chez les garçons et 0,3 % chez les filles⁴. Lors de la 3e enquête combinée menée au Sénégal en 2014, il a été constaté que 22,3 % des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) étaient âgés de moins de 20 ans et 41,4 % avaient entre 20 et 24 ans⁵.

On observe une fécondité précoce élevée chez les adolescentes de 15-19 ans : 80 pour mille, avec une nette disparité entre le milieu urbain (45 pour mille) et le milieu rural (108 pour mille)⁶.

Les grossesses précoces comportent des risques tant pour la mère que pour le nouveau-né et limitent souvent chez la fille les possibilités d'éducation et de formation.

Figure 9 : Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes par région



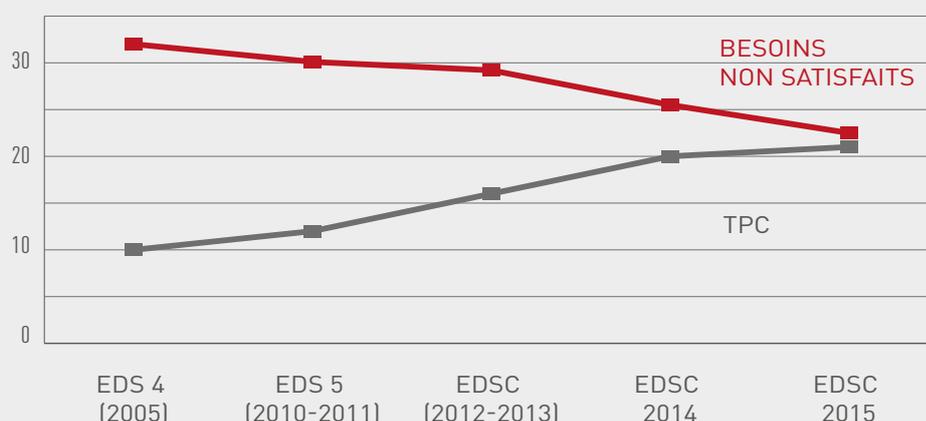
3. EDS continues 2015
4. EDS MICS, 2010-2011

5. Enquêtes combinées auprès des groupes clés (MSM 2013).
6. EDS continues 2015

Période péri-conceptuelle

La mise en œuvre du plan 2012-2015 a permis d'augmenter progressivement le taux de prévalence contraceptive et de réduire les besoins non satisfaits : le taux de prévalence contraceptive est passé de 10,3 % en 2005 à 21,2 % en 2015 selon les EDS.

Figure 10 : Évolution du taux de prévalence contraceptive et des besoins non satisfaits en PF de 2005 à 2015 au Sénégal



Grossesse

La majorité des femmes enceintes (97 %) ont bénéficié d'au moins une CPN, mais seuls 48 % suivent correctement les 4 CPN selon les normes.

La supplémentation en fer sous forme de comprimés ou de sirop est de 94,8 %. Malgré la disponibilité et l'accessibilité du fer, l'observance (prise effective) n'est pas assurée chez les femmes enceintes. Ceci serait lié à leur faible

connaissance des causes de l'anémie⁸, dont la prévalence est de 61,4 % chez les femmes enceintes. La couverture des femmes enceintes au vaccin antitétanique reste faible ; 52,6 % des femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses. Cette situation pourrait s'expliquer par le non-respect du calendrier vaccinal et le démarrage tardif des CPN mais aussi par la non-continuité de l'enregistrement des doses de VAT reçues durant les grossesses successives.

7. Données de l'EDSC 2012-2013.

8. Étude de la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes et recherche formative sur la supplémentation en fer et acide folique dans les régions de Dakar et Fatick, Pr Sylvain Landry Faye).

Globalement, la moitié des femmes est protégée contre le paludisme, avec une couverture de 43,0 % en TPI3 (DHIS2, 2015) et 51,8 % des femmes enceintes ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MILDA) d'après l'EDSC 2014.

PTME

Le pourcentage de femmes enceintes testées au VIH et ayant reçu leurs résultats est passé de 75 % en 2013 à 85 % en 2015. Le pourcentage de mise sous ARV chez ces femmes dépistées positives reste faible malgré la progression de 52,0 % en 2014 à 58,0 % en 2015.

La proportion d'enfants nés de mère séropositive et qui ont bénéficié de la prophylaxie ARV est restée stagnante entre 2014 et 2015 (respectivement 30 % et 31,5 %). Le taux de

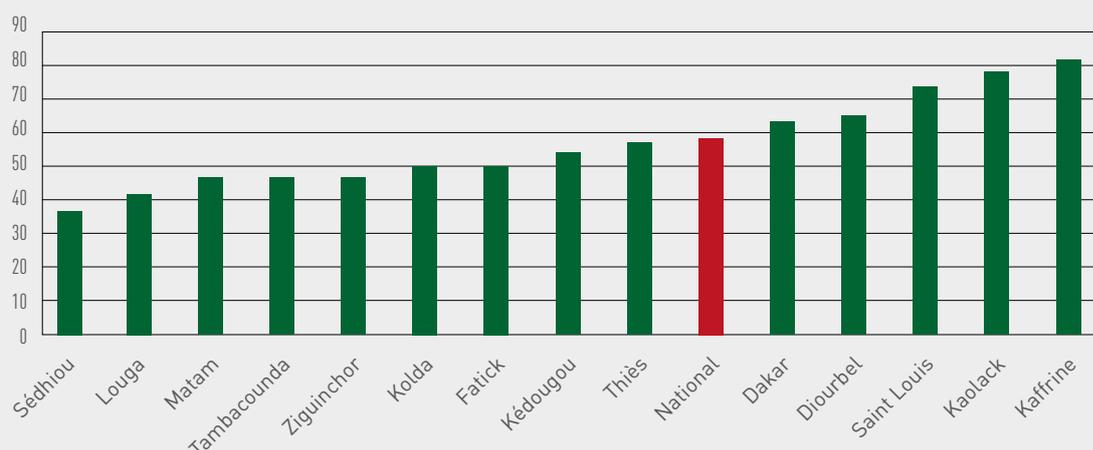
diagnostic précoce des enfants nés de mère séropositives par la méthode du prélèvement sur papier buvard, est passé de 18,5 % en 2014 à 21,0 % en 2015.

L'absence de circuit formel pour l'acheminement des DBS et le rendu des résultats demeurent la principale contrainte. Cependant la transmission mère-enfant du VIH a évolué positivement, baissant de 5 % en 2012 à 3,5 % en 2014.

Accouchements

La proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié a évolué de 53,2 % en 2005 à 65 % en 2015 selon le rapport DHIS2, 79 % ayant lieu en zone urbaine contre 43 % en milieu rural. La proportion d'accouchement réalisée à domicile reste élevée (24,5 %), ce qui augmente le risque de décès à ce stade.

Figure 11 : Accouchements assistés par du personnel qualifié



La qualité de la prise en charge de l'accouchement prend en compte l'application des directives de la surveillance du travail à partir du partogramme et de la gestion de l'hémorragie par la GATPA. La surveillance du travail à l'aide du partogramme n'est pas effective chez toutes les parturientes (couverture de 65 % selon le DHIS2 en 2015).

Néanmoins la qualité des accouchements s'est améliorée, avec l'introduction de soins humanisés⁹ basés sur des preuves scientifiques, et l'accouchement à style libre, qui prend en compte les préférences de la patiente en lui assurant un bon suivi du processus d'accouchement pour la mère et le nouveau-né.

Bien que la disponibilité des SONU soit relativement bonne dans les ESP et les centres de santé, il existe une forte inégalité dans la répartition des SONU fonctionnels et répondant aux normes au niveau des régions. Un système de référence / contre-référence faible constitue également un obstacle majeur pour l'accès des femmes à des soins d'urgence.

Suivi post-accouchement : CPoN

Le taux de couverture en CPoN est de 75,6 % selon l'EDSC 2014. Les taux les plus élevés de femmes n'ayant pas eu de CPoN se retrouvent dans la même zone : Tambacounda (36 %) et Sédhiou (38,2 %). Ces résultats pourraient s'expliquer par une insuffisance de la communication interpersonnelle, un faible engagement des prestataires, le manque de personnel qualifié et la faible accessibilité des services.

Selon l'EDSC 2014, près de la moitié des nouveau-nés (41,4 %) n'ont pas bénéficié de consultations post-natales. Or une proportion importante de décès de nouveau-nés se produit dans les 48h qui suivent la naissance (EDS). Elle est plus élevée chez les plus pauvres en zone rurale et

dans les régions Nord et Sud. Le pourcentage de faible poids de naissance varie entre 13 % et 17 % des naissances vivantes. Cette proportion est de 10 % des naissances vivantes d'après les données de routines (DHIS2). Le pourcentage de nouveau-nés ayant bénéficié du paquet de soins immédiats à la naissance est de 75 % en fin 2015 (Source DHIS2 - Données de routine).

Avortement

Le taux d'avortement enregistré au niveau des structures est estimé à 5 % selon la DHIS2 de 2015, dont 31 % ont été pris en charge par Aspiration Manuelle Intra-utérine (AMIU). Des défis sont à relever actuellement en matière d'insuffisance des prestataires (12 % des sages-femmes et infirmiers), d'insuffisance de la décentralisation au niveau des postes de santé, et de lourdeurs dans le processus d'acquisition des kits.

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Selon les résultats de l'EDS 2015-2016, presque tous les enfants ont été allaités au sein (99 %), l'allaitement se poursuit après la naissance jusqu'à 12 à 17 mois¹⁰, la mise au sein précoce est de 30 % et la proportion d'enfants âgés de moins de 6 mois exclusivement allaités au sein est faible, puisqu'elle est de 33 %.

Entre 6 et 23 mois, seuls 17 % des enfants allaités ont reçu une alimentation complémentaire conformément aux critères de diversification alimentaire.

Entre 6 et 8 mois, seuls 54 % des enfants ont reçu une alimentation appropriée.

Selon l'âge, c'est entre 12 et 23 mois que les enfants sont les plus touchés par l'anémie (82 %).

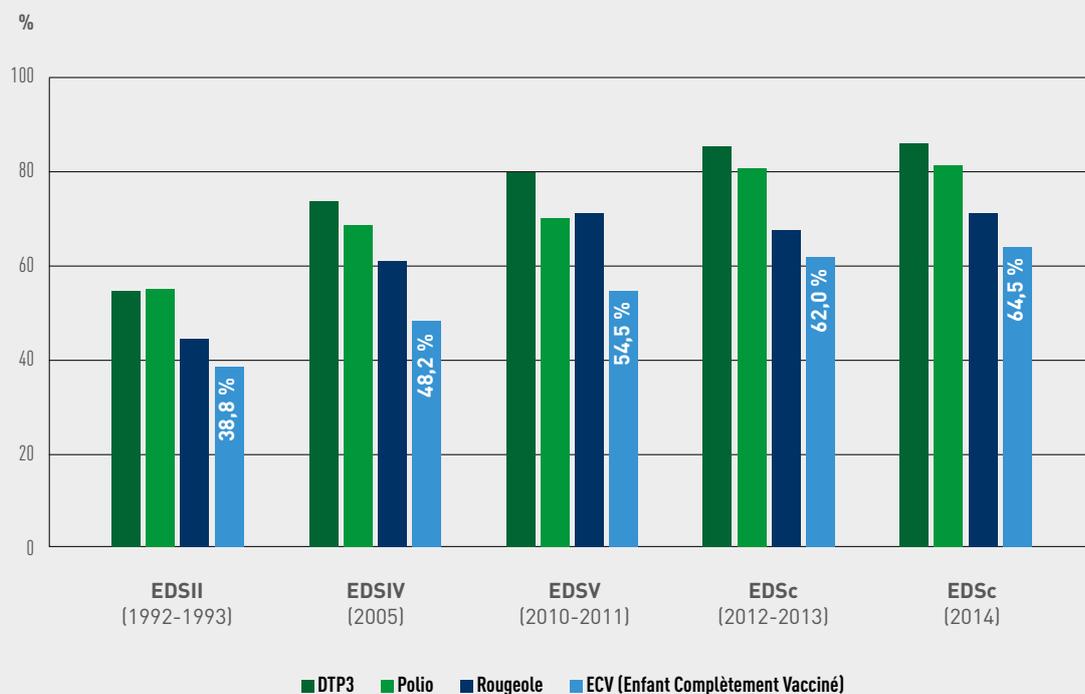
9. Le modèle du Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PRESSMN) a été élaboré sur la base des cinq (5) composantes suivantes : 1) Communication avec la communauté ; 2) Partage du concept de « soins humanisés » avec les collectivités locales ; 3) Amélioration du milieu de travail avec l'approche des 5S ; 4) Pratique de soins plus humanisés basés sur des preuves scientifiques ; 5) Activités de soutien par les collectivités locales pour le développement, avec les services de l'administration, les spécialistes du domaine de la santé maternelle et néonatale, les universitaires et les associations, pour répondre aux préoccupations du Sénégal.

10. EDSC 2015

Soins préventifs : couverture vaccinale des enfants

Selon les résultats de l'EDSC 2015, 64,5 % des enfants de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés. Le taux de couverture des différents antigènes a beaucoup progressé sur la période 1992 à 2015, comme le montre le graphique.

Figure 12 : Évolution des taux de couverture du PEV au niveau national de 1992 à 2014



Soins curatifs : prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

Les affections respiratoires aiguës constituent la deuxième cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Et parmi les enfants présentant des signes d'infection respiratoire, 50 % ont recherché des soins dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire. La prise en charge des IRA et de la diarrhée au niveau communautaire est effective dans toutes les cases et sites PECADOM.

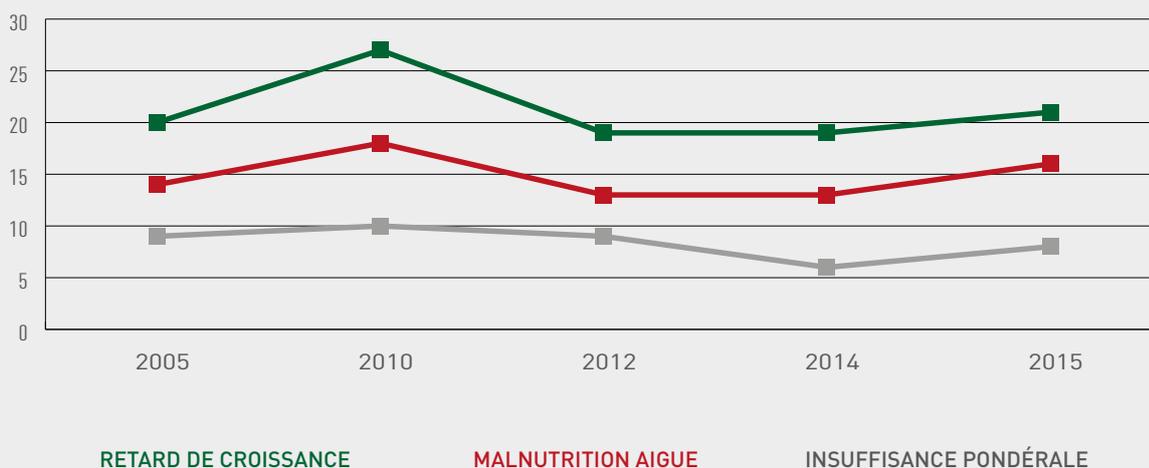
La diarrhée constitue la troisième cause de mortalité des enfants. Selon l'EDSC 2015, sa prévalence est de 18 %. Parmi les enfants qui ont eu au moins un épisode de diarrhée, 31,6 % ont reçu une solution de réhydratation orale et seuls 7,2 % ont reçu du SRO et du zinc.

La prévalence du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans¹¹, actualisée avec les données de 2015, est estimée à 1,1 % sur la base des TDR ou 1,2 % selon la microscopie. La proportion d'enfants de 0 à 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide est passée de 43,2 % à 66,1 % selon l'EDSC 2015.

La situation nutritionnelle

L'état nutritionnel des enfants se perçoit à travers les indicateurs que sont : le retard de croissance ou malnutrition chronique, l'émaciation ou malnutrition aiguë et l'insuffisance pondérale. Selon les données de l'EDSC 2015, l'évolution de ces différentes formes de malnutrition est relevée dans le graphique ci-dessous.

Figure 13 : Évolution de l'état nutritionnel des enfants de 2005 à 2014, EDS MICS



11. EDS

Les résultats de l'enquête SMART montrent que dans toutes les régions du Sénégal, la période de soudure affecte la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans (le taux de MAG est supérieur à 5 % dans toutes les strates enquêtées).

Par ailleurs, les régions du nord du Sénégal semblent être les plus affectées : les enfants des régions de Matam (16,5 %), de Louga (16,1 %) et de Saint-Louis (14,7 %) ainsi que ceux du département de Podor (18,2 %) sont en situation critique. De plus, les prévalences de MAS dépassent le seuil d'urgence de 2 % dans ces 3 régions ainsi que dans la région de Tambacounda (2,1 %).

La malnutrition touche également les adolescentes. Selon le rapport de l'EDS-MICS de 2010-2011, 35 % des 15-19 ans étaient concernées par une déficience énergétique chronique. Cet état nutritionnel chez les adolescentes contribue à perpétuer le cycle intergénérationnel de la malnutrition.

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

À la suite de l'analyse du continuum de soins montrant l'évolution des indicateurs de couverture influençant la mortalité, il est nécessaire d'examiner, outre ces interventions, d'autres déterminants susceptibles de favoriser les risques de mortalité. Il s'agit des déterminants économiques, socio-culturels, comportementaux et environnementaux.

Déterminants économiques

La protection sociale au Sénégal est à un niveau de couverture faible. Les filets de protection n'arrivent toujours pas à satisfaire la demande grandissante, à un moment où la Banque mondiale (BM) estime l'incidence de la pauvreté à 46,7 % (BM 2015). Le problème de l'accessibilité des soins se pose avec acuité, notamment pour les segments les plus pauvres, qui ne

bénéficient pas d'une couverture médicale. Selon les résultats du Recensement général de la population, de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage (RGPHAE) de 2013, les populations dont les niveaux de pauvreté sont les plus élevés se trouvent essentiellement dans les régions de Kolda (76,6 %), Kédougou (71,3 %), Sédhiou (68,3 %), Ziguinchor (66,8 %), etc., et elles sont généralement sans emploi ou exercent dans les secteurs ruraux et informels.

Entre 2002 et 2011, le taux d'occupation est passé de 45,4 % à 43,8 % (Rapport Annuel, PNUD 2013).

Tous ces indicateurs, qui influent sur la santé des populations, dictent une synergie d'actions entre les différents acteurs du développement (État, ONG et communauté) allant dans le sens de la mise en œuvre de programmes de création de richesses permettant aux populations d'avoir un meilleur accès à l'éducation, la santé, l'assainissement, la sécurité alimentaire, l'emploi, etc.

Déterminants socio-culturels

Selon le RGPHAE de 2013, le taux d'analphabétisme est de 57 % malgré d'importantes avancées dans le sous-secteur de l'éducation de base des jeunes et des adultes. Le taux d'alphabétisation toutes langues confondues, est de 45,4 % (53,7 % chez les hommes et 37,7 % chez les femmes). Les taux les plus faibles d'alphabétisés se retrouvent à Matam (24,9 %), Tambacounda (26,5 %), Diourbel (29,8 %), Kolda (33,1 %), et Kédougou.

Le taux de scolarisation a enregistré de grands bonds entre 2002 (63,6 %) et 2013 (80 %) dans le sens de la scolarisation universelle.

Environnement légal et droits humains

Le Sénégal a souscrit à différents agendas internationaux et a ratifié diverses conventions internationales et sous-régionales relatives à la

protection des femmes et des filles. Il a initié des lois, dont, notamment, les suivantes : la loi sur la santé reproductive ; la loi sur le VIH/Sida ; la loi sur les mutilations génitales féminines ; la loi sur les substituts du lait maternel ; la loi sur l'enrichissement des aliments en fer, en vitamine A, et en iode ; la loi sur l'équité de genre, etc.

Il y a cependant un écart important à deux niveaux :

- ▶ D'une part entre les ratifications et l'adoption des lois ;
- ▶ D'autre part entre les lois initiées et leur application.

Cette situation mérite un suivi rapproché des populations bénéficiaires et une information accrue les concernant.

Violences basées sur le genre

Il est convenu que certains facteurs liés au mode de vie sont responsables de la mauvaise santé ou du bien-être des individus. Les formes de violences les plus fréquemment constatées sont verbales, sexuelles, physiques et psychologiques. Selon le rapport technique final du projet « Violences basées sur le genre au Sénégal : la prévention comme alternative aux périls de sécurité et de justice », le taux de prévalence des violences basées sur le genre dans les ménages sénégalais est de 55,3 %¹².

Ceci est confirmé par l'étude sur la prévalence des violences à l'égard des femmes dans les ménages sénégalais¹³. Ces violences sont d'environ 60 % et expliquent 50 % des cas de divorce. La stigmatisation sociale est la principale raison pour laquelle les victimes ont

peur de déclarer les violences subies (GESTE-UGB). La violence touche également les enfants et d'autres couches vulnérables. Le mariage précoce apparaît dans certaines sociétés sénégalaises comme un élément du dispositif de contrôle de la sexualité au sens de Foucault (Sall, 2010) . La mode, les TIC et les réseaux sociaux ont une forte influence sur le mode de vie et les comportements de la population jeune, ce qui est une autre explication de leur sexualité précoce, y compris au Sénégal (Sall, 2010)¹⁴.

Bien qu'il semble que les naissances ne soient pas enregistrées sur la base du genre, des analyses sont nécessaires pour voir si les décès des femmes et les causes de ces décès sont enregistrés à l'état civil, car des disparités importantes persistent en la matière. La situation est très préoccupante également au niveau de l'enregistrement des mariages à l'état civil. L'on note des répercussions économiques sur la situation de l'épouse et des enfants survivants en cas de décès du chef de famille. Une proportion élevée des mariages n'est pas enregistrée à l'état civil, les chiffres atteignant 7 mariages sur 10 selon les données du recensement général de 2013 (RGPHAE 2013), ce qui influe sur la protection sociale des femmes mais aussi des enfants en cas de décès du chef de famille. La zone de résidence est importante, puisqu'il apparaît que 9 mariages sur 10 ne sont pas enregistrés à l'état civil en milieu rural, contre 5 mariages sur 10 en milieu urbain. De surcroît, les femmes analphabètes sont plus touchées par la non déclaration du mariage (87,9 %), de même que les femmes sans instruction (81,0 %), toutes générations confondues.

12. Projet n°107009-001 2012-2015 de l'Université Gaston Berger de Saint-Louis (septembre 2015)

13. Laboratoire Genre et Société de l'Université Gaston Berger (UGB) de Saint-Louis.

14. Sall, M., « À la recherche des facteurs explicatifs de la désacralisation de la virginité au Sénégal à partir de quelques parcours de jeunes filles et de femmes », *Journal de la Recherche Scientifique, Université de Lomé, Togo, 2010, série B, 12(2) : 107-117*

Déterminants environnementaux : habitat, eau, hygiène et assainissement

La plupart des ménages sénégalais s'approvisionnent en eau potable à partir d'une source améliorée, quel que soit le milieu de résidence (74 % pour l'ensemble des ménages, 85 % pour les ménages urbains et 63 % pour les ménages ruraux)¹⁵, le robinet constituant le principal moyen d'approvisionnement en eau de boisson des ménages (51 % pour l'ensemble des ménages, 68 % pour les ménages urbains, et 34 % pour les ménages ruraux) . Par ailleurs, 43 % de l'ensemble des ménages sénégalais, 51 % des ménages en milieu urbain, et 33 % des ménages en milieu rural, utilisent des toilettes améliorées non partagées, tandis que près d'un ménage sur quatre (23 %) a accès à des toilettes améliorées partagées, avec, de nouveau, des variations importantes selon le milieu de résidence (37 % en milieu urbain, contre 7 % en milieu rural).

Le lavage des mains au savon est un élément important en matière d'hygiène. L'existence d'un endroit destiné au lavage des mains a pu être constatée en milieu urbain principalement (34 % des ménages, contre 19 % en milieu rural), et 70 % des ménages qui disposaient d'un tel endroit, disposaient également de savon et d'eau (72 % des ménages en milieu urbain, contre 69 % en milieu rural). Dans les régions Centre et Sud, une part importante des ménages ne dispose ni d'eau, ni de savon, ni d'autres produits nettoyants pour se laver les mains.

15. EDS continue 2015.

4

ANALYSE SITUATIONNELLE DE L'ÉTAT CIVIL



Le système de l'état civil est le seul système administratif à pouvoir produire en temps réel des statistiques vitales au niveau administratif et géographique le plus bas. L'enregistrement des naissances établit l'identité de la personne en rapport avec l'État et les tiers, a ainsi une fonction de protection, et peut aider à l'établissement de la nationalité ; tandis que l'enregistrement des décès ferme l'état civil de la personne et aide les descendants à bénéficier de l'héritage en établissant la succession. Des indicateurs programmatiques, y compris ceux relatifs à la mortalité et à l'espacement des naissances, peuvent être produits à partir de l'état civil.

Le chef de l'État a fait de la modernisation de l'état civil une priorité nationale en février 2015. Le Sénégal s'est également engagé dans le cadre de l'Union Africaine et du programme régional pour le renforcement de l'enregistrement des faits d'état civil et la production de statistiques vitales (CEA-APAI-CRVS). Cet engagement traduit l'importance accordée à la protection du citoyen et à l'exercice de ses droits, à la question migratoire, à la sécurité, et à la production des statistiques nécessaires au développement et au suivi des stratégies et politiques de développement, en particulier en matière de santé. Des statistiques de l'état civil complètes, fiables, précises et régulièrement mises à jour, permettent de mesurer les dynamiques démographiques. Ces données sont utilisées dans la planification des ressources et des actions à entreprendre dans les domaines démographique, économique et social, ainsi que pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et programmes.

Au Sénégal, la gestion de l'enregistrement des faits d'état civil est confiée à la commune. Chaque commune dispose d'un centre d'état civil principal, et, au besoin, de centres d'état civil secondaires. Le Sénégal compte près de 587 centres d'état civil sur l'ensemble du territoire. Pour les Sénégalais de l'extérieur, les

déclarations des faits d'état civil sont reçues par les services consulaires.

Au niveau central, une structure est chargée de la mise en œuvre de la politique de l'État en matière d'état civil. Cette structure, le Centre national d'état civil (CNEC) est un démembrement du ministère de la Gouvernance territoriale, du Développement et de l'Aménagement du Territoire. Le CNEC met en œuvre la politique de modernisation de la gestion des faits d'état civil, de coordination et de suivi de l'activité des centres d'état civil.

Le gouvernement du Sénégal s'attelle à garantir un enregistrement de tous les faits d'état civil en assurant la disponibilité et la sécurité de toutes les données d'état civil. Ces systèmes apporteront un soutien important à l'accélération de l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile, de l'adolescent et du jeune. Celle-ci requiert une amélioration de la couverture et de la complétude de l'enregistrement des faits d'état civil, ainsi que la production de statistiques vitales.

Dans le cadre du Programme d'appui à la modernisation de l'état civil, l'étude diagnostique des centres d'état civil du Sénégal, réalisée en 2014 par le Centre national de l'état civil, présente une situation assez claire du système d'état civil, et fait les constats suivants :

- ▶ 22,5 % des CEC n'ont pas accès à l'électricité et 90 % n'ont pas de ligne téléphonique fixe.
- ▶ Seuls 27 % des centres d'état civil sont équipés d'ordinateurs, 16% sont équipés d'imprimantes, 11 % sont équipés de photocopieuses, 6 % disposent d'un logiciel de gestion, et 5 % ont accès à Internet.
- ▶ Seuls 45,28 % des centres d'état civil (CEC) disposent d'un stock de registres suffisant, et 55,44 %, d'un stock d'imprimés suffisant. 32,8 % des CEC connaissent des ruptures de

registres (source : Étude diagnostique des CEC au Sénégal, 2014, CNEC-UE).

- Le taux de remplissage par les CEC, des 3 volets des registres, varie d'une région à une autre. Si, dans les régions de Sédhiou, Tambacounda, Fatick et Kaffrine, plus de 90 % des CEC remplissent les 3 volets des registres, ils ne sont plus que 44 % dans la région de Dakar, de 67 % à 79 % dans les régions de Thiès, Matam et Diourbel, et de 80 % à 90 % dans les régions de Ziguinchor, Kolda, Louga, Kaolack, Saint-Louis et Kédougou.
- Dans 7 régions (Dakar, Sédhiou, Matam, Thiès, Kolda, Louga, et Saint-Louis), moins de 57 % des CEC transmettent leurs registres aux tribunaux d'instance.
- Seuls 13,7 % du personnel d'état civil ont un statut de fonctionnaire, 50,5 % ont un statut rémunéré non fonctionnaire, et 35,8 % ont un statut de bénévole.
- Dans 12 régions, moins de 42 % des CEC comptent des agents de l'état civil ayant reçu une formation en la matière.

NIVEAU D'ENREGISTREMENT À L'ÉTAT CIVIL ET STATISTIQUE VITALES

Un système efficace d'enregistrement des faits d'état civil génère des données de façon continue pour l'ensemble de la population. Au Sénégal, le service chargé de l'état civil doit adresser au service des statistiques un état des naissances, des mariages, des divorces, des décès et des enfants sans vie inscrits au cours du trimestre, en vue d'établir les statistiques de l'état civil.

Le niveau de déclaration des naissances à l'état civil

Au regard du niveau d'enregistrement à l'état civil de la population en général, selon le rapport de l'ANSD¹⁶ de décembre 2015 portant sur l'enregistrement des faits d'état civil au Sénégal (mariages, naissances et décès), en 2013, 79,7 % des personnes recensées (80,7 % des hommes et 78,6 % des femmes) déclaraient posséder un acte de naissance, contre 16,6 % qui n'en possédaient pas (15,5 % des hommes et 17,6 % des femmes). Au niveau des régions, l'on constate une variation dans le taux de possession d'un acte de naissance. En milieu rural, ce taux est de 68,5 %, contre 93,2 % en milieu urbain. Les régions de Dakar et Ziguinchor affichent les taux les plus élevés de possession d'un acte de naissance. Par ailleurs, il existe des régions où le niveau de possession d'un acte de naissance est relativement faible : il s'agit de Kaffrine (57 %), Tambacounda (58,7 %) et Kolda (64,5 %). Les résultats de l'enquête révèlent également que près de 20 % de la population n'ont pas d'acte de naissance, avec un pourcentage de femmes en légère hausse.

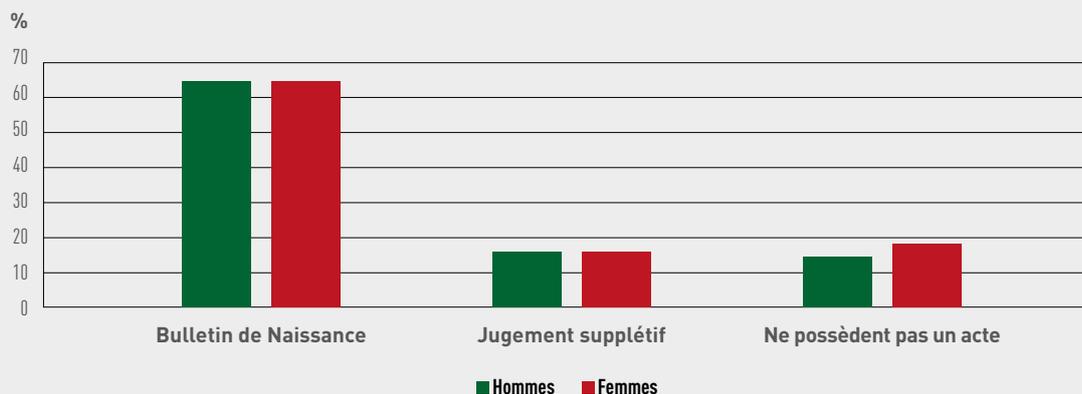
Au Sénégal, en 2016¹⁷, 70,4 % des enfants de moins de 5 ans avaient été enregistrés à l'état civil. Cette situation est stagnante voire en régression depuis 2010¹⁸ (taux d'enregistrement des naissances de 75 % en 2010), et cache de grandes disparités régionales. Plus de la moitié des enfants ne sont pas enregistrés à l'état civil dans trois régions (Tambacounda, Kaffrine, et Louga), et plus d'un tiers, dans 5 autres régions (Sédhiou, Kolda, Matam, Diourbel, et Saint-Louis). En milieu urbain, le taux d'enregistrement est de 87,2 % contre 60,5 % en milieu rural. Les enfants les plus pauvres ont deux fois moins de chances (47 %) que les enfants des ménages les plus aisés, d'être enregistrés à l'état civil (94 %), et de disposer d'un extrait de naissance (37,6 % contre 67,3 %).

16. ANSD, Rapport sur l'enregistrement des faits d'état civil au Sénégal, décembre 2015.

17. EDS continue 2016.

18. Taux d'enregistrement des naissances : 75 % en 2010

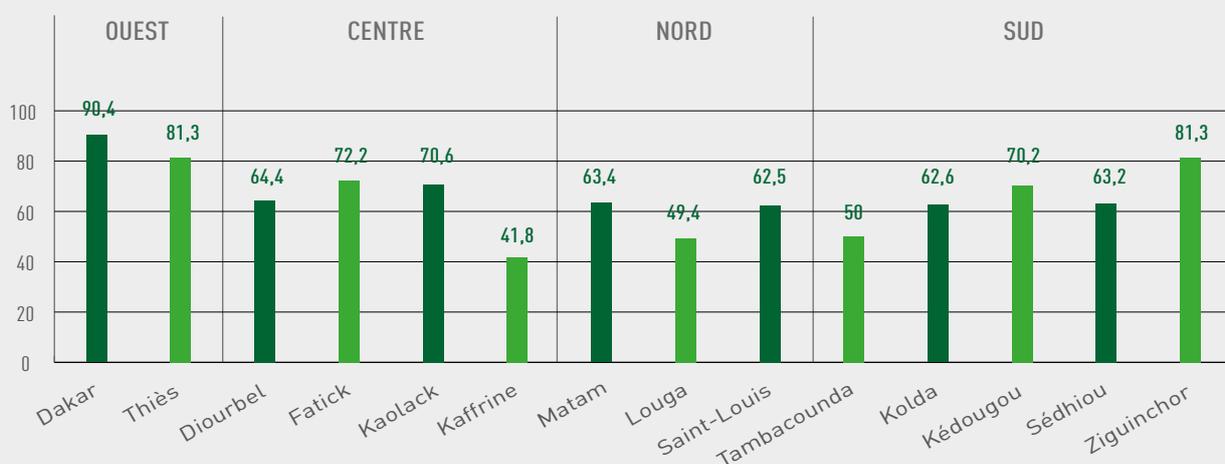
Figure 14 : Niveau de possession et type d'acte de naissance au Sénégal en 2015



Pour l'enregistrement des enfants à la naissance, l'ANSD fait également état de disparités régionales. En effet, selon les données de l'enquête démographique et de santé continue (EDSC 2016), alors que le taux d'enregistrement à l'état civil des enfants de moins de 5 ans est de 70,4 % au niveau national (contre 61 % en 2000), il est supérieur à 80 % pour des régions telles que Dakar, Thiès et Ziguinchor, mais avoisine les 40 % à Kafrine. Cela mène à la conclusion qu'un

tiers des enfants de moins de 5 ans est invisible aux yeux de la loi. Ceci s'explique par diverses raisons, notamment la grande fréquence des accouchements à domicile et l'ignorance des populations quant à l'obligation de déclaration, son intérêt et ses procédures, ainsi que les barrières socio-culturelles, géographiques et financières d'accès aux services d'état civil.

Figure 15 : Proportion des enfants de moins de cinq ans enregistrés à l'état civil par région au Sénégal en 2015-2016



Si les données ne font pas état de discriminations de genre dans l'enregistrement à la naissance pour les filles et les garçons, les écarts persistent entre le milieu urbain et le milieu rural. En 2016, 87,2 % des enfants de moins de 5 ans étaient enregistrés à l'état civil contre 60,5 % en zone rurale (EDS 2016).

Déclaration des mariages à l'état civil

Selon l'enquête de l'ANSD sur l'enregistrement des faits d'état civil en 2015, les mariages ne sont, en général, pas déclarés à l'état civil. Selon cette étude, en effet, 72,7 % des mariages ne sont pas déclarés à l'état civil. Une grande disparité existe également selon le milieu de résidence quant au niveau de déclaration des mariages. En effet, en milieu rural, près de 9 mariages sur dix (88,4 %) ne sont pas déclarés à l'état civil, contre 5 sur dix en milieu urbain (51,0 %).

Ces importantes disparités, ainsi que le manque d'actes de mariage validant les unions traditionnelles, peuvent avoir, dans l'avenir, un impact négatif sur l'enfant et sur l'accès de l'époux survivant, en particulier la femme, à l'héritage, ainsi qu'à certains services sociaux.

Déclaration des décès à l'état civil

Au Sénégal, seuls 30,8 % des décès sont déclarés, contre 65,2 % qui ne le sont pas. Pour les décès survenus non déclarés à l'état civil, la différence est nette entre les milieux urbain et rural, avec des taux, respectivement, de 31,7 % en milieu urbain, et 85,8 % en milieu rural¹⁹. Le faible niveau de déclaration des décès dans la majorité des régions (9,2 % pour Sédhiou, et 8,1 % pour Kaffrine) contraste avec le niveau élevé à Dakar, estimé à 82,8 %.

Le statut de déclaration des décès varie également selon le groupe d'âge, les décès des enfants et des jeunes étant largement non déclarés. En effet, les décès des 0-4 ans,

des 5-9 ans et des 10-14 ans, concentrent les pourcentages les plus élevés de non déclaration, à savoir, respectivement, 80,7 %, 78,8 % et 70,7 %. En revanche, les décès des adultes de 40-44 ans, 45-49 ans, 50-54 ans et 55-59 ans, sont plus fréquemment déclarés, avec des taux d'enregistrement de 53,9 %, 52,8 %, 53,0 % et 47,9 % respectivement.

Il convient de noter qu'une analyse par genre des déclarations de décès n'est pas disponible, de sorte qu'elle sera une priorité, afin de déterminer des actions d'amélioration, si et lorsque nécessaire.

Il est important de noter qu'aucune étude sur les causes du non-enregistrement des décès n'a été réalisée au Sénégal, malgré les disparités entre les milieux urbain et rural. Afin de faire face à ce problème et d'examiner le profil des personnes dont le décès n'est pas enregistré, ainsi que les causes socio-économiques et culturelles du non-enregistrement, il conviendrait de mener une étude afin d'obtenir des données susceptibles de changer la donne de manière fondamentale.

Le non-enregistrement des décès pose un problème juridique de taille. Le fait que l'identité légale de la personne ne soit pas close, ni les documents la concernant, sécurisés de manière substantielle, facilite le vol d'identité par certaines personnes mal intentionnées. Aussi, cet état de fait rend presque impossible l'utilisation et l'exploitation des données.

Les causes de décès ne sont pas encore renseignées lors de l'enregistrement des décès à l'état civil. Il est en effet écrit dans le code de la famille qu'« [i]l n'est donné sur les registres aucune indication des circonstances de la mort, sauf si l'identité du cadavre reste inconnue ». Il faudra donc que cet aspect soit d'abord pris

19. ANSD, *L'enregistrement des faits d'état civil au Sénégal, 2015*.

en charge par la loi, et que soit appliqué un système de codification en rapport avec le secteur de la santé. Conformément aux normes internationales en vigueur, le décès devrait être enregistré avec mention de ses causes, ce qui permettrait une analyse en temps réel des données, entre autres, et constituerait une contribution de taille aux politiques et à la bonne gouvernance.

Ceci illustre, de nouveau, l'importance de la collaboration entre l'état civil et la santé. Les agents de santé sont considérés comme des auxiliaires de l'état civil, et peuvent ainsi jouer un rôle important dans la notification, mais aussi, la déclaration systématique, des faits d'état civil aux centres d'état civil.

ÉTABLISSEMENT DES STATISTIQUES

Un fait d'état civil ne doit être compté qu'une seule fois lors de l'enregistrement ou dans les systèmes de statistiques de l'état civil. Un système efficace d'enregistrement des faits d'état civil génère des données de façon continue pour l'ensemble de la population. Le service chargé de l'état civil doit, à la fin de chaque trimestre, adresser aux services des statistiques un état des naissances, des mariages, des décès et des enfants sans vie inscrits au cours du trimestre, en vue d'établir les statistiques de l'état civil. Ces statistiques ainsi obtenues, servent à l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) dans les analyses concernant les différents niveaux de fécondité et de mortalité.

Il est apparu un défaut de transmission de ces relevés aux services chargés de la statistique et de la démographie. Comme dans le cas des registres, ces relevés sont non renseignés, ou mal renseignés. L'informatisation vise donc un enregistrement et une tenue à jour des informations concernant tous les faits d'état civil. Le logiciel HERA, fourni gratuitement aux

centres d'état civil, prend ainsi en charge la génération de statistiques à travers des relevés trimestriels.

Le Centre national d'état civil du Sénégal a entrepris une modernisation de sa méthode de collecte et de transmission des données de l'état civil. Son partenariat avec l'ANSD a permis la mise en œuvre de cette activité mais aussi le traitement et l'analyse des données d'état civil. Une phase test a ainsi eu lieu, avec, pour pilotes, les centres dans lesquels l'application HERA avait été utilisée dès 2013. L'étude a ainsi utilisé les données des années de 2013 à 2016 sur les naissances, les mariages et les décès, et a permis de faire le point sur les données collectées et les besoins de l'ANSD. Il est alors apparu que la saisie des données se trouvait confrontée à un défaut de renseignement de toutes les variables, tout comme la production des indicateurs.

Des efforts sont ainsi nécessaires pour parvenir à une production régulière de statistiques, à travers la mise à disposition de données de l'état civil complètes et fiables. La désagrégation de ces statistiques donne un aperçu des disparités de niveau d'enregistrement des faits d'état civil, en ce qui concerne, en particulier, le sexe, l'âge et le milieu de résidence. La mise en œuvre d'un mécanisme de contrôle et de suivi régulier des centres, s'avère cruciale pour veiller à une meilleure tenue des registres, ainsi que celle d'un dispositif de collecte, pour une transmission régulière des données d'état civil à l'ANSD.

MODERNISATION DU SYSTÈME D'ENREGISTREMENT ET DE STATISTIQUES DE L'ÉTAT CIVIL

Le Sénégal a entrepris la réforme de son cadre juridique et institutionnel. La révision des textes a ainsi été mise en œuvre dans le cadre du projet d'appui à la modernisation de l'état civil, financé par l'Union Européenne (UE). Cette révision doit permettre, entre autres,

l'intégration des technologies de l'information et de la communication (TIC). En effet, le choix de l'informatisation s'avère incontournable pour la consolidation de l'état civil mais aussi pour sa sécurisation. Une gestion informatisée de l'état civil, qui tient compte de la nature des documents produits et de la spécificité des centres en termes d'infrastructures, entraîne une simplification des procédures et une plus grande rapidité dans l'offre des services. Il s'agit d'améliorer les données de l'enregistrement des faits d'état civil afin d'obtenir des données plus fiables, complètes et en temps opportun, pour les statistiques de l'état civil.

Dans le cadre du Projet d'Appui à la Modernisation de l'État Civil (PAMEC), le CNEC a mis en œuvre une phase pilote d'informatisation pour 80 centres d'état civil à partir de 2015, qui a été facilitée par l'acquisition du logiciel HERA dans l'optique de régler les problèmes liés à la déclaration des faits d'état civil, à la tenue des registres, à la conservation des données, et au détournement des deniers publics. Le système de gestion de l'état civil (HERA) permet un enregistrement des faits d'état civil avec la possibilité d'intégrer les mises à jour que sont les mentions marginales.

Une étude sur l'informatisation de l'état civil a fait ressortir un état des lieux et des orientations devant permettre une informatisation de tous les centres d'état civil du Sénégal. À cela s'ajoute l'interconnexion du centre national avec les centres d'état civil du pays afin de permettre une offre de services adéquate sur l'ensemble du territoire, et de réduire les charges indirectes liées à la déclaration des faits d'état civil, ce qui implique la prise en charge des registres physiques, souvent antérieurs à la saisie informatisée. La gestion des archives sur le plan de la conservation et de la sécurisation a ainsi suscité la numérisation des registres physiques au format électronique.

Sur un autre plan, la révision des textes législatifs et réglementaires doit permettre un allègement des procédures, et une plus grande efficacité et efficience dans la mise en œuvre des actions allant dans le sens d'une amélioration de l'enregistrement des faits d'état civil et de la production des statistiques. Dans ce cadre, il s'avère également nécessaire de parvenir à une cartographie des processus du système de l'état civil au Sénégal.

La modernisation de l'état civil passe également par le changement des comportements de la population par rapport à la déclaration à l'état civil, et en particulier la déclaration des mariages et des décès. La communication devra aller dans ce sens afin de permettre une meilleure appropriation de l'état civil par les populations en particulier. Il s'agit ainsi de développer et de mettre en œuvre un plan de communication qui encourage une prise de conscience de l'importance de l'état civil par tous les acteurs mais surtout par les populations.

5

ANALYSE DES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT



L'analyse des goulots d'étranglement a été effectuée en réalisant la triangulation des résultats de deux approches analytiques complémentaires :

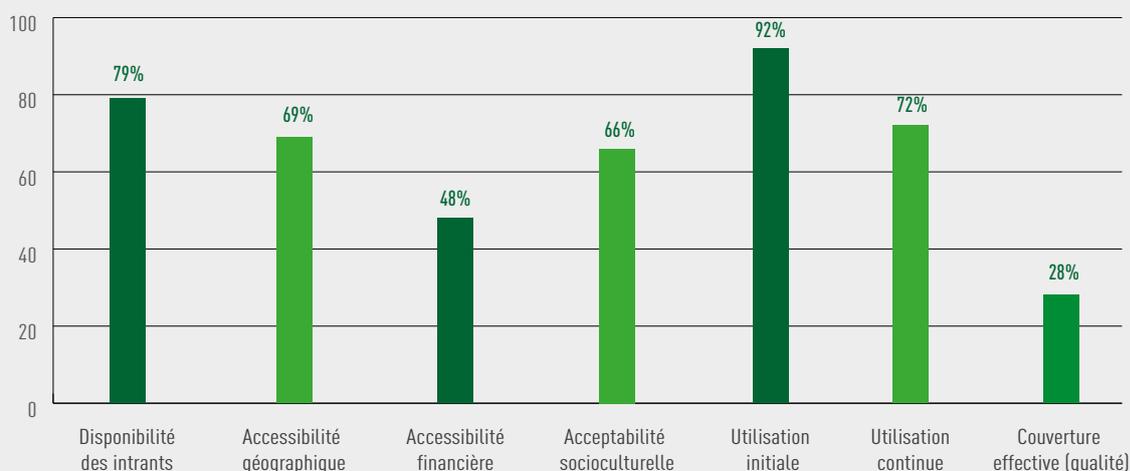
- ▶ L'analyse EQUIST a permis de prioriser les goulots d'étranglement relatifs à la santé maternelle et infantile.
- ▶ L'analyse de la performance est basée sur les outils de l'initiative mondiale sur la performance des soins de santé primaires (ou PHCPI pour l'acronyme anglais). Elle se fonde sur un cadre conceptuel robuste et utilise 35 indicateurs de performance.

Sept déterminants pouvant avoir un impact négatif sur la mise en œuvre des interventions ont été analysés en utilisant l'outil EQUIST. Il s'agit de la disponibilité des services, l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière, l'acceptabilité socioculturelle, l'utilisation des services, la continuité et la qualité des soins.

IDENTIFICATION DES GOULOTS

L'identification des goulots d'étranglement se fait sur la base des niveaux de prestations (pratiques communautaires, services préventifs et soins curatifs). Les interventions sont réparties par paquets et chaque paquet est constitué d'un ensemble d'interventions. L'identification portait sur les interventions concernant des « traceurs ».

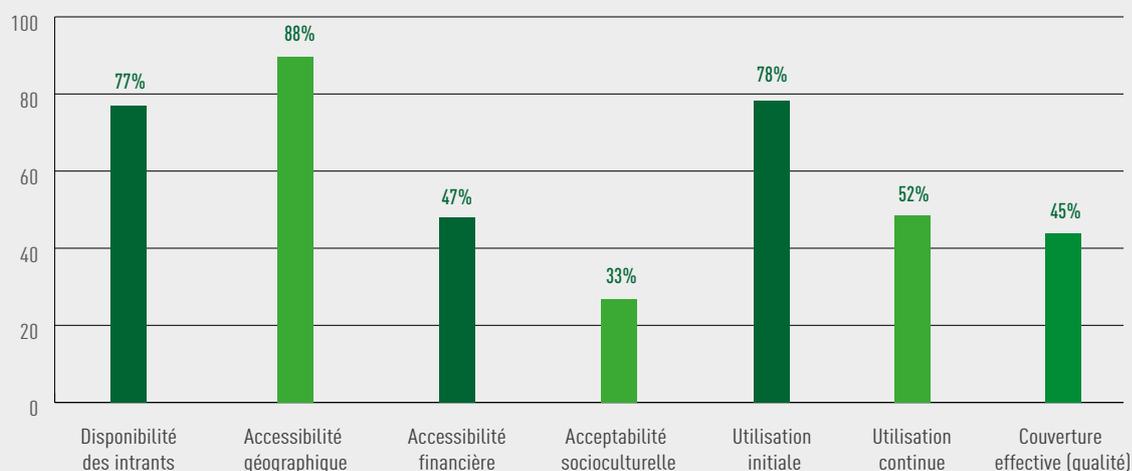
Figure 16 : Identification des goulots d'étranglement au niveau des pratiques communautaire



Pour le paquet communautaire, trois interventions concernant des traceurs ont été retenues (enfants de moins de 5 ans dormant sous une MILDA ; utilisation de toilettes améliorées ; et allaitement maternel exclusif). Chaque intervention comprend les données des différents déterminants, et la moyenne des indicateurs est reproduite dans le graphique sur les pratiques communautaires.

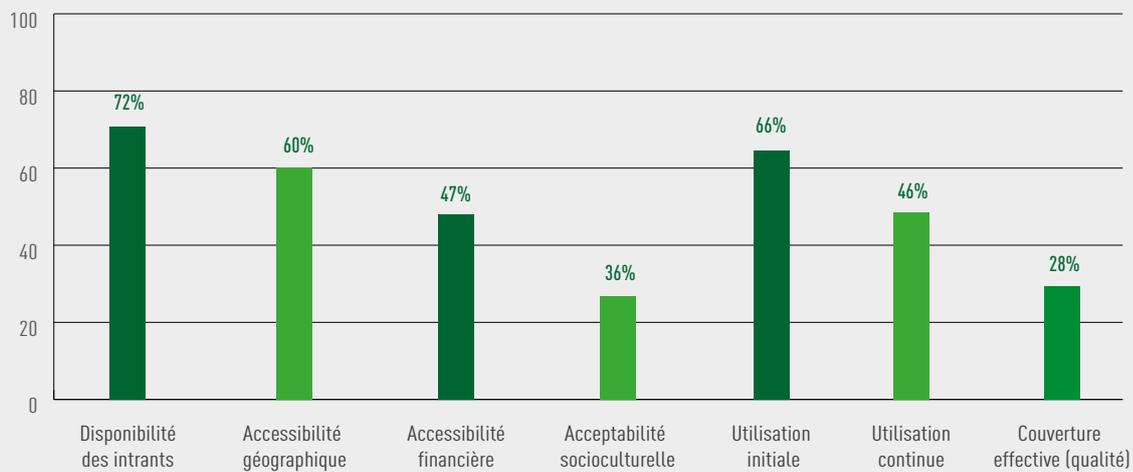
Deux goulets d'étranglement ont été identifiés: l'accessibilité financière aux soins et la couverture effective.

Figure 17 : Identification des goulets d'étranglement au niveau des soins préventifs



Pour les services préventifs, la même démarche a été retenue et les résultats présentés dans le graphique sur les services préventifs montrent des goulots d'étranglement au niveau de l'accessibilité financière, de l'acceptabilité socioculturelle et d'une couverture effective de qualité, les interventions étudiées étant la planification familiale, les consultations prénatales, et la vaccination.

Figure 18 : Identification des goulots d'étranglement au niveau des soins curatifs



Pour les soins curatifs (accouchements assistés, PCIME, SONU), les goulots suivants ont été retenus : l'accessibilité financière, l'acceptabilité socioculturelle et la couverture effective (cf. le graphique sur les soins curatifs).

ANALYSE DES GOULOTS PRIORITAIRES IDENTIFIÉS

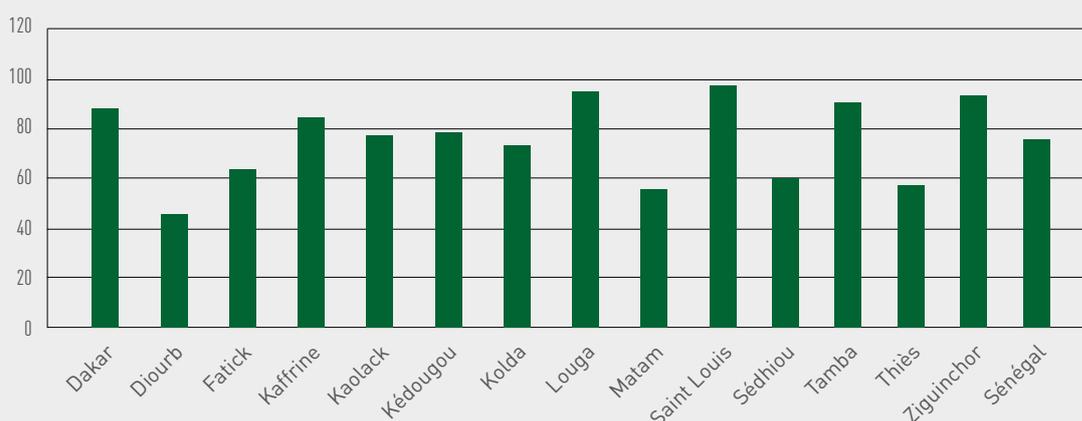
Accessibilité financière

Globalement, 75 % des patients ont eu des difficultés de paiement au niveau national et la quasi-totalité des régions sont touchées.

Le principal obstacle provient du paiement direct, aux points de prestation des services, des interventions prioritaires, particulièrement

les consultations prénatales, la planification familiale, la PCIME, les accouchements assistés et les SONU. Ceci confirme l'existence de l'épineux problème de la solvabilité de la demande en soins, justifiant la mise en place de la CMU. Le coût élevé des prestations au niveau des régions, qui contraste avec la capacité de paiement des ménages, est l'une des dimensions clés de l'accès aux paquets de bénéfiques. La promotion des mutuelles de santé est l'une des solutions à l'accessibilité financière des familles, mais le niveau d'adhésion actuel doit être renforcé.

Figure 19 : Proportion, par région, de la population ayant des difficultés financières à payer les soins



Acceptabilité socio-culturelle

La forte prédominance des pesanteurs socioculturelles est liée aux causes suivantes : l'ignorance et les fausses idées vis-à-vis des interventions et des pratiques, le faible soutien social en faveur des pratiques favorables à la santé, et la mauvaise qualité de la communication interpersonnelle (CIP).

Performance du système de santé / couverture effective

En utilisant la méthodologie de la PHCPI, trois indicateurs composites sur la performance du système de soins de santé primaires ont été construits à l'aide d'une série d'indicateurs validés et comparables à l'échelle internationale.

Ces indicateurs composites sont les suivants :

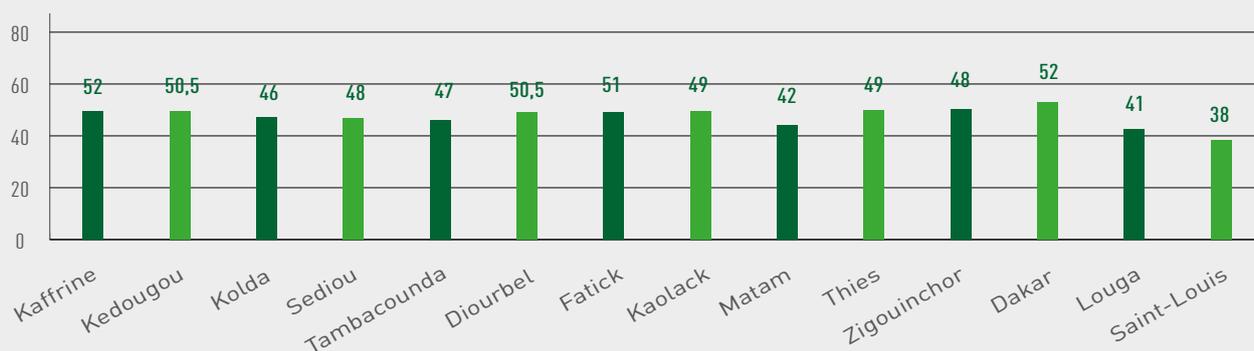
- ▶ L'accès aux soins
- ▶ La qualité des soins
- ▶ La couverture des services pour la population

▶ La performance globale du système de soins de santé primaires²⁰ au Sénégal (54 %). Cette performance se décline comme suit :

- L'indice d'accès aux services de santé est de 58 % au Sénégal²¹.
- L'indice de qualité est de 49 %²².
- L'indice de couverture des soins primaires est de 55 %.

En utilisant les données de l'Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) 2015-16, les établissements de santé ont été évalués selon cinq dimensions : l'accès, la compétence en matière de soins, l'organisation et la gestion, les fonctions de soins primaires, et l'expérience des usagers des services. La figure 20 ci-dessous, présente les résultats les plus récents (2015-16) d'un index de la qualité des soins calculé pour toutes les régions médicales du Sénégal à partir des indicateurs disponibles dans l'Enquête Continue.

Figure 20 : Indice synthétique de la qualité des soins pour les 14 régions sanitaires du Sénégal, présentés



20. Il s'agit de la moyenne arithmétique des indices d'accès, de qualité, et de couverture des services de soins de santé primaires, définis ci-dessous.

21. L'indice d'accès est calculé à partir des variables de l'accès financier, de la durée d'attente et de l'accès géographique.

22. L'indice de qualité inclut des variables sur la compétence clinique des professionnels de la santé, la disponibilité et la productivité des professionnels de la santé, la coordination et l'intégration des services de santé, et le champ des services.

Qualité technique (compétence en matière de soins)

La compétence des prestataires peut être mesurée par le respect des guides de bonnes pratiques cliniques. Il a ainsi été observé que les prestataires ne respectaient pas les guides de bonnes pratiques 6 fois sur dix en moyenne

pour la prise en charge des enfants malades, et 5 fois sur dix en moyenne pour la planification familiale et les consultations prénatales. Les résultats pour chacune des régions sont présentés de manière plus détaillée dans le tableau 4 ci-dessous.

Figure 21 : Compétence des prestataires en matière de soins par région en 2015

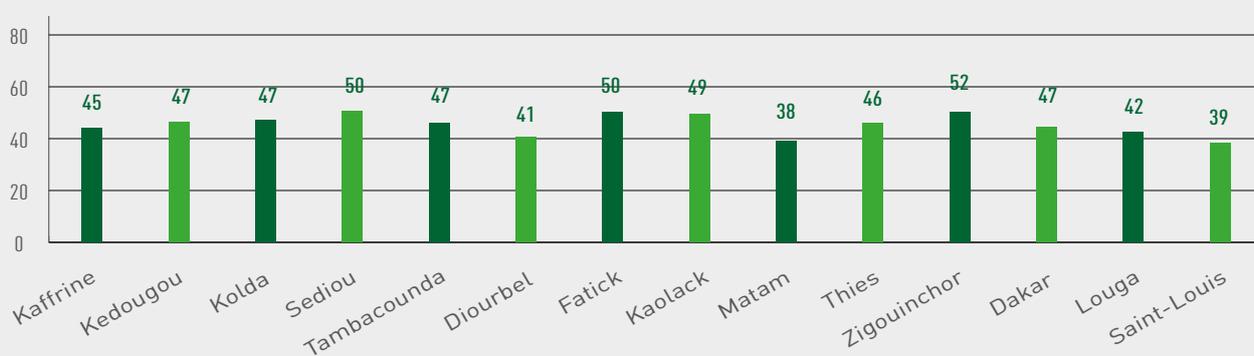


Tableau 4 : Qualité des soins cliniques dispensés pour les consultations prénatales, la planification familiale et les visites d'enfants malades (score moyen des établissements), par région

Données ECPSS 2015-16

RÉGION	COMPÉTENCES CLINIQUES (services fournis conformément aux normes de l'OMS)			MOYENNE DES COMPÉTENCES CLINIQUES
	CONSULTATION PRÉNATALE (CPN)	PLANIFICATION FAMILIALE	VISITES D'ENFANTS MALADES	
Kaffrine	0,55	0,42	0,38	0,45
Kédougou	0,57	0,42	0,43	0,47
Kolda	0,6	0,41	0,51	0,51
Sédhiou	0,65	0,44	0,44	0,51
Tambacounda	0,57	0,46	0,39	0,47
Diourbel	0,62	0,37	0,29	0,43
Fatick	0,65	0,46	0,42	0,51
Kaolack	0,62	0,45	0,43	0,5
Matam	0,52	0,33	0,29	0,38
Thiès	0,58	0,42	0,4	0,47
Ziguinchor	0,72	0,47	0,43	0,54

La figure 21 et le tableau 4 démontrent ainsi que la qualité des soins, en particulier la compétence des professionnels, qui reste moyenne dans l'ensemble du pays, constitue un problème national.

Autres goulots d'étranglement par rapport à l'état civil

Le Code de la famille sénégalais rend obligatoire l'enregistrement d'une naissance dans les 12 mois qui suivent cette naissance. D'autre part, depuis l'avènement de l'acte 3 de la décentralisation, le Sénégal compte 587 centres d'état civil. Malgré l'accroissement du nombre de centres d'état civil, le taux d'enregistrement des faits d'état civil, en général, et celui des mariages et des décès, en particulier, constitue un défi majeur. Ceci peut s'expliquer notamment par :

- ▶ La faiblesse de la motivation et de l'information des parents, ainsi que le caractère limité des engagements et des mécanismes communautaires. Il faut surtout reconnaître que les causes profondes du non-enregistrement des faits d'état civil ne sont pas documentées. Une étude socio-anthropologique et économique sur le sujet permettrait de comprendre les causes profondes du non-enregistrement, et d'établir des stratégies de rattrapage sur la base de données probantes ;

- ▶ L'accessibilité limitée et le caractère variable de la qualité des services d'état civil ;
- ▶ L'absence de dispositifs permanents de régularisation concernant les enfants âgés de plus d'un an ;
- ▶ Le déficit de formation des agents ainsi que des autres acteurs de l'état civil ;
- ▶ Les ruptures d'approvisionnement en intrants ;
- ▶ L'absence d'un dispositif de contrôle et de suivi du fonctionnement des centres d'état civil et de la collecte des données d'état civil ;
- ▶ L'absence d'un plan national dans ce secteur ;
- ▶ Le défaut de communication concernant le changement des comportements ;
- ▶ Le caractère limité des capacités institutionnelles nationales de coordination et de suivi du CNEC ;
- ▶ La faiblesse des ressources allouées par les collectivités, qui ne garantissent pas un fonctionnement adéquat des services ni plus de motivation du personnel de l'état civil ;
- ▶ L'absence d'un système national d'information affectant la cohérence du système et des interventions²³.

23. Atelier de réflexion stratégique dans le secteur de la protection, 26-27 octobre 2017.

6

STRATÉGIE D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT / DU JEUNE : DOSSIER D'INVESTISSEMENT



VISION

Elle s'aligne sur la vision du plan stratégique intégré de SRMNIA 2016-2020 :

« Un Sénégal où chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent(e) et chaque jeune jouit de son droit à la santé et au bien-être de façon équitable et peut participer pleinement à l'édification d'un Sénégal Émergent. »

PRINCIPES DIRECTEURS

Le dossier d'investissement va s'articuler autour des principes directeurs suivants :

1. L'approche intégrée des prestations ;
2. L'approche de gestion axée sur les résultats ;
3. L'approche multisectorielle et décentralisée ;
4. L'équité, le genre et la prise en compte des besoins des populations prioritaires.

RÉGIONS D'INTERVENTION

Dans le cadre du processus d'élaboration du dossier d'investissement, des régions prioritaires ont été définies sur la base d'indicateurs d'impact liés aux cibles.

Tableau 5 : Indicateurs / région

Régions	Indice de pauvreté	Mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	Mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)	Accouchements assistés par du personnel qualifié	Achèvement en consultation prénatale	Taux de prévalence contraceptive	% d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie procréatrice
DAKAR	26,1	20	38	64,5	51,2	33	11,9
THIÈS	41,3	33	58	58,3	51,2	25	13
SAINT-LOUIS	39,7	22	40	74,4	54,5	21	17,4
DIOURBEL	47,8	42	86	66,1	50,3	7	13,3
KAOLACK	61,7	24	54	78,6	44,2	15	20,2
LOUGA	26,8	32	55	42,2	48,6	12	19,6
MATAM	45,2	33	58	46,7	56,8	7	26,6
SÉDHIOU	68,3	27	89	37	35	11,5	24,8
KAFFRINE	63,8	23	99	81,2	44,2	11	29,2
ZIGUINCHOR	66,8	18	43	47,6	48	24	10,7
KOLDA	76,6	40	115	50	42,5	12	43,4
TAMBA- COUNDA	62,5	33	99	46,9	27,3	9	39,5
KÉDOUGOU	71,3	38	105	54,7	28,1	8	37,2
FATICK	67,8	26	59	50,1	53,1	15	17
NATIONAL	54,69	23	59	59,1	48,1	20,3	22,3

Encadré 1 : Méthodologie de classification des régions prioritaires

Pour déterminer les régions prioritaires qui ont été choisies pour la mise en œuvre progressive des interventions à haut impact, 7 indicateurs ont été retenus :

1. Pour la santé maternelle, il s'agit des :
 - ▶ Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié (en l'absence de ratio de mortalité maternelle) ;
 - ▶ Taux d'achèvement en consultation prénatale ;
 - ▶ Taux de prévalence contraceptive.
2. Pour la santé néonatale, la mortalité néonatale permet d'apprécier la qualité de la dispensation du paquet de soins au nouveau-né ;
3. Pour la santé infanto-juvénile, la mortalité infanto-juvénile donne une idée de la qualité du suivi des enfants sains et des soins dispensés dans les formations sanitaires.

Pour les indicateurs de mortalité néonatale et infanto-juvénile, le poids démographique a été pris en compte comme coefficient de pondération afin d'améliorer les critères de sélection.

4. Pour la santé des adolescent(e)s / jeunes, la proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie procréatrice indique la proportion d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu au moins un enfant et la proportion de celles qui sont enceintes pour la première fois.
5. Pour ce qui concerne le niveau socio-économique, l'indice de pauvreté est retenu.

La valeur, au niveau régional, de chaque indicateur, est comparée à la moyenne nationale. Le score est établi entre 0 et 6 en fonction du nombre d'indicateurs n'ayant pas atteint la moyenne nationale. Les régions sont classées comme suit :

- ▶ Si le score est compris entre 5 et 6, c'est-à-dire si tous les indicateurs sont en deçà de la moyenne nationale, la région est dite prioritaire.
- ▶ Si le score est compris entre 3 et 4, quels que soient les indicateurs, la région est classée dans le deuxième pôle de régions, avec des domaines prioritaires, selon les cas.
- ▶ Si le score est compris entre 0 et 2, il n'y a pas de domaine prioritaire ou un seul domaine prioritaire, et la région est classée dans le troisième pôle de régions.

Le niveau d'atteinte de ces indicateurs donne une idée de la capacité du secteur de la santé à sauver des vies, particulièrement pour les groupes dits vulnérables, tout en réunissant les conditions de base permettant d'améliorer l'état général de santé de l'ensemble de la population.

Les priorités retenues du plan intégré de SRMNIA 2016-2020 sont dictées par les résultats de l'analyse situationnelle, notamment l'analyse des goulots d'étranglement qui appelle des stratégies correctrices efficaces.

Tableau 6 : Résultats de la définition des régions prioritaires

Régions	Indice de pauvreté	Mortalité infanto-juvénile corrigée ²⁴	Mortalité néonatale corrigée ²⁵	Accouchements assistés par du personnel qualifié	Achèvement en consultation prénatale	Taux de prévalence contraceptive	% d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie procréatrice	Score
DAKAR	26,1	8,6	4,5	64,5	51,2	33	11,9	2
THIÈS	41,3	7,4	4,2	58,3	51,2	25	13	3
SAINT-LOUIS	39,7	2,6	1,4	74,4	54,5	21	17,4	0
DIORBEL	47,8	9,3	4,5	66,1	50,3	7	13,3	3
KAOLACK	61,7	3,6	1,6	78,6	44,2	15	20,2	3
LOUGA	26,8	3,4	2	42,2	48,6	12	19,6	2
MATAM	45,2	2,4	1,4	46,7	56,8	7	26,6	3
SÉDHIOU	68,3	2,9	0,9	37	35	11,5	24,8	5
KAFFRINE	63,8	4,6	1,6	81,2	44,2	11	29,2	5
ZIGUIN-CHOR	66,8	1,7	0,7	47,6	48	24	10,7	3
KOLDA	76,6	5,5	1,9	50	42,5	12	43,4	6
TAMBA-OUNDA	62,5	5	1,7	46,9	27,3	9	39,5	6
KÉDOUGOU	71,3	1,2	0,4	54,7	28,1	8	37,2	5
FATICK	67,8	3,1	1,4	50,1	53,1	15	17	3
MOYENNE NATIONALE	54,69	4,4	2,00²⁶	59,1	48,1	20,3	22,3	

24. Le taux de mortalité infanto-juvénile a été pondéré avec le poids démographique de la région.

25. Le taux de mortalité néonatale a été pondéré avec le poids démographique de la région.

26. Cette valeur de la « moyenne nationale » pour la mortalité néonatale corrigée, et la « moyenne nationale » indiquée pour la mortalité infanto-juvénile corrigée, correspondent à la moyenne des taux de mortalité dont il est question, pondérée avec le poids démographique.

Sur la base des scores obtenus, les régions sont classées en trois groupes :

Le premier groupe de régions est constitué de Sédhiou, Kolda, Tambacounda, Kédougou et Kaffrine et correspond à un score entre 5 et 6.

Le 2e groupe de régions est composé de Fatick, Ziguinchor, Matam, Diourbel, Kaolack, et Thiès. Les domaines prioritaires sont définis en fonction des niveaux des indicateurs.

Le 3e de groupe de régions est composé de Dakar, Saint Louis et Louga et ne compte qu'un seul ou aucun domaine prioritaire.

L'analyse est approfondie afin de corriger davantage et de mieux trier les régions prioritaires sur la base de la priorisation des interventions à haut impact, sans tenir compte du niveau de pauvreté. L'objectif est de renforcer la mise en œuvre des interventions prioritaires dans ces régions et la définition de scénario.

Même si ses choix diffèrent de ceux de la santé dans les interventions et leurs zones, l'état civil va, par une approche transversale, et pour un meilleur aperçu des avancées, s'aligner sur les scénarii de la santé. Les interventions vont se faire au niveau des régions concernées, selon le choix du secteur de la santé.

AXES PRIORITAIRES DE SRMNIA : RÉPONSE AUX GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT

À la suite de l'analyse des goulots d'étranglement, les priorités suivantes et les activités y afférentes pour la mise en œuvre des interventions à haut impact, ont été déclinées :

Priorité 1 : Offrir un paquet intégré d'interventions de SRMNIA à haut impact

La mise en œuvre des interventions sera basée sur des approches intégrées à chaque niveau du système de santé, plutôt que sur des approches

verticales et isolées. L'expérience a montré que l'intégration des interventions s'avérait plus efficace et efficiente en matière de financement. L'identification des interventions prioritaires du paquet de SRMNIA se base sur les résultats de l'analyse situationnelle, qui démontre les causes de la mortalité néonatale, infanto-juvénile et maternelle.

Résumé des causes de mortalité néonatale, infantile et maternelle donnant lieu au paquet de SRMNIA :

- Les principales causes des décès néonataux sont la prématurité, l'asphyxie, les infections, y compris la pneumonie, le tétanos et les causes congénitales. Les régions les plus touchées sont Diourbel, Kédougou, Kolda, Louga et Matam. Pour chacune des causes précitées, un ensemble d'interventions à haut impact est proposé et réparti suivant les trois paquets que sont le paquet de « pratique de soins communautaires », le paquet « préventif » et le paquet « curatif » (cf. le tableau 7). *Les interventions possibles permettant de réduire les principales causes de décès néonataux sont : la surveillance de la grossesse selon les normes, l'accouchement effectué par du personnel qualifié, les soins immédiats à la naissance, la mise en œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et du nouveau-né (PCIMNE).*
- Selon le Compte à rebours 2015 du SNU, les principales causes de décès des enfants de moins de 5 ans sont : les affections néonatales (45 %), la malnutrition (33 %), la pneumonie (12 %), la diarrhée (9 %), les accidents et traumatismes (7 %) et le paludisme (4 %). Les régions de Kédougou, de Diourbel, de Kolda, de Tambacounda et de Sédhiou sont les plus affectées par les décès infanto-juvéniles. *Les interventions possibles permettant de réduire les principales causes de décès néonataux sont des approches de pratiques*

communautaires et familiales adaptées et des interventions préventives contre le paludisme, la diarrhée, les accidents et les traumatismes. Pour toutes les autres causes, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est choisie comme intervention curative, ainsi que les soins pédiatriques d'urgence.

- Selon les résultats de l'évaluation des besoins en SONU (2015-2016), les causes de la mortalité maternelle sont : 1) pour les causes directes : les hémorragies de la délivrance (42,5 %), l'hypertension artérielle et ses complications (17,1 %), les dystocies (5,3 %), les infections (2,7 %), les avortements à risque (1,7 %) et les autres causes directes (12 %) ; et 2) pour les causes indirectes (7,6 %) : le paludisme, le VIH / sida, l'anémie, etc.

Pour toutes ces causes, il a été préconisé des interventions préventives et curatives. Les SONU représentent une base commune

d'interventions curatives et viennent compléter les interventions en relation avec les accouchements assistés par du personnel qualifié.

Pour réduire les décès dus à la pré-éclampsie, il faudra mettre l'accent sur les interventions préventives durant la grossesse, et en particulier sur une supplémentation en calcium et en acide salicylique, un dépistage et traitement des cas de maladies hypertensives et une prise en charge des cas de pré-éclampsie par du sulfate de magnésium (MgSO₄).

Avec la mise en place de ces paquets d'intervention, une diminution du taux de mortalité infantile de 24 %, du taux de mortalité néonatale de 25 %, et du ratio de mortalité maternelle de 22 %, sont prédictibles.

Tableau 7 : Interventions du paquet 1 (interventions à haut impact)

PRATIQUES COMMUNAUTAIRES	INTERVENTIONS PRÉVENTIVES	INTERVENTIONS CURATIVES
Utilisation de source d'eau améliorée	Planification familiale	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME)
Utilisation de toilettes améliorées	Soins prénatals (4 CPN)	Antibiotiques oraux pour les nouveau-nés
Élimination sécuritaire des selles des enfants	Supplémentation en acide folique / fortification	Antibiotiques oraux : prise en charge des cas de pneumonie sévère chez les enfants
Approvisionnement du foyer en eau	Traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte	Traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS) chez les enfants et les FE / FA
Lavage des mains	Utilisation de moustiquaires imprégnées, pour la femme enceinte	Traitement de la malnutrition aiguë modérée (MAM) chez les enfants et les FE / FA

Alimentation du nouveau-né et du nourrisson	Supplémentation en acide folique et en fer	Accouchement assisté par du personnel qualifié
Mise au sein précoce	Supplémentation énergétique équilibrée	Pratiques propres en matière d'accouchement
Allaitement maternel exclusif	Supplémentation en micronutriments	Évaluation et réanimation immédiate
Nutrition complémentaire à partir de 6 mois	Vaccination antitétanique	Soins mère kangourou
Allaitement maternel continu jusqu'à 24 mois	Supplément en vitamine A chez l'enfant de 6 mois ou plus	Gestion active de la troisième phase du travail
Pratiques propres en matière de soins postnatals	Vaccination contre le rotavirus	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
Pratiques de stimulation et d'éveil chez les enfants malades	Vaccination / PEV	Réanimation néonatale
Soins à domicile pour la mère et le nouveau-né	Déparasitage	Corticoïdes anténatals pour le travail avant terme
Soins maternels kangourou	Supplémentation en zinc	Services de soins après avortement
Utilisation de moustiquaires imprégnées	Prise en charge des maladies hypertensives	Induction du travail pour les grossesses de plus de 41 semaines
Promotion des 16 comportements clés	Prise en charge de la pré-éclampsie (MgSO ₄)	Soins et soutien pour les enfants prématurés
Planification familiale (offre initiale de pilules, offre initiale de contraceptifs injectables)	Prise en charge des cas de paludisme	Prise en charge des grossesses ectopiques
	Alimentation adaptée pour la femme enceinte et allaitante	Antibiotiques pour les cas de rupture prématurée des membranes
	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)	Prise en charge des urgences obstétricales et néonatales
Promotion des pratiques familiales essentielles	Prévention des maladies chroniques :	
	PTME / eTME	Prise en charge des cas de sepsis maternel
		Soins du post-partum
		Prise en charge des urgences pédiatriques
		Activités de stimulation et d'éveil (développement intégré de la petite enfance)
Interventions spécifiques destinées aux adolescent(e)s / jeunes		

Aménagement d'espaces ados / jeunes dans les PPS	Accouchement assisté par un(e) professionnel(le) de santé qualifié(e) (pour toutes les adolescentes)
--	--

ÉDUCATION PAR LES PAIRS POUR LES ADOLESCENT(E)S / JEUNES

Communication parents-adolescent(e)s	Distribution de préservatifs	Accès des adolescentes aux soins après avortement
Distribution de préservatifs	Information des adolescent(e)s, et sensibilisation de la communauté concernant l'importance des soins qualifiés pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, pour l'adolescente	
	Sensibilisation des adolescent(e)s / jeunes quant à l'adoption de comportements sexuels responsables	
	Supplémentation en fer et en acide folique, pour les adolescentes	
	Communication via les TIC et les réseaux sociaux	

Comme décrit dans l'analyse situationnelle de la santé des adolescent(e)s / jeunes, les problèmes majeurs sont :

- ▶ Les rapports sexuels précoces ;
- ▶ Les grossesses précoces et / ou non désirées et leurs conséquences (avortements à risques, infanticides, fistules obstétricales, décès des mères et / ou des nouveau-nés, accouchements à risques, etc.) ;
- ▶ Les IST / VIH / sida ;
- ▶ Les VBG (violences et abus sexuels).

Les comportements à risque des adolescent(e)s ont des conséquences sur leur santé et leur développement. Ils peuvent engendrer des maladies à l'âge adulte, qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur la santé et le

développement de la génération suivante. Ainsi, l'ensemble des interventions, en majorité préventives, qui sont proposées dans le cadre de la SRAJ, sont considérées comme prioritaires et devront être appliquées dans toutes les régions en fonction des ressources disponibles. Elles permettent de réduire les différents obstacles à l'épanouissement des adolescent(e)s / jeunes et d'assurer leur santé et leur bien-être.

Actuellement, la plupart des interventions du paquet sont déjà présentes au niveau des structures de santé. Cependant, les populations font face à des obstacles d'ordre financier et culturel, tandis que les structures ne peuvent pas toujours offrir un paquet de SRMNIA de qualité, en raison du manque de médicaments et / ou de ressources humaines. Si la priorité 1 se focalise sur le « quoi », notamment sur

le paquet de SRMNIA, les priorités 2 à 5 se focalisent sur les aspects de renforcement du système de santé qui permettent de lever les goulots d'étranglement liés aux problèmes de l'accès financier et géographique, des barrières culturelles, et de la qualité.

Priorité 2 : Améliorer l'équité et la demande de services de SRMNIA pour les personnes vulnérables

Cette priorité permet de résoudre les problèmes liés aux facteurs financiers, socioculturels, à l'insuffisance des connaissances sur les opportunités offertes dans l'utilisation des services de SRMNIA, et à la faible autonomie décisionnelle des femmes, qui limitent la demande des services de SRMNIA. De plus, des stratégies porteuses sont nécessaires pour remédier à ces obstacles, telles que la communication stratégique avec les principales parties prenantes concernant le changement des comportements, et le recours aux bonnes pratiques au niveau de la communauté.

Cette priorité se focalise surtout sur les populations vulnérables. Elle se traduit également par la nécessité de développer des interventions centrées sur la mobilisation de ressources financières grâce à la subvention des services de santé par l'État, et le pooling des risques financiers et des risques liés aux maladies, via l'expansion des mutuelles de santé. Il faudra aussi développer les mécanismes d'achat stratégique des services de santé, qui mettent en avant l'efficacité dans l'offre de soins. Certaines interventions majeures seront renforcées et mises à l'échelle.

Le renforcement des interventions communautaires sera également un facteur déterminant. Le programme « bajenu gox », établi en 2009, est destiné à améliorer l'utilisation des services de santé maternelle, infantile et des adolescent(s) / jeunes, en répondant aux obstacles socio-culturels et financiers. En effet, le leadership des mairies de quartier ou de village intervient dans les solutions aux « 3 retards », ainsi que dans le plaidoyer auprès des autorités et des chefs de familles.

Le leadership communautaire s'est également confirmé via les comités de veille et d'alerte communautaire (CVAC), qui sont chargés de réaliser le recensement des femmes enceintes, et de les orienter vers les PPS pour la CPN, l'accouchement, la vaccination des enfants, le suivi postnatal, la PF, etc. Ces comités interviennent aussi dans la surveillance des décès et des maladies épidémiques.

Lutte contre les inégalités de genre et les pratiques néfastes

L'institutionnalisation du genre est une option du pays. Son opérationnalisation amène à soutenir le changement de comportement en faveur du genre, la lutte contre les stéréotypes et

Encadré 2 : Comité de veille et d'alerte communautaire (CVAC) : implantation et processus d'intégration

La stratégie des comités de veille et d'alerte communautaire (CVAC) est une approche d'identification précoce et de suivi personnalisé des femmes enceintes, des mères et des nouveau-nés qui a été initié en 2012 par les communiqués des districts de Thiadiaye, Médina Yéro Foulah et Kolda enrôlées dans une étude pilote sur la prévention de l'hémorragie du post-partum (HPP).

Le CVAC s'appuie sur des personnes ressources de la communauté, volontaires et engagées, autonomes dans la réflexion, la prise de décision, la planification des activités et la mobilisation des ressources pour la résolution des problèmes de santé de la mère et du nouveau-né.

Il s'agit pour les membres du CVAC de faire :

- ▶ Une identification systématique et précoce des femmes enceintes dans la communauté basée sur l'utilisation d'indices socio culturels et la mise en œuvre d'un processus formel de vérification/confirmation ;
- ▶ Un suivi personnalisé des femmes enceintes, allaitantes et des nouveau-nés par des ACS formés ;
- ▶ Un contrôle effectif des activités des ACS par les membres de la communauté (CVAC) ;
- ▶ Les résultats encourageants obtenus ont suscité au niveau du MSAS, le besoin de systématiser la stratégie et de la passer à l'échelle dans 14 régions en 2015 par Lettre Circulaire Ministérielle n°01030 du 02 février 2015.

En juin 2016, la stratégie a fait l'objet d'une évaluation avec des résultats positifs sur la santé de la mère et du nouveau-né. Les contraintes notées sont liées à la complexité de certains processus (audit des décès maternels et néonataux).

En janvier 2017, dans le cadre du plan d'urgence de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, les rôles du CVAC ont été révisés prenant en compte en plus des tâches initialement citées :

- ▶ Le suivi communautaire des décès maternels et néonataux et l'organisation de la riposte ;
- ▶ Le CVAC va aider au recensement systématique des décès de femmes enceintes, au cours de l'accouchement ou 42 jours après l'accouchement et les décès des nouveaux nés survenus à domicile ou en cours de transfert ;
- ▶ Le suivi de la déclaration des nouveau-nés à l'état civil ;
- ▶ Le suivi des femmes porteuses de fistules.

Parallèlement, d'autres CVAC orientés vers la surveillance communautaire des maladies à potentiel épidémique ont été mises en place par le Centre de Opération d'Urgence du Sénégal et de la Direction de la Prévention en collaboration avec d'autres partenaires.

La coexistence au niveau opérationnel des différents CVAC avec des objectifs non harmonisés a ralenti la mise à l'échelle des activités spécifiques à chaque type de CVAC. Pour corriger la situation, un atelier d'analyse et d'harmonisation de la stratégie CVAC est organisé par le MSAS/ DGS (Cellule de Santé Communautaire), en collaboration avec les partenaires.

Les bases pour une intégration des différents contenus et objectifs des CVAC : SMNI, surveillance de la maladie, promotion de la CMU sont définies. La mise à l'échelle et l'opérationnalisation de cette stratégie pourrait renforcer efficacement la réduction des décès évitables de mères, de nouveau-nés et d'enfants.

les violences basées sur le genre. Il est nécessaire de veiller à l'engagement et à la redevabilité des centres de responsabilité en faveur de l'équité et de l'égalité de genre à tous les niveaux. Les interventions à haut impact développées doivent tenir compte du droit de tous à des soins de qualité, en ciblant particulièrement les personnes les plus vulnérables et celles qui se trouvent dans des situations d'urgence ou d'enclavement. Les capacités des décideurs, des prestataires et des communautés, seront renforcées pour une meilleure prise en compte de la dimension du genre.

La gestion de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent dans les situations d'urgence humanitaire et la lutte contre les inégalités de genre et les pratiques néfastes (excision, mariages précoces, etc.), seront prises en charge.

Stratégies de communication pour le changement social et comportemental (CCSC)

La priorité 1 propose un paquet d'interventions préventives et curatives pour diminuer la prévalence des grossesses précoces et des IST / VIH chez les adolescent(e)s / jeunes. Il est important de mettre en place des interventions supplémentaires pour inciter les adolescent(e)s à rechercher les services de santé pour bénéficier de traitements et / ou de services de prévention et d'information / de conseil. Ainsi, le renforcement de la communication pour ce groupe est crucial et implique les activités suivantes :

Renforcement des capacités en communication

► Le renforcement des capacités des acteurs des autres secteurs (éducation, jeunesse, famille, société civile, et secteur privé), des parents, des leaders communautaires, des collectivités locales et des agents de communication concernant les curricula de formation ;

► Le développement du système assurantiel est très peu connu, y compris des prestataires de soins. Par conséquent, une stratégie agressive de communication et de marketing est indispensable pour permettre aux différentes parties prenantes de comprendre les principes de ce système, ses avantages, et les mesures de contrôle indispensables pour sa pérennité.

Renforcer les stratégies communautaires

Il s'agit de renforcer la mise en œuvre de stratégies novatrices permettant d'atteindre chaque enfant durant les 1000 premiers jours de sa vie et de consolider les 1000 jours suivants, via :

- L'amélioration de la prise en charge des maladies prioritaires des enfants de 0 à 59 mois (diarrhée, paludisme, IRA, et malnutrition) selon la démarche de la PCIME communautaire ;
- Les activités de lutte contre les carences en micronutriments :
 - Supplémentation en micronutriments des enfants de 6-23 mois dans le cadre de la fortification à domicile des aliments pour améliorer l'ANJE ;
 - Supplémentation en vitamine A et déparasitage de routine ;
 - Promotion de la consommation des produits locaux à haute valeur nutritive ;
- Les stratégies avancées et mobiles intégrées ont eu du succès ces dernières années dans la couverture des interventions de SRMNIA ;
- L'offre de services par les sages-femmes itinérantes (SAFI, cf. l'encadré 3) ; ces interventions seront développées, en particulier dans les zones d'accès difficile.

Encadré 3 : La stratégie des SAFI

Les taux élevés de mortalité infantile (33 pour 1000 naissances vivantes) et de mortalité maternelle (392 pour 100 000 naissances vivantes) au Sénégal sont dus en grande partie à un accès inadéquat à des services de santé de qualité, ainsi qu'à une insuffisance en personnel de santé qualifié au niveau communautaire (document d'évaluation de projet 2016-2021 de l'USAID). Selon la répartition des indicateurs par région, les régions de Matam et de Sédhiou affichent les taux les plus élevés de mortalité maternelle (respectivement 741 / 100 000 et 549 / 100 000), et néonatale (respectivement 39 / 1000 et 38 / 1000). Il a été noté également un taux d'achèvement en CPN qui est relativement faible, à savoir 22 % à Matam et 12 % à Sédhiou.

Face à cette situation, le ministère de la Santé et de l'Action sociale, avec l'appui de la Fondation Bill et Melinda Gates, a initié la stratégie des sages-femmes itinérantes (SAFI) pour une période de deux ans (de février 2015 à février 2017). Le but en est de rapprocher les services de SMNI des populations éloignées et de contribuer ainsi à la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Les différentes étapes du projet sont les suivantes :

- ▶ Recrutement de 50 SAFI, coordonné par la DRH du MSAS ;
- ▶ Affectation des 50 SAFI au niveau des deux régions pilotes de Matam et de Sédhiou ;
- ▶ Région de Matam : 21 sages-femmes, dont 10 recrutées au niveau central ;
- ▶ Région de Sédhiou : 29 sages-femmes, dont 14 recrutées au niveau central.

La stratégie consiste à placer, au niveau des postes de santé, des sages-femmes diplômées d'État en appui au chef de poste. Les SAFI consacrent une plus grande partie de leur temps de travail à l'itinérance, pour atteindre les populations les plus reculées au niveau des cases de santé, des sites communautaires et des lieux de rassemblement public (marchés hebdomadaires, etc.). Les tâches des SAFI sont résumées ci-dessous :

- ▶ Fournir des services curatifs, préventifs et promotionnels de qualité ;
- ▶ Planifier leurs sorties mensuelles en itinérance avec le chef de poste et l'équipe cadre de district (ECD) en collaboration avec la communauté ;
- ▶ Assurer / participer à la supervision des ACS ;
- ▶ Participer à la formation initiale et continue des ACS ;
- ▶ Appuyer les ACS dans la collecte, le traitement et le rapportage mensuel des informations sanitaires ;
- ▶ Elaborer, analyser et transmettre les rapports d'activités ;
- ▶ Organiser le suivi et la gestion des stocks de médicaments, de produits et de matériels des SAFI.

La mise en œuvre de la stratégie des SAFI vient compléter les stratégies avancées du chef de poste, et rentre dans le cadre global des activités du poste de santé.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Le recrutement des sages-femmes dans le cadre du projet a permis de renforcer la disponibilité en ressources humaines qualifiées dans les deux régions. De 2014 à 2016, le nombre de sages-femmes est passé de 35 à 84 (dont 21 SAFI) pour la région de Matam, et de 47 à 76 (dont 29 SAFI) pour la région de Sédhiou. L'itinérance, qui fait la spécificité de cette stratégie, a permis d'améliorer l'accessibilité de l'offre de services de santé de qualité aux communautés, surtout celles des zones mal desservies.

Malgré les contraintes liées aux barrières socio-culturelles, l'étendue des zones d'intervention, la mobilité de la population, et l'immigration des époux (Matam), des avancées ont été constatées. De manière globale, les deux régions ont enregistré de bonnes performances quant à la prévalence contraceptive, qui, entre 2014 et 2016, est passée de 4 % à 6,9 % à Matam, et de 10 % à 12,2 % à Sédhiou.

La contribution des SAFI au recrutement de nouvelles utilisatrices du programme de PF est de 8,28 % à Matam et de 36,3 % à Sédhiou. Les décès maternels notifiés ont baissé entre 2015 et 2016, passant, par exemple, de 67 à 47 pour Matam. Le taux d'achèvement en CPN s'est amélioré dans les 2 régions, tandis que la proportion des accouchements assistés par du personnel qualifié s'est améliorée spécifiquement à Sédhiou.

Les SAFI ont contribué à améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile, via leurs stratégies avancées, en affectant le nombre d'enfants vaccinés, de femmes enceintes dépistées au VIH, et de femmes enceintes ayant bénéficié de TPI et ayant reçu des MILDA pour la prévention du paludisme. Parallèlement aux données quantitatives, une enquête qualitative a été menée dans les 7 districts d'intervention pour apprécier la perception des différentes parties prenantes (SAFI, prestataires, communautés, autorités locales et administratives, et PTF / ONG) concernant la stratégie. Cette étude a montré que, globalement, la stratégie était appréciée par toutes les parties prenantes.

Au Sénégal, la mortalité infanto-juvénile est surtout causée par le paludisme, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës (IRA). Les résultats de l'EDS 5 ont montré que les enfants âgés de moins de cinq ans atteints de diarrhée et d'IRA avaient recours aux établissements sanitaires respectivement dans 35 % et 50 % des cas. Seuls 8,2 % des enfants ayant de la fièvre, ont été traités avec des antipaludiques appropriés (EDS 5).

D'emblée, la réduction significative de la mortalité infanto-juvénile exige de faire face aux défis liés à l'accès aux soins, d'où l'intervention des dispensateurs de soins à domicile (DSDOM).

La mise à l'échelle de certaines innovations efficaces pourrait contribuer à l'atteinte des cibles et accélérer la réduction des décès évitables.

Encadré 4 : Prise en charge intégrée à domicile (PECADOM)

L'implication communautaire dans la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée, de la pneumonie et de la malnutrition a contribué à réduire l'impact de la morbidité et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

La PECADOM est une stratégie de prise en charge du paludisme visant à améliorer l'accès aux soins pour les populations vivant dans les zones où les structures sanitaires sont difficiles à atteindre.

Les différents exercices de documentation et d'évaluation de la PECADOM ont recommandé la diversification du paquet d'interventions du Dispensateur de Soins à Domicile (DSDOM) aux maladies de l'enfant (diarrhée, IRA et malnutrition) dans le but d'avoir un meilleur impact sur la mortalité infanto-juvénile.

Encadré 5 : L'école des maris : l'implication des hommes dans la SRMNIA

L'approche de l'École des Maris (EdM), développée au Niger et testée au Sénégal dans les districts sanitaires de Makacolibantang et Koumpentoum, vise à susciter l'implication des hommes dans la SRMNIA, dans le but d'améliorer l'accessibilité socioculturelle et le changement de comportement. Les leçons tirées de l'expérience ont montré que l'implication des hommes dans la SRMNIA était un facteur de succès et d'amélioration des indicateurs.

Les activités de l'EdM sont les suivantes : groupes focaux concernant les questions de SRMNIA, visites à domicile auprès des hommes, et causeries communautaires suivies de projections de films. Des résultats satisfaisants sont obtenus pour le taux de prévalence contraceptive, qui est de passé de 0,76 % à 7,2 % (Makacolibantang), et de 4 % à 18,9 % (Koumpentoum) entre 2011 et 2016. Il en va de même pour les taux d'achèvement en CPN, qui ont progressé respectivement de 5,1 % à 34,2 % à Koumpentoum et de 5,9 % à 29,7 % à Makacolibantang au cours de la même période. Forte de ces résultats, l'EdM s'avère une stratégie innovante, qui a contribué efficacement à l'amélioration de la SRMNIA par l'implication des hommes (Districts sanitaires de Makacolibantang et Koumpentoum, 2016).

Assurer la protection financière des plus vulnérables

Couverture Maladie Universelle

Les efforts du gouvernement en faveur de la gratuité des césariennes et de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans ont facilité l'accès aux soins ces dernières années. Cependant cette gratuité doit être étendue au niveau

communautaire et au niveau des EPS au-delà du ticket de consultation. L'adhésion massive des populations aux mutuelles de santé reste l'idéal pour faciliter l'accès financier aux soins. À ce jour, le Sénégal compte 676 mutuelles de santé communautaires, dont 70 % sont fonctionnelles.

Encadré 6 : Approche de la Couverture Maladie Universelle avec les mutuelles de santé

Le programme CMU cible les groupes ruraux et informels (où la couverture sanitaire est la plus faible) grâce à un programme d'assurance maladie communautaire volontaire et subventionné (près de 80% de la population travaille dans les secteurs informel et rural). Dans le cadre de ce programme, au moins une «mutuelle» (c'est-à-dire un système d'assurance maladie communautaire) a été créée dans chaque collectivité locale au Sénégal («commune» ou «communauté villageoise»). Les primes sont fortement subventionnées par le gouvernement à hauteur de 50%. En outre, pour les ménages les plus pauvres et les personnes handicapées bénéficiaires de cartes d'égalité des chances, les primes et les quotes-parts sont entièrement gratuits et payés par le gouvernement. L'ACMU transfère des fonds du niveau central aux mutuelles pour rembourser la prime annuelle d'inscription de la population ciblée

Il est impératif d'assurer la prise en charge sanitaire des bénéficiaires de bourses familiales et des cibles de l'initiative de gratuité pour les enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des mutuelles de santé. Une campagne de communication accrue permettrait d'augmenter le nombre d'adhésions aux mutuelles de santé. Pour une mise en œuvre efficiente du programme de CMU, il est nécessaire de mettre en place

un dispositif performant de contrôle, un bon système d'information, afin de garantir l'utilisation rationnelle des ressources à tous les niveaux (SIGICMU), mais également une offre de services de qualité conformes aux attentes. Ainsi, au-delà des allocations de l'État, il faut trouver des sources de financement innovant.

Il apparaît de plus en plus important de mutualiser les grands groupes du secteur informel (agriculteurs, éleveurs, acteurs culturels, associations de jeunes, groupements de femmes, adhérents du microcrédit, ouvriers du secteur informel, etc.), afin d'augmenter la mutualisation des risques. La couverture maladie universelle doit être plus connue des populations et faire l'objet d'une appropriation via la mise en œuvre d'une stratégie de communication s'appuyant sur des actions de proximité soutenues par une communication de masse et une image de marque établie à partir de divers canaux.

Il est tout aussi important de fédérer les mutuelles communautaires au niveau départemental, pour améliorer sans cesse cette mutualisation, permettant ainsi la mise en place d'un fonds de garantie (de solidarité). Il faut professionnaliser les mutuelles de santé et

mettre en place un mécanisme de réassurance en vue d'élargir le paquet de bénéfices aux gros risques, que les mutuelles de base ne pourraient pas couvrir.

Il faut améliorer l'efficacité et l'efficacités de l'achat des services. Plus spécifiquement, il s'agit d'intégrer les différentes initiatives du régime d'assurance, dont l'impact sur la protection sociale est certain dans le régime d'assurance maladie. De cette manière, les flux financiers destinés à l'offre de soins sont plus visibles et plus transparents.

L'objectif du volet consacré à la demande de soins maternels du FBR est de stimuler la demande de services de santé maternelle dans les régions de Sédhiou, Tambacounda, Kédougou et dans la commune de Ziguinchor, en aidant les ménages à surmonter des obstacles particuliers, y compris les barrières financières et celles liées au genre.

Encadré 7 : Financement basé sur les résultats / volet demande

Pour améliorer l'indicateur lié au respect des 4 CPN (couverture) et prévenir la persistance de l'accouchement à domicile au Sénégal (24,5 %), le programme national de financement basé sur les résultats a testé, via la cellule de lutte contre la malnutrition, le volet concernant la demande / FBR au niveau de Kaffrine et Gossas. Il vise à inciter financièrement les femmes enceintes à utiliser les services de santé. Ce volet s'accompagne d'activités de causerie communautaire et de visites à domicile.

Le volet concernant la demande de soins maternels du FBR cible les femmes enceintes des zones d'intervention vivant dans des ménages vulnérables et les accompagne à travers des activités de communication et de remise d'allocations en cas de respect des conditionnalités (cf. le tableau ci-dessous).

Tableau 8 : Présentation des éléments liés à la remise des allocations

ÉLÉMENTS	CARACTÉRISTIQUES	CHOIX OPÉRÉS
Montant	Suffisant pour avoir un impact sur : <ul style="list-style-type: none"> • Le respect des 4 CPN • L'accouchement dans une structure sanitaire (poste de santé, centre de santé, hôpital) 	<ul style="list-style-type: none"> • 5000 FCFA par CPN • 10 000 FCFA pour un accouchement dans une structure de santé
Païement	Sûr et accessible	Système adapté appuyé par l'AEC en fonction du contexte
Retrait	Garantie du respect des conditionnalités et fiabilité de l'identification de la bénéficiaire	Conditions à remplir : <ul style="list-style-type: none"> • Figurer sur la liste des bénéficiaires ayant respecté les conditionnalités ; • Présenter une carte nationale d'identité ou une carte de bénéficiaire délivrée par la collectivité locale.

À noter également, la prise en charge sanitaire des cibles de l'initiative pour les enfants de 0 à 5 ans dans les systèmes d'assurance dans les régions de Ziguinchor, Sédhiou et Kédougou. À travers le projet pilote de « prise en charge médicale gratuite des enfants âgés de moins de 5 ans à travers le système d'assurance maladie à base communautaire (CMU) », il s'agit pour l'agence de la CMU de permettre aux enfants âgés de moins de 5 ans d'avoir accès au paquet de services offerts par les mutuelles de santé à base communautaire dans le cadre de la CMU. Cela permettra notamment de :

- ▶ Transférer la prise en charge médicale des enfants âgés de moins de 5 ans aux mutuelles de santé ;

- ▶ Renforcer l'efficacité de la prise en charge des enfants âgés de moins de 5 ans ;
- ▶ Élargir le paquet des services offerts aux enfants de moins de 5 ans ;
- ▶ Renforcer la viabilité financière, administrative et institutionnelle des mutuelles de santé communautaires.

Priorité 3 : Améliorer la santé des adolescent(e)s / jeunes via la multisectorialité

Compte tenu de la spécificité de la cible adolescente, le Sénégal a opté pour la mise en place de services adaptés aux adolescent(e)s /

jeunes, pour favoriser et susciter la réponse à la demande. Les investissements dans la santé des adolescent(e)s / jeunes contribueront à accélérer la transition démographique et donc à potentialiser les chances de capter le dividende démographique. En effet, dans un contexte marqué par l'enjeu de la capture du dividende démographique, ces investissements dans la santé de la reproduction des adolescent(e)s / jeunes, couplés au renforcement du capital humain, jouent un rôle important (Quinlian-Davidson et Cortez, 2017).

Renforcement de la communication pour le changement social et comportemental en faveur de la santé des adolescent(e)s / jeunes

Il s'agit de :

- ▶ Renforcer la communication digitale sur la SRAJ ;
- ▶ Renforcer le plaidoyer autour de la SRAJ ;
- ▶ Renforcer la communication de masse : mettre en œuvre une campagne de communication pour la SRAJ à travers les médias avec l'implication des religieux et des communicateurs traditionnels et autres leaders d'opinion, en sensibilisant également les établissements scolaires et universitaires, les PPS et la communauté.

Renforcement des compétences de vie des adolescentes en situation de vulnérabilité

Ce volet appelle des interventions multisectorielles :

- ▶ Prévention des comportements sexuels à risque à travers le renforcement de l'éducation sexuelle ou l'éducation à la santé de la reproduction et la prévention des IST / VIH / sida ;
- ▶ Renforcement de l'éducation sanitaire ;
- ▶ Prévention des conduites addictives (consommation psychoactive et cyberdépendance), en mettant l'accent sur les groupes d'adolescent(e)s / jeunes à risque (déscolarisés, enfants de la rue, sans

qualification et sans emploi, en établissement pénitentiaire, etc.), via l'élaboration d'actions aux niveaux scolaire, familial ou communautaire ;

- ▶ Promotion d'habitudes de vie saines via le renforcement de la nutrition des adolescent(e)s et la promotion de la pratique régulière d'exercices physiques ;
- ▶ Intégration de l'enseignement des compétences de vie courante au programme d'alphabétisation des adolescentes et des jeunes filles non scolarisées ;
- ▶ Identification et établissement de partenariats avec les autres secteurs (ministère de la Femme, ministère de l'Éducation, ministère de la Jeunesse, etc.), la société civile et les associations et réseaux de jeunes ;
- ▶ Promotion de l'éducation par les pairs ;
- ▶ Renforcement de l'appui des familles et de la communauté en soutien à la SRAJ ;
- ▶ Amélioration de l'environnement législatif et réglementaire de la SRAJ, via :
 - L'appui au plaidoyer pour mettre en place des mesures juridiques, sociales et politiques ;
 - La révision des textes de loi et des conventions pour la promotion de la SRAJ ;
 - L'institutionnalisation du bilan pré-nuptial.

Renforcer l'offre de services adaptés aux besoins des adolescent(e)s / jeunes

Il s'agit de :

- ▶ Renforcer l'aménagement et l'équipement des espaces jeunes (espaces ados / jeunes, CCA / espaces jeunes, bureaux de conseil, etc.), en vue de faciliter l'accès à des services adaptés ;
- ▶ Renforcer l'intégration de l'offre de services de SRAJ dans les PPS, les stratégies avancées et mobiles (en mettant l'accent sur les adolescent(e)s / jeunes en situation de handicap et les autres personnes vulnérables),

les inspections médicales des écoles (IME), les infirmeries scolaires et les « daaras » modernes ;

- ▶ Renforcer les capacités des prestataires et du personnel de soutien des PPS publics et privés, des IME, des infirmeries scolaires et des CCA concernant les curricula de formation, les standards et le genre ;
- ▶ Intégrer la dimension du genre dans les projets et programmes relatifs à la santé, à l'éducation et à la jeunesse.

Priorité 4 : Renforcer les piliers de l'offre de SRMNIA

Outre le fait de résoudre les problèmes liés aux obstacles socio-culturels et financiers (priorité 2), le dossier d'investissement se focalise sur des interventions qui permettent de résorber les problèmes liés à la qualité des services de soins, en se concentrant sur les ressources humaines, les infrastructures et les médicaments.

Assurer la disponibilité de ressources humaines de qualité

La carte sanitaire doit prendre en compte la bonne répartition spatiale des structures de santé, l'estimation des déficits, le recrutement effectif et une répartition appropriée de ressources humaines qualifiées ainsi que la mise en place d'un système de fidélisation des agents. Il faudra aussi impliquer les collectivités locales dans l'expression des besoins et leur prise en charge dans le cadre de la décentralisation.

Le secteur privé, en plus de l'offre de services classiques, pourrait recruter les sages-femmes non employées. Concernant ce point, il est possible de les aider à se regrouper en cabinets ou en centres de soins pour dispenser des services dans les zones d'accès difficile. Ces sages-femmes pourraient aussi passer contrat avec les mutuelles et les assurances.

Il est nécessaire, également, de renforcer les capacités des prestataires, afin d'améliorer la qualité des prestations de soins.

Améliorer la disponibilité d'infrastructures et d'équipements sanitaires pour la SRMNIA

Ce pilier constitue une base primordiale dans la mise en œuvre des interventions prioritaires. L'actualisation de la carte sanitaire permettra d'évaluer les déficits en termes d'infrastructures et d'équipements au niveau national. Cependant, l'évaluation du PNDS a permis de relever des déficits en infrastructures. Bien que des progrès aient été notés dans l'amélioration de l'accessibilité géographique grâce à des constructions et des réhabilitations, des efforts supplémentaires sont nécessaires, en vue de permettre :

- ▶ La construction / réhabilitation des infrastructures routières et sanitaires (centres, postes et cases de santé) ;
- ▶ La résorption, dans les EPS, du déficit en banques et postes de sang et en équipements médicaux ;
- ▶ La résorption du déficit des centres et postes de santé en équipements aux normes ;
- ▶ L'appui à la mise en œuvre du plan de maintenance des équipements ;
- ▶ Le renforcement de la stratégie avancée et mobile, en logistique roulante, afin de parvenir à une meilleure couverture ;
- ▶ La construction/réhabilitation et l'équipement des espaces ados / jeunes dans les structures de santé ;
- ▶ La disponibilité des unités de néonatalogie et coins du nouveau-né, pour renforcer la qualité de la prise en charge des nouveau-nés.

Améliorer les systèmes de distribution et d'utilisation de produits et médicaments de qualité

L'amélioration de l'état de santé de la population avec, en priorité, la réduction de la mortalité maternelle, de la mortalité infantile, et la maîtrise de la fécondité, passe, entre autres, par une bonne disponibilité de médicaments et produits de santé de qualité et à moindre coût au niveau des PPS (le « dernier kilomètre »).

Le système d'assurance de la qualité au Sénégal repose sur un système d'homologation des médicaments, d'inspection pharmaceutique, de contrôle de la qualité et de pharmacovigilance. Un renforcement de l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique ainsi que du laboratoire national de contrôle des médicaments (LNCM) est nécessaire pour permettre une mise en œuvre effective de l'assurance de la qualité des produits utilisés.

La mise en œuvre de la stratégie IPM / « Yeksi naa » a permis d'améliorer de façon significative la disponibilité des médicaments et produits de santé sur le dernier kilomètre. Cependant, l'intégration des autres médicaments essentiels (118 références en termes de volume au niveau de 1433 postes, 101 CS et 38 hôpitaux répartis dans tout le pays), ainsi que la pérennisation du système national de distribution à travers la PNA, posent de nouveaux défis.

Pour capitaliser et pérenniser les acquis positifs obtenus, il faut nécessairement :

- ▶ Renforcer la pérennisation du « Yeksi naa » à travers le partenariat public-privé ;
- ▶ Renforcer le système d'homologation des médicaments et autres produits de SME ;
- ▶ Renforcer le contrôle de la qualité des médicaments et produits de SME ;
- ▶ Renforcer la coordination continue et le suivi-évaluation des plans d'approvisionnement à tous les niveaux.

Améliorer la qualité de l'offre de services de SRMNIA

La qualité des services offerts, argument compétitif et de différenciation, est un droit des clients. Elle fait appel au respect des délais, des procédures, à la qualité des bons produits / services, au moindre coût, et au service rendu. L'offre de services doit être orientée vers les besoins des clients. Le système d'assurance de la qualité, les échanges d'expériences, la surveillance des décès couplés à la riposte, sont des piliers importants de la qualité des services.

Priorité 5 : Renforcer la gouvernance du système de santé et de l'état civil

Assurer un financement novateur et pérenne des programmes de SRMNIA

L'analyse situationnelle du financement de la santé fait ressortir une faible priorisation et une efficacité relative du secteur de la santé, ainsi que le problème du paiement direct, notamment pour les services prioritaires (55,24 %). Cette épineuse question de la solvabilité de la demande de soins justifie la mise en place du programme de la CMU (cf. la priorité 2, qui concerne la demande). Cette sous-priorité se concentre sur les interventions de mobilisation des ressources nationales et du secteur privé ainsi que sur les interventions débouchant sur une meilleure efficacité des dépenses publiques et des dépenses des bailleurs, en adéquation avec la SNFS :

- L'augmentation du budget de l'État alloué à la santé, et notamment la part destinée à la SRMNIA, par le biais d'une répartition / affectation répondant aux priorités de santé. Cela nécessite un besoin de priorisation, via des activités de plaidoyer, avec, notamment, une forte implication de la société civile.
- Le renforcement de la mobilisation des ressources, tant publiques que privées, par une meilleure capitalisation du financement des acteurs privés, qui sera orienté vers les priorités de la santé.
- La rationalisation de l'utilisation des ressources financières / le renforcement et l'intégration des mécanismes d'achat stratégique à travers le financement basé sur les résultats pour des services de qualité. Le financement basé sur les résultats (FBR) au Sénégal a été conçu par le ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) en tant qu'approche permettant d'accélérer l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD). Sa mise en œuvre a commencé au Sénégal de 2012 à 2015 dans 2 régions (Kaffrine et Kolda). Les résultats des revues nationales de 2012 et 2013 ont été

jugés satisfaisants. C'est ainsi qu'à partir de 2015, le nombre de régions dans lesquelles le financement basé sur les résultats a été mis en œuvre est passé de deux (2) à six (6) (les quatre régions supplémentaires étant Kédougou, Sédhiou, Tambacounda et Ziguinchor). Le besoin est en effet pressant de résoudre la question de la motivation des personnels de santé dans le cadre de la gestion axée sur les résultats, de promouvoir des réformes pour améliorer l'encadrement des districts sanitaires dans le contexte de la décentralisation, et d'améliorer l'accès de la population à des soins de qualité. Aussi, le FBR, bien conçu et bien appliqué, contribue à l'atteinte des objectifs de la couverture sanitaire universelle en améliorant la qualité des soins, qui est un des piliers de la CSU.

- La mobilisation du financement extérieur : elle suppose l'alignement des interventions des PTF sur les priorités du dossier d'investissement, ainsi qu'un allègement des procédures pour une meilleure absorption. Le principe d'un circuit unique des financements des PTF doit être encouragé. Certains d'entre eux développent déjà des expériences utilisant les circuits et procédures financières de l'État (financement direct à travers la DAGE du MSAS).

Renforcer la gouvernance et le leadership du système de santé

L'un des principaux obstacles liés à la gouvernance et au leadership demeure le manque de synergie entre acteurs, du fait de l'insuffisance de la coordination des interventions. L'approche de résolution des problèmes de santé de la reproduction fait intervenir plusieurs acteurs, entre autres, le ministère de la Santé, les autres secteurs de l'État, les collectivités locales, les populations, la société civile, le secteur privé et les partenaires techniques et financiers. Cela implique une dynamique partenariale nécessitant le développement d'un bon cadre de coordination, ainsi que des instruments de mise en œuvre adaptés au contexte de la redevabilité. C'est dans

ce cadre que la société civile sénégalaise a mis en place un groupe de coordination pour mieux structurer sa contribution sur le GFF. Ainsi, elle mettra en place un tableau de bord pour le suivi des engagements et la redevabilité des acteurs dans la lutte contre les décès évitables des mères, des nouveau-nés, des adolescents(e)s et des enfants. Un cadre institutionnel d'animation de la multisectorialité est une exigence dans la mise en œuvre du cadre d'investissement. Il s'agit donc de :

- ▶ Améliorer la coordination interne et intersectorielle aux niveaux central et régional entre le gouvernement et les partenaires ;
- ▶ Renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles des régions médicales et de la Coalition des Organisations de la Société Civile sur le GFF ;
- ▶ Intensifier l'action communautaire via :
 - Le renforcement de la coordination autour du poste de santé des actions communautaires pour la SRMNIA (participation à la coordination, suivi-évaluation) ;
 - L'appui à la mobilisation communautaire autour de la commune pour les activités liées à un environnement favorable (la lutte contre les violences faites aux femmes, les activités d'état civil, l'audit des décès au niveau communautaire, les mutilations génitales, le genre, les inégalités) ;
 - Le renforcement de la coordination des interventions de SRMNIA des PTF ;
 - L'optimisation de la synergie des financements de SRMNIA des PTF ;
 - Le partenariat avec les autres secteurs ministériels, les collectivités locales, la société civile et le secteur privé, dans la planification et la mise en œuvre des activités de SRMNIA ;
 - L'optimisation de la synergie intersectorielle pour la gestion conjointe des paquets de services de SRMNIA.

Améliorer l'enregistrement des faits d'état civil et la production de statistiques vitales

Des déficits importants ont été notés concernant la qualité des informations en SRMNIA. La promptitude, la complétude et la qualité des données, continuent de constituer un véritable défi pour le système d'information à travers la plateforme du DHIS2, pour tous les programmes

de SRSE. La diffusion et l'utilisation de données de qualité à des fins de prise de décision ou de plaidoyer, doivent être une priorité. Pour cela, le système de planification, de suivi-évaluation, ainsi que la recherche, doivent être améliorés via :

- ▶ Le renforcement des capacités des ressources humaines ;

Encadré 8 : Sites sentinelles de surveillance nutritionnelle

Les sites sentinelles de surveillance de l'état nutritionnel des enfants et des femmes enceintes et allaitantes ont été mis en place en 2015 dans 5 régions : Kédougou, Dakar, Kolda, Diourbel et Matam.

Ces sites permettent de recueillir régulièrement des informations sur l'état nutritionnel des cibles afin de prendre les mesures correctrices adéquates.

L'intervention est en cours d'extension dans 7 autres régions, et la collecte régulière des données sera déterminante dans la prévention de la crise nutritionnelle.

- ▶ La documentation et la diffusion de l'information sanitaire.

L'amélioration du système d'enregistrement des faits d'état civil quant à sa fiabilité et sa complétude favorise la disponibilité de statistiques fiables sur le mouvement naturel de la population. Les faits d'état civil surviennent pour la plupart au sein des structures de santé. Néanmoins, certains de ces faits d'état civil (naissances et décès) ne sont pas déclarés. Une amélioration de l'enregistrement des faits d'état civil nécessite une meilleure appropriation de l'état civil par tous les acteurs ainsi que par les populations. S'ajoute à cela, dans le cadre particulier de la modernisation de l'état civil, l'intégration des technologies de l'information et de la communication dans la gestion de l'état civil. Il s'agit d'arriver à un enregistrement de tous les faits d'état civil et à une génération de

statistiques de façon périodique. Pour ce faire, les interventions suivantes ont été retenues comme étant de la plus haute priorité quant à l'intégration de l'état civil dans le dossier d'investissement :

- ▶ La couverture et la complétude des faits d'état civil des naissances et des décès, y compris l'introduction des causes de décès, sont améliorées. Cette intervention s'appuie sur :
 - a. Des capacités renforcées des services de l'état civil, à travers la formation des acteurs et l'équipement des services ;
 - b. Une population consciente et mobilisée en faveur d'un enregistrement effectif, à travers une communication de masse et de proximité, y compris une mobilisation

- communautaire, basée sur des preuves (y compris la recherche), avec un plan national de communication pour un changement de comportement ;
- c. Des structures sanitaires contribuant à la déclaration systématique des naissances et des décès à l'état civil dans les délais légaux, à travers la mise à l'échelle de mécanismes standardisés au niveau des structures sanitaires, avec des procédures et outils nationaux de collaboration entre le personnel de l'état civil et celui de la santé formé ;
 - d. Le recensement et la régularisation des enfants non déclarés à l'état civil.
- À partir de l'état civil, des statistiques vitales sont produites, analysées et disséminées. Cette intervention s'appuie sur :
- a. La constitution et la consolidation d'un fichier national d'état civil, relié à une base de données et interconnecté avec les communes, les postes consulaires et tous les autres utilisateurs des données de l'état civil ;
 - b. La collecte et la transmission systématique des données issues des centres d'état civil ;
 - c. L'échange, entre les structures sanitaires et les services de l'état civil, des informations et des données croisées concernant les naissances et les décès, via les nouvelles technologies ;
 - d. L'établissement des statistiques de l'état civil à l'aide des données désagrégées, ainsi que la production et la dissémination des rapports d'analyse en collaboration avec l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie.

Encadré 9 : Les coins état civil - santé

Les coins état civil - santé sont des dispositifs installés au niveau des structures sanitaires, notamment au niveau des maternités, des centres de santé et des postes de santé. Les coins état civil - santé visent à informer, orienter et accompagner les femmes venues accoucher et recevoir une visite postnatale, afin de faciliter l'enregistrement de leurs enfants à l'état civil. Un relais ou un agent de santé est alors désigné pour jouer le rôle d'appui-conseil et assurer le suivi auprès de ces femmes afin qu'elles déclarent les naissances de leurs enfants à l'état civil.

RapidPro État Civil

Rapid Pro État Civil est une plateforme de communication gratuite basée sur un système de téléphonie mobile (SMS) et de réponse vocale interactive pour relier les agents de la santé, ceux de l'état civil et le Centre National d'État Civil (CNEC). Cette plateforme de monitoring et de coordination permet de remédier aux problèmes de communication qui existent parfois entre les agents de l'État Civil, les auxiliaires situés dans les communautés, et les systèmes qui les soutiennent et collaborent avec le CNEC.

RapidPro État Civil est une plateforme de communication gratuite basée sur un système de téléphonie mobile (SMS) et de réponse vocale interactive pour relier les agents de la santé, ceux de l'état civil et le Centre National d'État Civil (CNEC). Cette plateforme permet de renforcer la communication triangulaire des données, entre les agents de santé, les agents de l'état civil et les acteurs de la communauté, pour le suivi périodique de l'enregistrement des naissances et des décès, et la production de données statistiques en temps réel.

7

CADRE OPÉRATIONNEL DE MISE EN OEUVRE



NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE

Le niveau central

Le niveau central est le lieu de définition des politiques et stratégies. Il devra jouer son rôle dans ce dossier d'investissement, à travers :

- ▶ La régulation et la coordination du système de santé et des services sociaux ;
- ▶ L'organisation des services ;
- ▶ La gestion des ressources humaines, matérielles et financières, en veillant à leur répartition et à leur utilisation équitable ;
- ▶ L'évaluation des résultats par rapport aux objectifs fixés, dans une perspective d'amélioration de la performance du système.

La plate-forme du GFF, issue de l'élargissement du comité de pilotage et de coordination, est présidée par le ministre de la Santé et de l'Action sociale. Il doit coordonner les interventions et appuyer les organismes, ainsi que les organisations publiques et privées. Il s'agit de promouvoir des objectifs communs et de s'assurer de la collaboration avec les autres secteurs socio-économiques par le biais de liens intersectoriels, afin de renforcer leurs interactions avec la santé en vue d'atteindre les objectifs. La plate-forme doit tenir des rencontres trimestrielles.

Le niveau régional

Il est représenté par les comités régionaux de SRMNIA, présidés par les gouverneurs de région. La région médicale est chargée de l'appui technique et d'encadrement, dans le but d'assurer la mise en œuvre des stratégies définies dans le présent dossier d'investissement par le niveau central. Le médecin chef de région (MCR) est chargé d'impulser les réunions trimestrielles du comité, intégrées ou non aux instances de coordination multisectorielle de la région. La région médicale doit être renforcée en ressources humaines capables de mener et d'encadrer les activités du dossier d'investissement.

Le niveau du district

Les comités départementaux sont présidés par les préfets. 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 de district doit disposer de personnel technique et de gestion qualifié pour réaliser la mise en œuvre des activités, la supervision, la coordination des soins de santé, la collecte des données et l'analyse de la situation.

ACTEURS

Le gouvernement

Il assure :

- ▶ Le leadership et la coordination de la mise en œuvre du dossier d'investissement en utilisant une approche multisectorielle impliquant toutes les parties prenantes de la SRMNEA
- ▶ L'achat et/ou la prestation de services de SRMNEA en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité des services et la réduction des disparités.
- ▶ La promotion d'un environnement propice, incluant clairement la redevabilité
- ▶ La mobilisation de ressources intérieures.
- ▶ Le suivi et l'évaluation des progrès réalisés sur la SRMNIA.

Le secteur privé

Le secteur privé est principalement chargé d'accompagner les structures gouvernementales dans la mise en œuvre du dossier d'investissement. Il intervient aussi directement dans l'offre de santé. Par ailleurs, il peut contribuer à la fourniture de services publics en partenariat avec l'État, par le biais de la passation de contrats.

La société civile

La société civile doit jouer un rôle important dans ce dossier stratégique, par le biais du

renforcement des activités liées à la prévention des maladies, à la promotion des CPN et de la PF, à l'utilisation des services de santé, ainsi qu'au changement de comportement de la population en vue de l'adoption de bonnes pratiques au niveau communautaire. Elle doit continuer à appuyer les collectivités locales dans l'enregistrement des naissances et des décès à l'état civil. En résumé, le rôle de la société civile dans ce processus, est d'assurer :

- ▶ Le renforcement de l'offre de services au niveau des zones défavorisées, inaccessibles à travers les stratégies avancées et mobiles, et les cliniques mobiles ;
- ▶ La création de la demande, afin d'augmenter l'utilisation des services de SRMNIA, ainsi que la levée des pesanteurs socioculturelles ;
- ▶ Le plaidoyer pour la création d'un environnement favorable à la SRMNIA, ainsi que le respect des droits des populations pauvres ;
- ▶ La veille citoyenne pour le suivi et le contrôle de l'effectivité des engagements pris par le gouvernement, les partenaires techniques et financiers, et la société civile, et du niveau de satisfaction des populations, en particulier les pauvres ;
- ▶ La mobilisation des ressources domestiques et externes pour appuyer l'État du Sénégal dans la mise en œuvre du dossier d'investissement.

Les partenaires techniques et financiers

L'appui des partenaires techniques et financiers (PTF) est nécessaire dans les domaines suivant :

- ▶ Le renforcement de la coordination et des capacités des acteurs ;
- ▶ La mise à disposition d'instruments de planification et d'analyse situationnelle ;
- ▶ L'amélioration des données statistiques sanitaires ;
- ▶ La mobilisation des ressources ;

- ▶ L'accompagnement dans le plaidoyer ;
- ▶ L'instauration d'un cadre harmonisé des finances publiques (les budgets-programmes).

Les partenaires techniques et financiers (PTF) devront être réunis dans un pool de financement. Ce pool de financement doit être un cadre de mobilisation de ressources complémentaires au financement de l'État, de suivi de la mise en œuvre du dossier d'investissement, et de concrétisation des engagements (y compris les échéances des contributions) des PTF et de l'État. Il s'agit de parvenir à un équilibre raisonnable entre les trois priorités suivantes, afin que les ressources mobilisées garantissent un fort impact sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile :

- ▶ Promouvoir le transfert rapide de ressources en vue d'aider les populations cibles / bénéficiaires potentiels ;
- ▶ Garantir que ces ressources seront utilisées de manière rationnelle pour l'atteinte des résultats escomptés ;
- ▶ Soutenir un développement organisationnel durable des régions médicales.

COLLABORATION MULTISECTORIELLE

La résolution des problèmes de santé est rendue complexe du fait de leur caractère multisectoriel, nécessitant l'intervention des autres services au sein du même ministère et d'autres secteurs du développement aux priorités différentes. Une collaboration multisectorielle pourrait permettre d'atteindre les résultats escomptés car la santé est l'affaire de tous et un droit garantissant le développement économique.

8

BUDGÉTISATION



La budgétisation a été réalisée à l'aide de l'outil One Health (One Health Tool, OHT). Cet outil exploite les données concernant les couvertures de base des populations en matière d'interventions à haut impact, ainsi que les données sur les couvertures souhaitées, pour projeter les coûts et les impacts, à terme, des interventions. En plus de l'outil One Health, une estimation du coût des activités par région a été faite à l'aide d'Excel. La plateforme de la société civile et le centre d'enregistrement des naissances ont fait des propositions de budget pour leurs activités phares en rapport avec le dossier d'investissement. La méthodologie utilisée est présentée en annexe du présent document.

ESTIMATION DU BUDGET PAR PRIORITÉ ET SOUS-PRIORITÉ

Le budget global du dossier d'investissement comprend, outre les activités proposées par le comité, les activités visant l'enregistrement des naissances et la société civile. Selon les objectifs, le budget est le suivant, pour les priorités et sous-priorités du dossier d'investissement. Il est estimé à 496 132 650 133 FCFA pour la période de 2018-2022.

Tableau 9 : Estimation du budget par priorité

PRIORITÉS	BUDGET TOTAL (FCFA)
Priorité 1 : Offrir un paquet intégré d'interventions de SRMNIA à haut impact	152 157 741 495
Priorité 2 : Améliorer l'équité et la demande de services de SRMNIA pour les personnes vulnérables	212 462 438 200
Priorité 3 : Améliorer la santé des adolescent(e)s / jeunes via la multi sectorialité	2 501 318 278
Priorité 4 : Renforcer les piliers de l'offre de SRMNIA	116 012 324 582
Priorité 5 : Renforcer la gouvernance du système de santé et de l'état civil	12 998 827 577
Total	496 132 650 133

Tableau 10 : Budget du dossier d'investissement par priorité et sous-priorité

PRIORITÉS ET SOUS-PRIORITÉS	TOTAL (EN FCFA)
PRIORITÉ 1 : Offrir un paquet intégré d'interventions de SRMNIA à haut impact	152 157 741 495
Sous-priorité 1.1 : Nutrition	1 693 152 506
Sous-priorité 1.2 : Santé maternelle	2 185 846 791
Sous-priorité 1.4 : Santé néonatale	10 903 063 542
Sous-priorité 1.5 : Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes	766 517 039
Sous-priorité 1.6 : A trait à tous les domaines de la SRMNIA	136 609 161 617
PRIORITÉ 2 : Améliorer l'équité et la demande de services de SRMNIA pour les personnes vulnérables	212 462 438 200
Sous-priorité 2.1 : Lutte contre les inégalités de genre et les pratiques néfastes	2 343 840 000
Sous-priorité 2.2 : Stratégies de communication pour le changement social et comportemental	8 764 712 500
Sous-priorité 2.3 : Renforcement des capacités en communication	938 653 200
Sous-priorité 2.4 : Renforcer les stratégies communautaires	415 232 500
Sous-priorité 2.5 : Assurer la protection financière des plus vulnérables	200 000 000 000
PRIORITÉ 3 : Améliorer la santé des adolescent(e)s / jeunes via la multisectorialité	2 501 318 278
Sous-priorité 3.1 : Renforcement de la communication pour le changement social et comportemental en faveur de la santé des adolescent(e)s / jeunes	954 897 174
Sous-priorité 3.2 : Renforcement des compétences de vie des adolescentes en situation de vulnérabilité	46 654 647
Sous-priorité 3.3 : Renforcer l'offre de services adaptés aux besoins des adolescent(e)s / jeunes	596 910 898
Sous-priorité 3.4 : Amélioration de l'environnement législatif et réglementaire de la SRAJ et prise en compte de la dimension genre et respect des droits humains des adolescentes	902 855 559
PRIORITÉ 4 : Renforcer les piliers de l'offre de SRMNIA	116 012 324 582
Sous-priorité 4.1 : Assurer la disponibilité de ressources humaines de qualité	1 432 755 000
Sous-priorité 4.2 : Améliorer la disponibilité d'infrastructures et d'équipements sanitaires pour la SRMNIA	112 659 084 582
Sous-priorité 4.3 : Améliorer les systèmes de distribution et d'utilisation de produits et médicaments de qualité	-
Sous-priorité 4.4 : Améliorer la qualité de l'offre de services de SRMNIA	1 920 485 000
PRIORITÉ 5 : Renforcer la gouvernance du système de santé et de l'état civil	12 998 827 577
Sous-priorité 5.1 : Assurer un financement novateur et pérenne des programmes de SRMNIA	437 500 000
Sous-priorité 5.2 : Renforcer la gouvernance et le leadership du système de santé	1 454 582 000
Sous-priorité 5.3 : Améliorer l'enregistrement des faits d'état civil et la production de statistiques vitales	11 106 745 577
Total	496 132 650 133

Pour les besoins de la budgétisation, la sous-priorité 1.3 sur la santé infantile et juvénile a été combinée avec la sous-priorité 2.5 sur la protection financière des plus vulnérables

Figure 22 : Répartition du budget par priorité

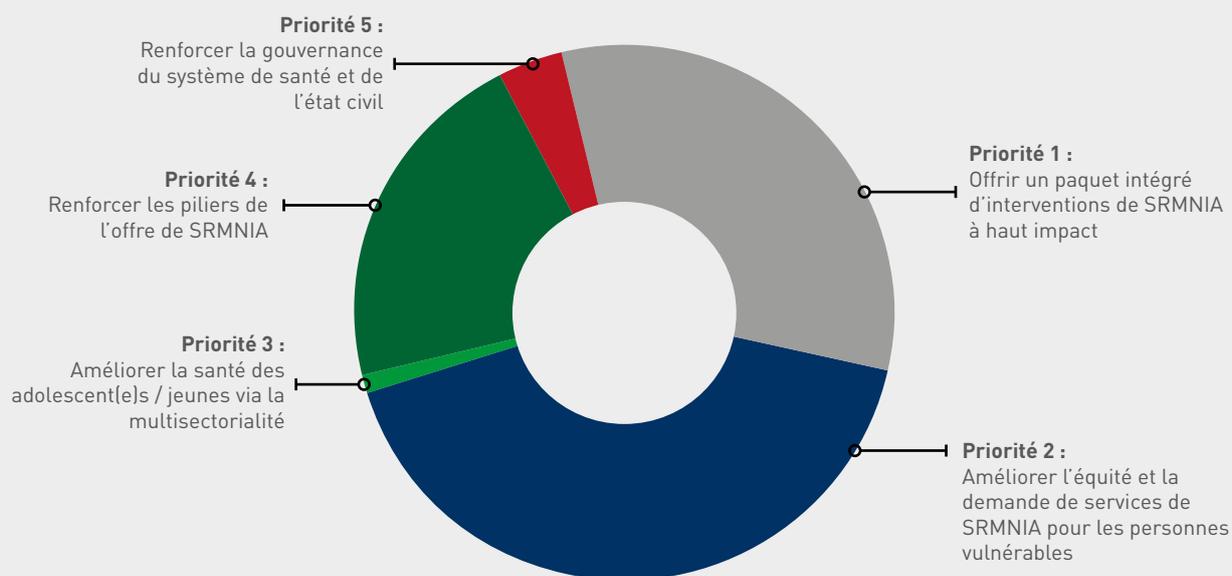


Tableau 11 : Budget total par région et par priorité

RÉGIONS	PRIORITÉ 1 : Offrir un paquet intégré d'interventions de SRM Nia à haut impact	PRIORITÉ 2 : Améliorer l'équité et la demande de services de SRM Nia pour les personnes vulnérables	PRIORITÉ 3 : Améliorer la santé des adolescent(e) s / jeunes via la multisectorialité	PRIORITÉ 4 : Renforcer les piliers de l'offre de SRM Nia	PRIORITÉ 5 : Renforcer la gouvernance du système de santé et de l'état civil	TOTAL
DAKAR	24 967 367 935	46 004 489 133	563 909 556	327 446 000	338 338 500	72 201 551 124
DIOURBEL	11 762 429 868	22 493 714 077	270 501 309	013 695 895 873	201 052 500	48 423 593 627
FATICK	10 090 849 640	11 189 819 325	129 987 280	232 766 000	194 723 250	21 838 145 495
KAFFRINE	6 536 436 534	014 629 684 135	173 594 603	32 587 567 809	3 477 211 760	57 404 494 841
KAOLACK	10 288 493 539	14 262 793 243	168 333 226	008 369 290 500	227 870 250	33 316 780 758
KEDOUGOU	4 138 889 430	2 659 893 779	27 559 076	18 554 184 000	690 901 983	26 071 428 268
KOLDA	8 604 911 750	10 553 319 717	119 587 077	202 351 000	2 514 946 975	21 995 116 519
LOUGA	14 369 163 990	13 266 349 358	156 086 132	273 918 500	185 327 250	28 250 845 230
MATAM	8 526 351 341	9 148 006 766	104 652 493	2 009 170 309	219 126 750	20 007 307 659
SAINT-LOUIS	12 034 298 684	13 716 978 325	161 244 611	267 698 000	148 200 000	26 328 419 620
SEDHIOU	5 901 982 408	7 345 507 467	82 615 714	28 512 547 309	1 746 746 944	43 589 399 841
TAMBACOUNDA	11 463 079 702	10 819 946 923	125 231 445	2 312 779 783	2 582 328 416	27 303 366 269
THIES	16 665 307 331	26 359 460 520	318 765 883	376 181 500	297 296 250	44 017 011 484
ZIGUINCHOR	6 808 179 343	10 012 475 434	99 249 871	8 290 528 000	174 756 750	25 385 189 398
Total	152 157 741 495	212 462 438 200	2 501 318 278	116 012 324 582	12 998 827 577	496 132 650 133

Figure 23 : Budget total par région

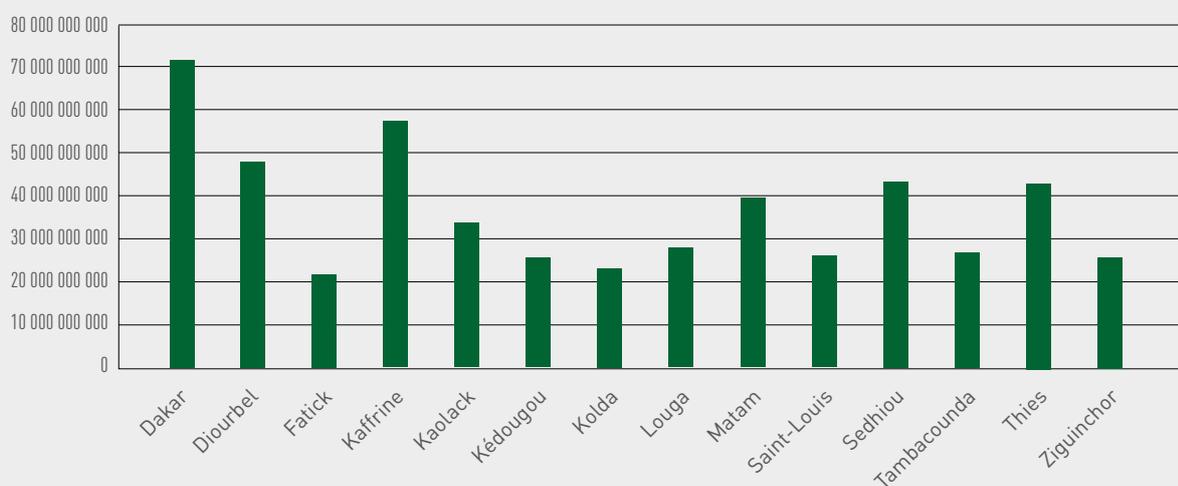


Tableau 12 : Budget par scénario

PRIORITÉS ET SOUS-PRIORITÉS	SCÉNARIO 1	SCÉNARIO 2	SCÉNARIO 3
PRIORITÉ 1 : OFFRIR UN PAQUET INTÉGRÉ D'INTERVENTIONS DE SRMNIA À HAUT IMPACT	36 645 299 824	100 786 910 886	152 157 741 495
Sous-priorité 1.1 : Nutrition	386 211 479	1 083 426 780	1 693 152 506
Sous-priorité 1.2 : Santé maternelle	444 312 191	1 360 148 498	2 185 846 791
Sous-priorité 1.4 : Santé néonatale	2 508 103 947	6 975 597 487	10 903 063 542
Sous-priorité 1.5 : Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes	169 488 217	499 950 785	766 517 039
Sous-priorité 1.6 : A trait à tous les domaines de la SRMNIA	33 137 183 990	90 867 787 336	136 609 161 617
PRIORITÉ 2 : AMÉLIORER L'ÉQUITÉ ET LA DEMANDE DE SERVICES DE SRMNIA POUR LES PERSONNES VULNÉRABLES	46 008 352 020	139 474 621 384	212 462 438 200
Sous-priorité 2.1 : Lutte contre les inégalités de genre et les pratiques néfastes	411 960 000	2 123 040 000	2 343 840 000
Sous-priorité 2.2 : Stratégies de communication pour le changement social et comportemental	2 923 225 000	6 793 150 000	8 764 712 500
Sous-priorité 2.3 : Renforcement des capacités en communication	283 326 000	708 033 600	938 653 200
Sous-priorité 2.4 : Renforcer les stratégies communautaires	125 095 000	312 475 000	415 232 500
Sous-priorité 2.5 : Assurer la protection financière des plus vulnérables	42 264 746 020	129 537 922 784	200 000 000 000
PRIORITÉ 3 : AMÉLIORER LA SANTÉ DES ADOLESCENT(E)S/JEUNES VIA LA MULTISECTORIALITÉ	528 587 916	1 620 077 978	2 501 318 278
Sous-priorité 3.1 : Renforcement de la communication pour le changement social et comportemental en faveur de la santé des adolescent(e)s / jeunes	201 792 435	618 477 024	954 897 174
Sous-priorité 3.2 : Renforcement des compétences de vie des adolescentes en situation de vulnérabilité	9 859 234	30 217 732	46 654 647
Sous-priorité 3.3 : Renforcer l'offre de services adaptés aux besoins des adolescent(e)s / jeunes	126 141 439	386 613 015	596 910 898
Sous-priorité 3.4 : Amélioration de l'environnement législatif et réglementaire de la SRAJ et prise en compte de la dimension genre et respect des droits humains des adolescentes	190 794 807	584 770 207	902 855 559
PRIORITÉ 4 : RENFORCER LES PILIERS DE L'OFFRE DE SRMNIA	82 169 429 901	115 143 262 082	116 012 324 582
Sous-priorité 4.1 : Assurer la disponibilité de ressources humaines de qualité	419 373 000	1 050 945 000	1 432 755 000
Sous-priorité 4.2 : Améliorer la disponibilité d'infrastructures et -d'équipements sanitaires pour la SRMNIA	81 191 689 401	112 659 084 582	112 659 084 582
Sous-priorité 4.3 : Améliorer les systèmes de distribution et d'utilisation de produits et médicaments de qualité	0,0	0,0	0,0
Sous-priorité 4.4 : Améliorer la qualité de l'offre de services de SRMNIA	558 367 500	1 433 232 500	1 920 485 000
PRIORITÉ 5 : RENFORCER LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE L'ÉTAT CIVIL	11 012 136 077	12 326 961 827	12 998 827 577
Sous-priorité 5.1 : Assurer un financement novateur et pérenne des programmes de SRMNIA	156 250 000	343 750 000	437 500 000
Sous-priorité 5.2 : Renforcer la gouvernance et le leadership du système de santé	397 140 500	1 092 466 250	1 454 582 000
Sous-priorité 5.3 : Améliorer l'enregistrement des faits d'état civil et la production de statistiques vitales	10 458 745 577	10 890 745 577	11 106 745 577
TOTAL	176 363 805 738	369 351 834 158	496 132 650 133

CARTOGRAPHIE FINANCIÈRE

Approche

La cartographie financière du dossier d'investissement (DI) constitue un exercice complexe, car les priorités et sous-priorités proposées dans le dossier d'investissement ne correspondent pas nécessairement aux budgets des partenaires techniques et financiers du Sénégal. Il convient également de noter que la répartition des fonds engagés par les partenaires n'est pas toujours définie par région, ce qui constitue une des difficultés majeures de cette cartographie.

Au niveau de la méthodologie, une maquette reprenant les priorités et sous-priorités du DI a été créée et partagée entre tous les partenaires. Ces derniers ont fait correspondre les activités et budgets de leurs programmes et projets, aux priorités, sous-priorités, et régions listées dans la maquette de la cartographie. Dans certains cas où les budgets n'étaient pas répartis par région, le poids démographique des régions a été utilisé pour établir le partage des ressources.

Les ressources disponibles sont celles engagées par les différents partenaires techniques et financiers, ainsi que la contrepartie du gouvernement.

Pour les besoins de cette analyse, la sous-priorité 1.3 sur la santé infantile et juvénile a été combinée avec la sous-priorité 2.5 sur la protection financière des personnes les plus vulnérables.

Les graphiques et le tableau ci-dessous sont le résultat des discussions entre le gouvernement et les partenaires techniques et financiers, au sujet des hypothèses suivantes :

Le gouvernement

Les données sur la contribution du gouvernement proviennent du budget de l'État et portent sur les années 2017 et 2018 (dépenses salariales et infrastructures non incluses). Chaque ligne budgétaire a été cartographiée en fonction des priorités du dossier d'investissement (DI). Sont couvertes,

principalement, les dépenses d'infrastructures et autres dépenses non salariales liées à la prestation des services de SRMNIA, comme le programme élargi de vaccination et le programme de renforcement de la nutrition. Le gouvernement dépense notamment un montant annuel de 24,8 millions de dollars, soit 13 milliards de francs CFA par an pour les activités de renforcement de la couverture maladie universelle.

Les dépenses d'infrastructures s'élèvent à 172 millions de dollars et couvrent une période de 3 ans (2018-2020). Une partie des coûts d'infrastructures, à savoir 1,2 million de dollars, ou 700 millions de francs CFA, est destinée à la construction et à l'équipement de postes de santé dans 9 régions en 2018. Étant donné que dans la majorité des cas, les régions bénéficiaires ne sont pas spécifiées, ces coûts ont été distribués sur les 14 régions du pays.

À l'exception des dépenses d'infrastructures, des salaires, et des dépenses de l'ACMU, toutes les autres dépenses (non salariales) liées à la prestation des services de SRMNIA, ont été estimées sur une période de 5 ans, en se basant sur la moyenne du budget existant, annualisée, multipliée par 5, et ajustée au niveau des 14 régions. Ces dépenses non salariales représentent un total d'environ 80,2 millions de dollars.

Le gouvernement n'ayant pas pu fournir les dépenses salariales pour cet exercice, l'estimation de ces coûts s'appuie sur la proportion des salaires par rapport aux coûts des programmes, laquelle est d'environ 70 % / 30 % dans le budget national de la santé. L'estimation de cette proportion salariale de 70 % a été faite en considérant les dépenses gouvernementales non salariales de cette cartographie, qui s'élèvent à 80 millions de dollars, comme constituant la proportion des 30 % du budget total.

Toutefois, dans la mesure où les dépenses non salariales de la cartographie couvrent également d'autres priorités du DI (les priorités 2 et 5, par exemple), les estimations salariales ont

été ajustées à la baisse (60 %), afin de ne prendre en compte que les ressources consacrées à la mise en œuvre du paquet minimal de soins de SRMNIA (priorité 1 et sous-priorité 2.5). En tout, les dépenses salariales ont été estimées à 160,4 millions de dollars. Ces coûts ont ensuite été distribués dans chacune des 14 régions du pays, en utilisant le poids démographique comme clé de répartition.

Au total, la contribution du gouvernement s'élève à 512,4 millions de dollars (scénario 3), soit 56,8% du DI. Elle tombe à 33,9% pour le scénario 1, soit un total de 108 millions de dollars.

Le gouvernement apparaît ainsi comme un contributeur majeur dans la mise en œuvre du DI. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation, notamment une surestimation des coûts salariaux du gouvernement, ou une sous-estimation des ressources des partenaires, liée à un manque de données.

Les partenaires techniques et financiers

L'USAID a fourni un budget d'appui par priorité et par région pour les années 2017 et 2018. La plus grande partie de l'appui de l'USAID se focalise sur 7 régions du pays : Matam, Saint-Louis, Sédhiou, Kolda, Kedougou, Ziguinchor et Thiès. Toutefois, l'USAID mène également des activités aux niveaux national et central, qui ont été réparties au niveau régional en utilisant la population comme clé de répartition.

L'appui de l'USAID se focalise, entre autres, sur le renforcement des services intégrés liés à la SRMNIA, l'appui au secteur privé en vue d'augmenter la disponibilité des produits de santé et le renforcement des capacités d'encadrement de la DSRSE.

Le budget de 2018 a été choisi comme référence et a été multiplié par 0,95 pour les années suivantes. En tout, l'USAID finance un total de 108,9 millions de dollars, soit environ 12,1 % du DI.

La Banque mondiale (GFFI inclus) finance 6 % du DI, soit un total d'environ 54,1 millions de dollars. L'appui de la Banque mondiale se focalise sur la nutrition, le financement basé

sur les résultats, l'appui à la couverture maladie universelle (CMU) et le renforcement des capacités de l'ACMU.

La Banque mondiale a fourni un budget couvrant une période de 4 ans (2018-2021) présenté par priorité et sous-priorité, et détaillé par région. Toutefois, certaines activités, mises en œuvre au niveau central, ont été distribuées sur les 14 régions du pays, en utilisant la population de chaque région comme clé de répartition.

Le Fonds mondial finance 4,4 % du DI, soit un total d'environ 40 millions de dollars. Le Fonds mondial a fourni un budget défini par priorité et couvrant une période de 3 ans. Le Fonds mondial finance principalement les activités liées au paquet de soins de SRMNIA, notamment les interventions de lutte contre le paludisme, le VIH / SIDA et la tuberculose.

Pour le budget du Fonds mondial, seules les activités ayant pu être connectées avec les priorités et sous-priorités du DI ont été cartographiées. Étant donné que les activités du Fonds mondial avaient été définies au niveau national, elles ont été distribuées sur les 14 régions du pays en utilisant la population comme clé de répartition.

GAVI finance environ 53,1 millions de dollars, soit 5,9 % du DI. L'achat des vaccins représente à lui seul environ 44 millions de dollars du budget, soit un coût annuel de 11 millions de dollars. GAVI a fourni un budget sur 4 ans (2018-2021), qui se focalise sur l'achat des vaccins, l'amélioration de la chaîne du froid et la santé communautaire.

Le budget de GAVI est réparti par priorité et sous-priorité, avec des activités définies au niveau national. Une clé de répartition basée sur la population des régions a été utilisée pour répartir les activités sur les 14 régions.

Le FNUAP finance 2,7 % du DI, soit 23,9 millions de dollars. Le budget du FNUAP est un budget sur 5 ans, présenté par priorité et sous-priorité, la majorité des activités du FNUAP étant concentrées sur 10 régions du pays. Le reste du budget du FNUAP est dépensé au

niveau national. Le poids démographique des régions a été utilisé comme clé de distribution du budget. L'appui du FNUAP se focalise, entre autres, sur l'amélioration de l'offre et la création de la demande de services de SRMNIA.

LuxDev se focalise sur l'amélioration et le renforcement des piliers de l'offre du paquet de soins de SRMNIA. Son budget total est de 1,3 % du DI, soit 11,8 millions de dollars.

LuxDev a fourni un budget sur 2 ans (2017-2018), présenté par priorité et sous-priorité. Le budget de 2018 a été indiqué comme année de référence et multiplié par 0,85 pour les années suivantes. Les activités mises en œuvre au niveau national ont été redistribuées sur les 14 régions.

L'UNICEF finance environ 10,4 millions de dollars, soit 1,2 % du DI. Le budget soumis par l'UNICEF couvre une période de 5 ans (2017-2021). L'UNICEF a fourni un budget subdivisé par priorité, sous-priorité et région. Les activités présentées au niveau national ont été distribuées sur les 14 régions en utilisant le poids démographique comme clé de répartition.

L'UNICEF fournit un appui technique dans le domaine de la survie et du développement de l'enfant, ce qui inclut les services de vaccination, l'amélioration de l'offre de soins infantiles, ainsi que la politique et le système de santé pour l'enfant.

JICA se focalise sur l'aspect de la disponibilité des ressources humaines dans l'offre du paquet de soins de SRMNIA. Son budget total est de 0,1 % du DI, soit 1,3 millions de dollars. JICA a fourni un budget sur 2 ans (2017-2018), subdivisé par priorité et sous-priorité. Le budget de 2017 a été reconduit pour 2020 et 2021, afin de tenir compte de l'augmentation du financement dû au projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale (PRESSMN) (phase 3), qui doit débiter à l'automne 2019. Les activités mises en œuvre au niveau national ont été redistribuées sur les 14 régions en utilisant la population de chaque région comme clé de distribution.

L'OMS finance environ 2,5 millions de dollars, soit 0,3 % du DI sur 5 ans. L'OMS se focalise sur la prestation des services du paquet de soins de SRMNIA, notamment la nutrition et la santé infantile et juvénile. L'OMS a fourni un budget sur 5 années (2017-2021), par priorité et par région dans certains cas. Toutefois, le budget pour certaines activités de 2017 a été repris en 2018 pour refléter la possibilité d'un financement additionnel en 2018. Les activités mises en œuvre au niveau national ont été redistribuées sur les 14 régions en utilisant la population de chaque région comme clé de distribution.

L'AFD finance environ 0,4 % du DI, soit 3,5 millions de dollars. L'AFD a fourni un budget sur 2 ans (2017-2018) par priorité et sous-priorité. Le budget de 2018 a servi de référence pour les années 2019 à 2021, en étant multiplié par 0,85 pour chaque année. L'AFD affecte plus de 20 % du budget à la région de Kolda. Le reste du budget de l'AFD est distribué sur les 14 régions du pays en utilisant la population de chaque région comme clé de distribution.

Les autres bailleurs sont l'Union Européenne (UE) et le Centre d'excellence pour les systèmes d'ESEC / Centre of Excellence for CRVS Systems, qui appuient le secteur de la santé dans l'amélioration du système d'état civil. Le reste des activités et projets est mis en œuvre par l'Amref Health Africa et Population Council, qui se concentrent sur la santé reproductive (notamment l'approvisionnement en anneaux contraceptifs) et l'amélioration du système d'information sanitaire, du suivi et de la recherche. En tout, ils représentent 0,4 % du DI, soit 3,9 millions de dollars. □

Il existe un besoin de financement de 105,4 millions de dollars, soit 57 milliards de FCFA, pour le scénario 1, soit 32,9 % du budget du dossier d'investissement.

ANALYSE DU DÉFICIT

L'analyse du déficit financier a été conduite par priorité, sous-priorité, et scénario. Seul le scénario 1 est représenté ci-dessous.

Les ressources identifiées comme étant potentiellement disponibles pour le scénario 1 s'élèvent à 215 millions de dollars (soit 118 milliards de FCFA), tandis que les besoins sont estimés à 105 millions de dollars (soit 57 milliards de FCFA).

Les résultats de l'analyse de la cartographie indiquent que la plus grande partie du déficit financier est liée aux coûts d'infrastructures (108 millions de dollars), suivie d'un déficit de 51 millions de dollars provenant de la combinaison

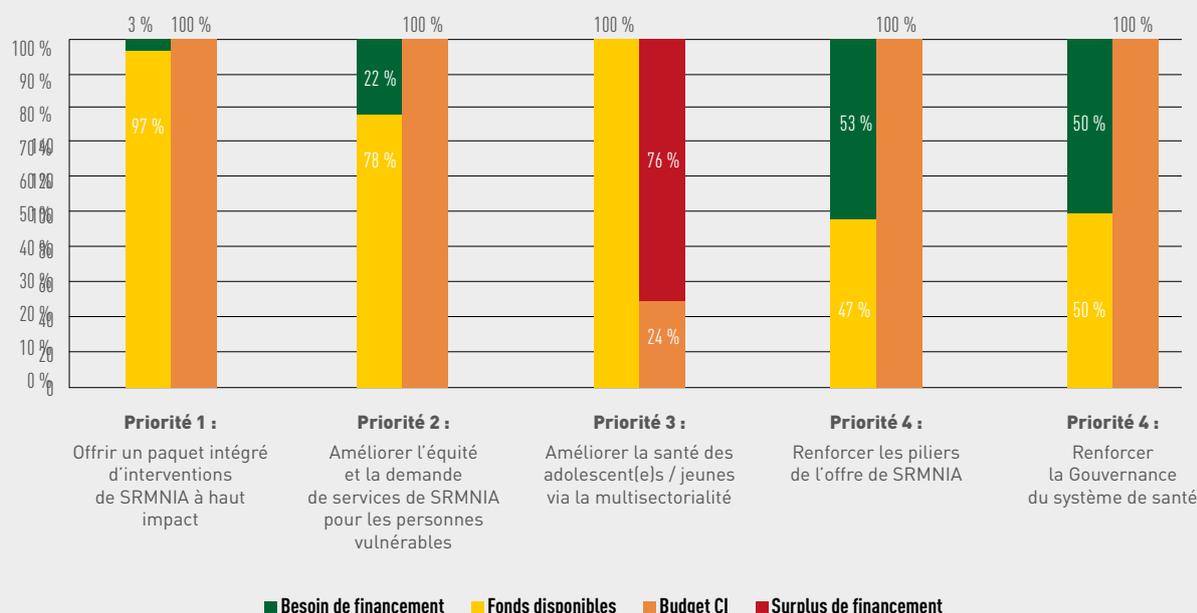
des sous-priorités 2.5 et 1.6 sur la santé infantile ainsi que tous les aspects de la SRMNIA. L'on remarque cependant un surplus d'environ 36 millions de dollars dans le paquet de soins destinés à la santé de l'adolescent, la nutrition et la santé maternelle. Ce surplus a pour effet de diminuer le besoin global en financement de la priorité 1.

L'on remarque également un surplus dans la chaîne d'approvisionnement, l'amélioration de l'offre de services de soins, la gouvernance et le leadership (30 millions de dollars), ce qui, de manière générale, réduit le déficit du scénario 1. Ce surplus / déficit démontre qu'il existe un besoin réel de coordination entre les partenaires techniques et les différents programmes de santé.

Tableau 13 : Cartographie des bailleurs par priorité et sous-priorité (en FCFA)

SOUS-PRIORITÉ (EN FCFA)	SCÉNARIO 1	SCÉNARIO 2	SCÉNARIO 3
PRIORITÉ 1 : OFFRIR UN PAQUET INTÉGRÉ D'INTERVENTIONS DE SRMNIA À HAUT IMPACT	35 629 662 607	36 645 299 824	-1 015 637 217
Sous-priorité 1.1 : Nutrition	11 064 333 360	386 211 479	10 678 121 881
Sous-priorité 1.2 : Santé maternelle	5 433 455 485	444 312 191	4 989 143 294
Sous-priorité 1.4 : Santé néonatale	136 779 741	2508 103 947	- 2371 324 206
Sous-priorité 1.5 : Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes	4 446 673 868	169 488 217	4 277 185 651
Sous-priorité 1.6 : A trait à tous les domaines de la SRMNIA	14 548 420 154	33 137 183 990	-18 588 763 836
PRIORITÉ 2 : AMÉLIORER L'ÉQUITÉ ET LA DEMANDE DE SERVICES DE SRMNIA POUR LES PERSONNES VULNÉRABLES	36 085 166 564	46 008 352 020	-9 923 185 456
Sous-priorité 2.1 : Lutte contre les inégalités de genre et les pratiques néfastes	639 616 074	411 960 000	227 656 074
Sous-priorité 2.2 : Stratégies de communication pour le changement social et comportemental	2 059 198 449	2923 225 000	-864 026 551
Sous-priorité 2.3 : Renforcement des capacités en communication	13 687 527	283 326 000	- 269 638 473
Sous-priorité 2.4 : Renforcer les stratégies communautaires	587 502 856	125 095 000	462 407 856
Sous-priorité 2.5 : Assurer la protection financière des plus vulnérables	32 785 161 657	42 264 746 020	-9 479 584 363
PRIORITÉ 3 : AMÉLIORER LA SANTÉ DES ADOLESCENT(E)S / JEUNES VIA LA MULTISECTORIALITÉ	2 161 195 927	528 587 916	1 632 608 011
Sous-priorité 3.1 : Renforcement de la communication pour le changement social et comportemental en faveur de la santé des adolescent(e)s / jeunes	991 965 285	201 792 435	790 172 850
Sous-priorité 3.2 : Renforcement des compétences de vie des adolescentes en situation de vulnérabilité	0,00	009 859 234	-9 859 234
Sous-priorité 3.3 : Renforcer l'offre de services adaptés aux besoins des adolescent(e)s / jeunes	1 135 427 804	126 141 439	1 009 286 365
Sous-priorité 3.4 : Amélioration de l'environnement législatif et réglementaire de la SRAJ et prise en compte de la dimension genre et respect des droits humains des adolescentes	33 802 837	190 794 807	- 156 991 970
PRIORITÉ 4 : RENFORCER LES PILIERS DE L'OFFRE DE SRMNIA	38 992 078 854	82 169 429 901	-43 177 351 047
Sous-priorité 4.1 : Assurer la disponibilité de ressources humaines de qualité	3 396 130 314	419 373 000	2 976 757 314
Sous-priorité 4.2 : Améliorer la disponibilité d'infrastructures et d'équipements sanitaires pour la SRMNIA	21 765 704 664	81 191 689 401	-59 425 984 737
Sous-priorité 4.3 : Améliorer les systèmes de distribution et d'utilisation de produits et médicaments de qualité	5 867 378 718	0,00	5 867 378 718
Sous-priorité 4.4 : Améliorer la qualité de l'offre de services de SRMNIA	7 962 865 157	558 367 500	7 404 497 657
PRIORITÉ 5 : RENFORCER LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE L'ÉTAT CIVIL	5 521 865 722	11 012 136 077	-5 490 270 355
Sous-priorité 5.1 : Assurer un financement novateur et pérenne des programmes de SRMNIA	147 222 199	156 250 000	-9 027 801
Sous-priorité 5.2 : Renforcer la gouvernance et le leadership du système de santé	3 943 121 702	397 140 500	3 545 981 202
Sous-priorité 5.3 : Améliorer l'enregistrement des faits d'état et la production de statistiques vitales	1 431 521 821	10 458 745 577	-9 027 223 756
TOTAL	118 389 969 673	176 363 805 738	-57 973 836 065

Figure 24 : Besoin / Surplus de financement

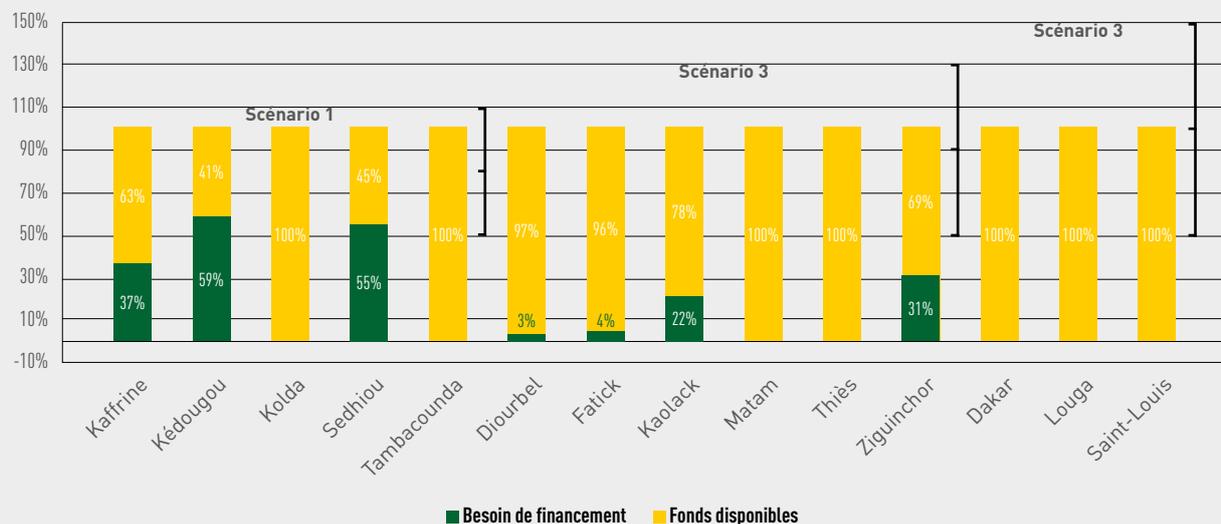


Toutefois, il faut interpréter le besoin ou surplus de financement avec prudence, étant donné qu'il n'est pas toujours facile de fragmenter certains coûts lorsque l'on passe de la budgétisation à la cartographie. Par exemple, bien que les budgets alloués aux activités de santé maternelle et néonatale aient été combinés dans certains cas, ils ont, cependant, été cartographiés uniquement sur la sous-priorité de santé maternelle, ce qui a pu accroître le surplus pour l'une ou l'autre de ces sous-priorités.

L'analyse de la cartographie a également révélé que 5 régions, dont 3 régions du scénario 1

(Kaffrine, Kedougou et Sedhiou), présentaient des déficits de financement variant entre 22 % et 59 %. Ces 3 régions figurent parmi celles affichant les taux de mortalité maternelle, infantile et juvénile, les plus élevés, ainsi que des indicateurs de couverture très bas. À l'inverse, la région de Dakar reçoit environ le triple de la moyenne des fonds reçus par les autres régions. 72 % de ces fonds proviennent du gouvernement. Il convient toutefois de noter que 40 % de ces fonds correspondent à des coûts liés aux infrastructures, ce qui suggère que le surplus de fonds dans certaines régions est potentiellement lié aux dépenses d'infrastructures.

Figure 25 : Déficit de financement par région



Limitation de la cartographie financière

1. Il n'a pas toujours été possible, pour les partenaires, de produire la totalité des ressources disponibles pour 5 ans, à cause, notamment, d'un manque de visibilité au-delà de l'année fiscale en cours. La méthodologie utilisée pour estimer les ressources disponibles pour la période postérieure à l'année 2018 a ainsi probablement sous-estimé les contributions des partenaires.
2. Les contributions de Merck et de la Fondation Gates n'ont pas été saisies, faute du temps nécessaire pour effectuer un suivi avec ces deux fondations.
3. Le gouvernement n'ayant pas pu soumettre de budget salarial, les coûts estimés sont probablement surévalués. Cela constitue un problème réel car il est difficile, dans de telles situations, d'effectuer des analyses plus détaillées sur les besoins exacts en ressources humaines au niveau du secteur primaire où est fourni

le paquet de SRMNIA.

4. L'utilisation du poids démographique comme méthode de répartition des fonds engagés sur les 14 régions génère des informations qui ne sont pas toujours précises. Il est par conséquent important de réaliser ce travail au niveau régional, afin de saisir les informations de façon plus exacte.
5. Dans de nombreux cas, les priorités du DI n'étaient pas alignées sur les lignes budgétaires du ministère de la Santé ou sur celles des partenaires. Cela a ralenti l'exercice de la cartographie et n'a pas permis d'obtenir une vue optimale des ressources engagées. À moyen terme, il est nécessaire de créer un cadre budgétaire adéquat entre les priorités du DI, le budget du ministère de la Santé, et les partenaires. À long terme, il serait nécessaire d'institutionnaliser ce processus, afin de parvenir à une coordination plus efficace des ressources.

Tableau 14 : Cartographie financière pour l'état civil

INTERVENANTS	ZONES D'INTERVENTION	PÉRIODES	ACTIVITÉS	Budget 2018 (euros)	Budget 2019 (euros)	Budget 2020 (euros)	Budget 2021 (euros)	Budget 2022 (euros)
État	Ensemble du pays	Annuelle	Fonctionnement	221 051	152 449	152 449		
État / Prêt Banque nationale autrichienne	Ensemble du pays	2018-2020	Mise en place du registre national de l'état civil sur 200 centres		5 112 000	7 668 000		
Coopération espagnole	Kolda, Ziguinchor, Saint-Louis	2018-2022	Régularisation des élèves non-inscrits à l'état civil Informatisation	365 555	365 000	365 000	365 000	
UNICEF		2018-2023	Renforcement des capacités des services d'état civil Renforcement des capacités des structures de santé Interopérabilité état civil - santé	568 781	2 979 072			
Union européenne (fonds fiduciaires d'urgence)	Ensemble du pays	2018	Formulation du projet de « Renforcement du système d'information de l'état civil et création d'un fichier national d'identité biométrique » Approfondissement et mise à jour de la cartographie du système de l'état civil 3 études préalables à l'informatisation de l'état civil : mise à jour du schéma directeur informatique, étude de faisabilité pour la création du fichier central et national biométrique, étude sur la protection des données personnelles Mise en œuvre du projet de « renforcement du système d'information de l'état civil et création d'un fichier national d'identité biométrique » Amélioration des processus de l'état civil	650 000				
Union européenne (fonds fiduciaires d'urgence)	Ensemble du pays + réseau consulaire sénégalais	2018-2023	Mise en œuvre du projet de « renforcement du système d'information de l'état civil et création d'un fichier national d'identité biométrique »		2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000
Centre d'excellence	Ensemble du pays	2018-2020	Amélioration des processus de l'état civil Étude socio-anthropologique	327 320				
TOTAL				14 912 707	6 217 572	3 017 449	2 865 000	2 500 000

Ce tableau fait apparaître des financements potentiels en faveur de l'état civil par l'Union européenne, à travers les fonds fiduciaires d'urgence et le prêt autrichien pour l'État du Sénégal. Ces financements sont en cours d'étude entre l'État du Sénégal et ces partenaires financiers. Ils doivent couvrir l'ensemble du territoire national.

ANNEXES



MÉTHODOLOGIE DE PRIORISATION

La priorisation s'appuie sur deux échelles d'analyse complémentaires. La première échelle de priorisation porte sur les domaines prioritaires, et la deuxième, qui a permis de classer les régions, porte sur les interventions prioritaires émanant des causes de décès par cibles et par régions.

Les priorités retenues dans le présent dossier d'investissement 2018-2022, sont dictées par les résultats de l'analyse situationnelle, notamment l'analyse des goulots d'étranglement, qui appelle des stratégies correctrices efficaces.

Dans le processus d'élaboration du plan stratégique de SRMNIA, des régions prioritaires ont été définies sur la base d'indicateurs d'impact liés aux cibles.

Méthodologie du choix des régions et des domaines prioritaires

Pour déterminer les régions prioritaires en vue d'une progressivité dans la mise en œuvre des interventions à haut impact qui seront retenues, 5 domaines ont été proposés : santé maternelle, santé néonatale, santé infanto-juvénile, santé des adolescent(e)s et des jeunes, et niveau de pauvreté de la population, et pour caractériser ces domaines, 7 indicateurs ont été retenus :

- ▶ Pour la santé maternelle, 3 indicateurs sont proposés :
 1. Le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié en l'absence de données désagrégées par région du ratio de mortalité maternelle. Cet indicateur permet d'appréhender le risque de la mortalité maternelle, si l'on se base sur les effets de l'accouchement assisté en matière de réduction de la mortalité maternelle ;

2. Le taux d'achèvement en CPN ;
3. Le taux de prévalence contraceptive.

- ▶ La mortalité néonatale permet de juger de la qualité de la dispensation du paquet de soins aux nouveau-nés ;
- ▶ La mortalité infanto-juvénile donne une idée de la qualité du suivi des enfants sains et des soins dispensés dans les formations sanitaires ;

Pour les indicateurs de mortalité néonatale et infanto-juvénile, le poids démographique a été choisi comme coefficient de pondération afin d'améliorer les critères de sélection.

- ▶ La santé des adolescent(e)s / jeunes : la proportion des adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà commencé leur vie procréatrice indique la proportion des adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu au moins un enfant, ainsi que celle des adolescentes qui sont enceintes pour la première fois.
- ▶ L'indice de pauvreté : le choix de cet indicateur s'explique par les actions futures à mettre en œuvre auprès des groupes vulnérables afin d'améliorer leurs revenus et de réduire l'inéquité. Ces actions viendront consolider la participation effective des autres secteurs luttant contre la pauvreté dans l'accès à la santé.

La valeur de chaque indicateur au niveau régional, est comparée à la moyenne nationale, pour deux raisons : d'une part, cette comparaison permet de mesurer l'indicateur de région par rapport au résultat du niveau national, et d'autre part, la moyenne constitue, statistiquement, la valeur la plus proche de la réalité.

Le tableau suivant fournit la classification qui a été faite par rapport à la moyenne nationale :

Tableau 15 : Classification par rapport à la moyenne nationale

RÉGIONS	MOYENNE NATIONALE	VALEUR
Indice de pauvreté	Supérieur	1
Mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	Supérieur	1
Mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)	Supérieur	1
Accouchement assisté par du personnel qualifié	Inférieur	1
Achèvement en CPN	Inférieur	1
Taux de prévalence contraceptive	Inférieur	1
% d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie procréatrice	Supérieur	1

Le score est établi entre 0 et 7 en fonction du nombre d'indicateurs n'atteignant pas la moyenne nationale. Du fait qu'aucune région n'obtient un score de 7, une deuxième classification est proposée sur la base d'un score de 6. Les régions sont alors classées comme suit :

- ▶ Si les régions obtiennent un score supérieur ou égal à 5, elles sont dites prioritaires ;
- ▶ Si le score des régions est compris entre 3 et 4, quels que soient les indicateurs, elles sont

classées dans le deuxième pôle de régions, avec des domaines prioritaires selon les cas ;

- ▶ Si leur score est inférieur ou égal à 2, pas de domaine prioritaire ou un seul domaine prioritaire, les régions sont classées dans le troisième pôle.

Tableau 16 : Classifications 1, 2 et 3

CLASSIFICATION 1	CLASSIFICATION 2	CLASSIFICATION 3
Kaffrine, Kédougou, Kolda, Sédhiou et Tambacounda	Diourbel, Fatick, Kaolack, Matam, Thiès et Ziguinchor	Dakar, Louga et Saint-Louis

La deuxième échelle de priorisation se base sur les causes de décès, qui permettent de définir les interventions prioritaires sur lesquelles mettre l'accent dans chaque région. Ce sont les estimations faites dans les publications scientifiques pour chaque pays et par cible, qui permettent d'établir les différentes causes de décès. La plateforme EQUIST fournit ainsi les différentes causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans ainsi que les causes des décès néonataux, tandis que les causes des décès maternels sont obtenues dans la dernière évaluation des SONU. Cependant, pour ces

dernières, l'absence de données désagrégées pour les régions ne permet pas de fournir une priorisation des interventions prioritaires par région. Il est cependant possible de poser l'hypothèse selon laquelle les causes des décès sont identiques pour toutes les régions, et de mettre l'accent sur les interventions à haut impact pour la santé maternelle dans les régions disposant de domaines prioritaires sur la santé maternelle. Il est à noter également que toutes les interventions qui seront proposées dans cette priorisation feront partie du paquet minimum.

Tableau 17 : Résultats de la définition des régions prioritaires

Régions	Indice de pauvreté	Mortalité infanto-juvénile corrigée ²⁷	Mortalité néonatale corrigée ²⁸	Accouchements assistés par du personnel qualifié	Achèvement en consultation prénatale	Taux de prévalence contraceptive	% d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie procréatrice	Score
Dakar	26,1	8,6	4,5	64,5	51,2	33	11,9	2
Thiès	41,3	7,4	4,2	58,3	51,2	25	13	3
Saint-Louis	39,7	2,6	1,4	74,4	54,5	21	17,4	0
Diourbel	47,8	9,3	4,5	66,1	50,3	7	13,3	3
Kaolack	61,7	3,6	1,6	78,6	44,2	15	20,2	3
Louga	26,8	3,4	2,0	42,2	48,6	12	19,6	2
Matam	45,2	2,4	1,4	46,7	56,8	7	26,6	3
Sédhiou	68,3	2,9	0,9	37	35	11,5	24,8	5
Kaffrine	63,8	4,6	1,6	81,2	44,2	11	29,2	5
Ziguinchor	66,8	1,7	0,7	47,6	48	24	10,7	3
Kolda	76,6	5,5	1,9	50	42,5	12	43,4	6
Tambacounda	62,5	5,0	1,7	46,9	27,3	9	39,5	6
Kédougou	71,3	1,2	0,4	54,7	28,1	8	37,2	5
Fatick	67,8	3,1	1,4	50,1	53,1	15	17	3
Moyenne nationale	54,69	4,4	2,00²⁹	59,1	48,1	20,3	22,3	

27. Le taux de mortalité infanto-juvénile a été pondéré avec le poids démographique de la région.

28. Le taux de mortalité néonatale a été pondéré avec le poids démographique de la région.

29. Cette valeur de la « moyenne nationale » pour la mortalité néonatale corrigée, et la « moyenne nationale » indiquée pour la mortalité infanto-juvénile corrigée, correspondent à la moyenne des taux de mortalité dont il est question, pondérée avec le poids démographique.

NOTE MÉTHODOLOGIQUE POUR L'ÉTUDE DES COÛTS

L'étude des coûts du plan d'investissement a été élaborée à l'aide de deux méthodes différentes

mais complémentaires. Tout d'abord, dans le cadre de la définition du paquet minimum, les interventions prioritaires retenues pour la SRMNIA ont été versées dans l'outil OneHealth.

Encadré 10 : Les coins état civil - santé

L'élaboration de ce document a été facilitée par l'utilisation de la version 4.61 de l'outil OneHealth (OHT), un logiciel dont le développement est supervisé par le Groupe de travail inter-institutions des Nations Unies, et qui a été conçu par le Futures Institute³⁰. L'outil OHT a été développé à la demande des pays, qui souhaitent disposer d'un outil unifié commun de planification intégrée et de budgétisation, comprenant une solide composante de système de santé.

L'outil OHT est développé au sein de la série de modèles Spectrum, qui vise à fournir des outils d'analyse aux décideurs pour soutenir leur prise de décision. L'outil incorpore une variété de modèles d'estimation d'impact, y compris LiST (Lives Saved Tool), l'outil d'estimation des vies sauvées, et le modèle FamPlan, qui permet de projeter les coûts et les impacts, sur la santé de la reproduction, des interventions sanitaires et des activités spécifiques dans un pays donné.

L'impact sur la santé est estimé grâce à des modèles qui sont directement liés aux objectifs de couverture des interventions définies dans ces modèles. Quatre modèles d'estimation d'impact, qui s'appuient sur les modèles de groupes de référence épidémiologique des Nations Unies, ont ainsi été utilisés pour notre analyse.

Dans le cadre de cette application, il a été retenu de prendre en compte les salaires de base des ressources humaines du système intervenant directement en SRMNIA, à savoir les médecins, les médecins pédiatres, les gynécologues, les sages-femmes, les infirmiers et les agents de santé communautaire. L'étude des coûts est réalisée par région administrative, à l'aide des données issues de l'analyse faite par les régions médicales pour l'élaboration du plan stratégique de SRMNIA. Chaque région a ainsi dressé une analyse de situation du système de santé en termes d'infrastructures et de

ressources humaines. Les besoins en ressources sont exprimés sur la base des normes retenues par les formations sanitaires.

Pour ce qui est des infrastructures, elles sont regroupées en trois types de formations sanitaires (les cases de santé, les postes de santé, et les centres de santé et les hôpitaux). Il n'a pas été fait de distinction concernant les hôpitaux, mais la moyenne en termes de ressources humaines selon les normes a été retenue. Cette estimation permet d'apprécier le déficit en ressources humaines pour chaque région ainsi

30. <http://www.futuresinstitute.org/>

que le montant global des salaires devant être pris en compte dans le GFF par l'État sénégalais. Quant au renforcement de l'accessibilité géographique, à savoir les constructions et les réhabilitations, ces aspects ont déjà été pris en compte dans le plan d'investissement sectoriel, qui est également un document sur lequel ce dossier d'investissement doit s'articuler / s'aligner, comme la stratégie de financement de la santé.

Ensuite, les projections faites par les régions pour chaque intervention prioritaire selon l'approche OHT, ont permis de calculer le budget global par médicament pour chaque cible.

Le montant global annuel avec l'application OHT détermine le coût total du paquet minimum. La différence pour cette méthode est la prise en compte des domaines prioritaires par région. Les couvertures des interventions sont fixées selon le domaine prioritaire de la région. Autrement dit, si une région a pour domaine prioritaire la santé infanto-juvénile, les interventions à haut impact pour cette cible sont fixées afin d'apprécier le changement du niveau d'impact. Mais cette analyse pourrait être approfondie si l'on prenait en compte tous les éléments du système de santé et si toutes les données de couverture des interventions étaient disponibles. La projection des données de couverture en 2018 donne une estimation de l'impact en termes de réduction de la mortalité infanto-juvénile, néonatale et maternelle. Bien que les données désagrégées de la mortalité maternelle ne soient pas disponibles, ces résultats donnent le nombre de vies de mères sauvées avec comme base le ratio au niveau national.

À partir du plan opérationnel décrit par les régions, ont été réalisés un travail de synthèse, pour éviter les répétitions des activités, ainsi qu'une analyse approfondie des activités proposées. L'objectif visé est d'apprécier la

faisabilité et la cohérence des activités dans le cadre du dossier d'investissement. Les activités sont en relation avec les piliers du système de santé en termes de ressources humaines, d'infrastructures et de logistique. Ces activités ont été budgétisées selon la méthode standard sur la période 2018-2022, avec comme base de calcul l'année 2016. Toutes choses étant égales par ailleurs, certains paramètres, comme le taux d'inflation, sont constants, mais peuvent être pris en considération si nécessaire. Le poids démographique est également pris en considération dans la budgétisation. Le budget a été élaboré par région, mais les activités sont identiques pour toutes les régions. De ce fait, le budget global par région est égal au budget obtenu pour les activités, auquel il faut ajouter les coûts des médicaments et des salaires des ressources humaines.

En fin de compte, les régions étant classées par domaine et intervention prioritaires, le scénario qui se dégage de chaque classification est composé du budget, de l'évolution des taux de mortalité et de l'impact estimé. L'impact est mesuré ici en termes de vies sauvées. Pour chaque scénario, les vies sauvées sont la somme des vies sauvées par région et le budget global est la somme des budgets de chaque région.

Hypothèses retenues pour l'étude des coûts :

► **Hypothèse 1** : Les couvertures des interventions de base et ciblées produites par EQUIST ont été retenues et transférées dans l'outil OneHealth. Certaines interventions non retenues dans EQUIST ont été retenues dans l'outil afin de compléter l'analyse et leur prise en compte dans la budgétisation. Ces différentes interventions réparties par paquet de services constituent ensemble le paquet minimum. Pour l'estimation du coût du paquet minimum, ont été retenues les catégories de ressources humaines, leur disponibilité et leur déficit sur la base des normes

requis par type de formation sanitaire.

Nous avons ensuite estimé les besoins en médicaments sur la base de la population cible en termes de couverture. Le coût global du paquet minimum est constitué des salaires et des prix des médicaments. N'ont pas été prises en compte les infrastructures en termes de construction et de réhabilitation, entre autres, car le plan d'investissement doit s'aligner sur les autres documents, notamment le plan d'investissement sectoriel (PIS) et la stratégie de financement de la santé (SFS).

- **Hypothèse 2** : Les interventions à haut impact retenues dans le paquet sont identiques pour

chaque région, avec des niveaux de couverture de base différents pour chaque région.

- **Hypothèse 3** : Seuls les taux de mortalité infanto-juvénile et néonatale sont disponibles sous forme désagrégée par région et actualisés, il a cependant été considéré que le taux de mortalité maternelle était identique dans toutes les régions par manque d'information désagrégée pour cet indicateur.
- **Hypothèse 4** : Les activités d'appui sont identiques pour chaque région.
- **Hypothèse 5** : Certains coûts unitaires proviennent du plan stratégique de SRMNIA.

DÉFICIT DE FINANCEMENT PAR SCÉNARIO

Figure 26 : Déficit de financement pour le scénario 1

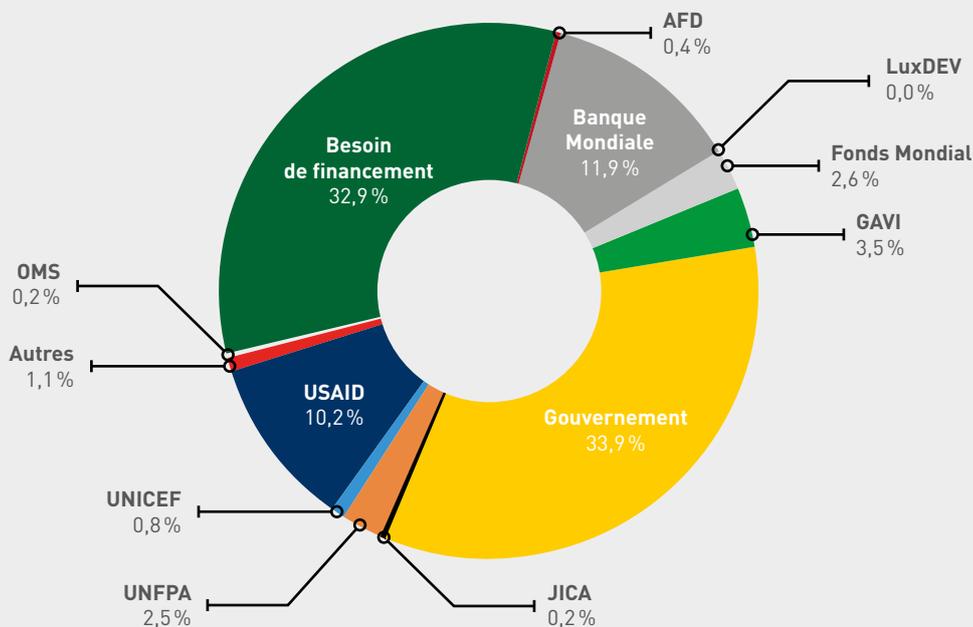


Figure 27 : Déficit de financement pour le scénario 2

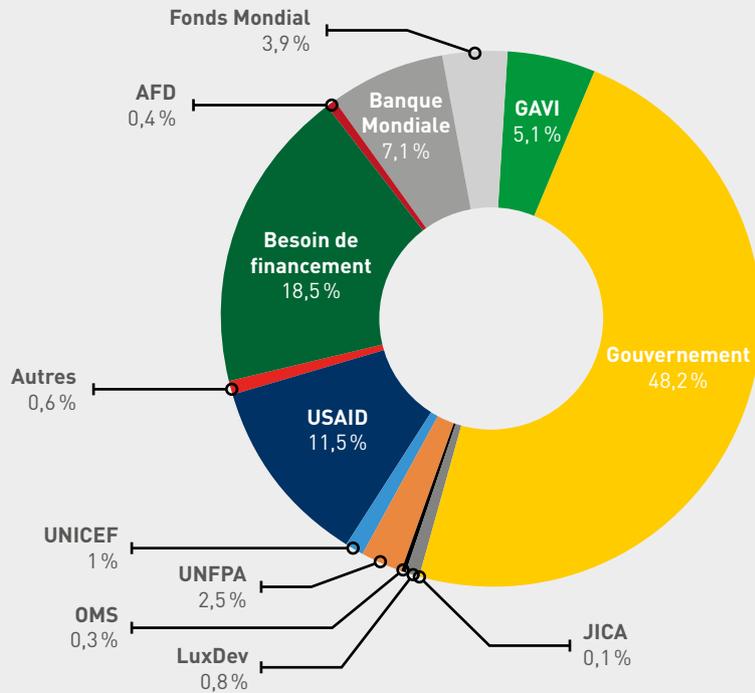
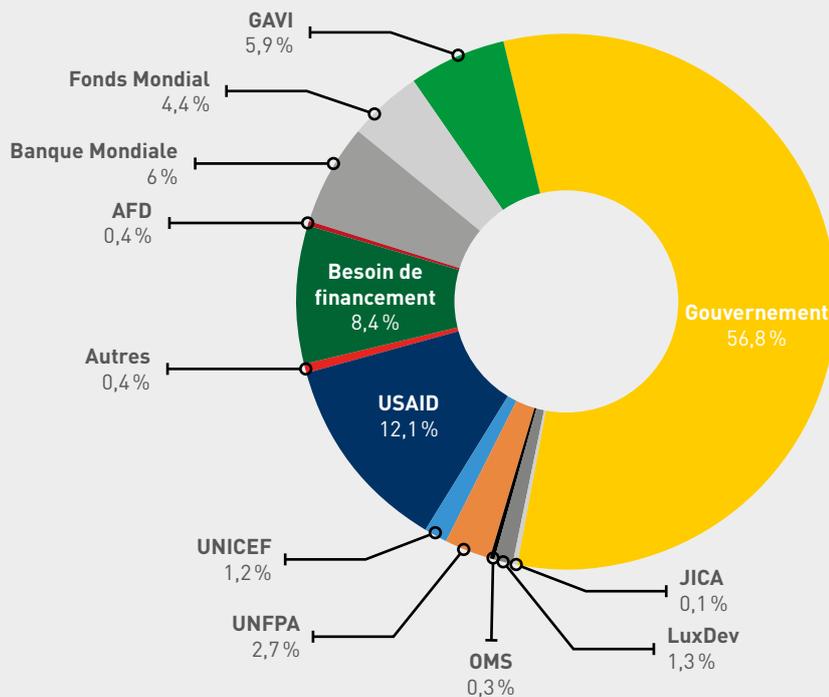


Figure 28 : Déficit de financement pour le scénario 3



CADRE DE PERFORMANCE

Chaîne de résultats	Domaine	PRIORITÉ DU DI	INDICATEUR	Valeur base 2016	Source	2018	2019	2020	2021	2022	Périodicité de collecte	Source	Responsabilité / programme
Impact	État de santé	Priorité 1	Taux de mortalité maternelle	392 / 100 000	EDS 2010	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.	285	Tous les 5 ans	EDS	DSME
Résultat	Couverture	Priorité 1	Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN correctes	54 %	EDSC 2016	60 %	66 %	72 %	78 %	84 %	Annuelle	DHIS2	DSME
Résultat	Facteur de risque	Priorité 1	Pourcentage d'enfants de 0 à 23 mois qui sont nés au moins 24 mois après la naissance précédente	15 %	EDSC 2016	10 %	8 %	6 %	4 %	2 %	Annuelle	EDSC	ANSD
Résultat	Qualité des services	Priorité 1	Proportion de PPS du secteur privé sanitaire utilisant les PNP en santé de la mère et de l'enfant	N. D.	N. D.	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	Annuelle	Enquête	DSME
Résultat	Qualité des services	Priorité 1	Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié	60 %	DHIS2	72 %	76 %	80 %	84 %	88 %	Annuelle	DHIS2	DSME
Résultat	Qualité des services	Priorité 1	Score qualité des services de planification familiale sur la base des directives de l'OMS		SPA						Annuelle	SPA	ANSD
Résultat	Qualité des services	Priorité 1	Score qualité des soins prénatals sur la base des directives de l'OMS		SPA						Annuelle	SPA	ANSD

Résultat	Qualité des services	Priorité 1	Taux de prévalence contraceptive (pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans en union utilisant actuellement une méthode contraceptive moderne)	25 %	EDSC 2016	36,20 %	40,60 %	45 %	55 %	60 %	Annuelle	EDSC	DSME
Résultat	Qualité des services	Priorité 1	Pourcentage d'avortements pris en charge par AMIU	34 %	DHIS2	51 %	61 %	71 %	81 %	91 %	Annuelle	DHIS2	DSME
Résultat	Qualité des services	Priorité 1	Pourcentage de femmes enceintes sous ARV	67 %	Rapport DLSI	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %	Annuelle	Rapport DLSI	DLSI
Résultat	Qualité des services	Priorité 1	Taux de couverture en CPON	26 %	DHIS2	36 %	46 %	56 %	66 %	75 %	Annuelle	DHIS2	DSME
Impact	État de santé	Priorité 1	Taux de mortalité néonatale	23 ‰	EDS 2010	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.	13 ‰	Cinq ans	EDS	ANSD
Résultat	Facteur de risque	Priorité 1	Nombre d'enfants nés de mères séropositives mis sous ARV à titre prophylactique	33 %	Rapport DLSI	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %	Annuelle	Rapport DLSI	DLSI
Extrant	Facteur de risque	Priorité 1	Pourcentage de nouveau-nés ayant bénéficié du paquet de soins immédiats à la naissance	81 %	DHIS2	85 %	89 %	93 %	97 %	100 %	Annuelle	DHIS2	DSME

Cadre de performance (suite)

Chaîne de résultats	Domaine	PRIORITÉ DU DI	INDICATEUR	Valeur base 2016	Source	2018	2019	2020	2021	2022	Périodicité de collecte	Source	Responsabilité / programme
Résultat	Qualité des services	Priorité 1	Proportion de mort-nés frais	49 %	DHIS2	39 %	29 %	19 %	9 %	4 %	Annuelle	DHIS2	DSME
Extrant	Facteur de risque	Priorité 1	Proportion d'enfants allaités au sein dès la première heure de naissance	29 %	EDSC 2016	39 %	49 %	59 %	69 %	79 %	Annuelle	EDSC	ANSD
Impact	État de santé	Priorité 1	Taux de mortalité infanto-juvénile	59 ‰	EDS 2010	50 %	45 %	42 %	40 %	38 ‰	Annuelle	EDSC	ANSD
Résultat	Couverture	Priorité 1	Taux de couverture des enfants de 0-11 mois complètement vaccinés	74 %	DHIS2	84 %	86 %	90 %	94 %	98 %	Annuelle	DHIS2	
Résultat	Couverture	Priorité 1	Taux de couverture des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés	70 %	EDSC 2016	78 %	82 %	86 %	90 %	94 %	Annuelle	DHIS2	
Extrant	Qualité des services	Priorité 1	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une fièvre ayant un TDR positif et traités par ACT	N. D.	N. D.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Annuelle	DHIS2	
Extrant	Qualité des services	Priorité 1	Pourcentage d'enfants âgés de 0-5 ans présentant une diarrhée et traités par SRO / ZINC	80 %	DHIS2	85 %	90 %	95 %	100 %	100 %	Annuelle	DHIS2	

Extrant	Qualité des services	Priorité 1	Pourcentage d'enfants âgés de 0-5ans présentant une pneumonie et traités avec un antibiotique approprié	95 %	DHIS2	97 %	98 %	99 %	100 %	100 %	Annuelle	DHIS2	DSME
Extrant	Facteur de risque	Priorité 1	Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance T(A)	17 %	EDSC 2016	15 %	13 %	11 %	9 %	7 %	Annuelle	EDSC	ANSD
Résultat	Facteur de risque	Priorité 1	Prévalence de l'anémie chez les enfants 0-5 ans	66 %	EDSC 2016	62 %	58 %	54 %	50 %	46 %	Annuelle	EDSC	ANSD
Extrant	Facteur de risque	Priorité 1	Proportion des enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein	6 %	EDSC 2016	26 %	46 %	66 %	86 %	100 %	Annuelle	DHIS2	DSME
Résultat	Qualité des services	Priorité 1	Score qualité des soins pour enfants malades sur la base des directives PCIME		SPA 2016						Annuelle	SPA	ANSD
Extrant	Couverture	Priorité 2	% de femmes de 15-49 ans inscrites à une mutuelle de santé		Rapport de l'ACMU						Annuelle	Rapport de l'ACMU	ACMU
Extrant	Couverture	Priorité 2	Proportion des patients ayant des difficultés par rapport au coût des soins de santé		SPA 2016						Annuelle	SPA	ANSD

Cadre de performance (suite)

Chaîne de résultats	Domaine	PRIORITÉ DU DI	INDICATEUR	Valeur base 2016	Source	2018	2019	2020	2021	2022	Périodicité de collecte	Source	Responsabilité / programme
Extrant	Couverture	Priorité 2	Nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans pris en charge dans le cadre de la gratuité des soins		Rapport de IACMU						Annuelle	Rapport de IACMU	ACMU
Impact	État de santé	Priorité 3	Taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans	72 ‰	EDSC 2016	68 ‰	66 ‰	64 ‰	63 ‰	62 ‰	Annuelle	EDSC	ANSD
Résultat	Utilisation	Priorité 3	Taux d'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents (de sexe féminin ou masculin) âgés de 15-19 ans	10 %	Revue 2016	14 %	16 %	19 %	22 %	25 %	Annuelle	DHIS2	DSME
Résultat	Utilisation	Priorité 3	Taux d'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les jeunes adultes (de sexe féminin ou masculin) âgés de 20-24 ans	10 ‰	Revue 2016	16 %	19 %	23 %	27 %	30 %	Annuelle	DHIS2	DSME
Impact	Qualité des services	Priorité 4	Taux de recrutement de personnel qualifié	73 %	IHRIS-2016						Annuelle	IHRIS	DRH
Extrant	Utilisation	Priorité 4	Proportion de la population habitant dans un rayon de moins de 5 km d'un poste de santé		SPA 2016								ANSD

Extrant	Couverture	Priorité 4	Pourcentage de la population qui se trouve à moins de 2 heures d'un bloc SONUC fonctionnel en empruntant le moyen de locomotion le plus usuel utilisé																SPA	ANSD
Extrant	Qualité des services	Priorité 4	% de PPS ayant connu des ruptures de stock pour la gamme de produits traceurs en SRMNIA au cours de la période faisant l'objet du rapportage	2 %	Rapport de la DSME 2016	1,96 %	1,81 %	1,66 %	1,51 %	1,36 %	Annuelle	Rapport de la DSME							Rapport de la DSME	DSME
Extrant	Utilisation	Priorité 5	Taux d'exécution budgétaire du ministère de la Santé	96 %	Rapport de la DAGE 2016	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Annuelle	Rapport de la DAGE								DAGE
Extrant	Utilisation	Priorité 5	Pourcentage de la contribution des bailleurs par rapport au budget de SRMNIA total		Rapport financier de la DSME 2016						Annuelle	Rapport de la DSME							Rapport de la DSME	DSME
Extrant	Utilisation	Priorité 5	Montant des ressources engagées dans le fonds fiduciaire du GFF																	

Cadre de performance (suite)

Chaîne de résultats	Domaine	PRIORITÉ DU DI	INDICATEUR	Valeur base 2016	Source	2018	2019	2020	2021	2022	Périodicité de collecte	Source	Responsabilité / programme
Résultat	Couverture	Priorité 5	Pourcentage de structures privées concernées par la stratégie	S. O.	S. O.	25 %	50 %	75 %	100 %	100 %	Annuelle	Rapport de la DSME	DSME
Extrant	Utilisation	Priorité 5	Taux d'exécution financière du PTA de la DSME	100 %	Rapport financier de la DSME 2016	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Annuelle	Rapport de la DSME	DSME
Résultat		Priorité 5	Nombre de réunions de plateforme et de coordination des bailleurs tenues	S. O.	S. O.	2	2	2	2	2	Annuelle	Rapport de la DSME	DSME
Processus		Priorité 5	Nombre de réunions de suivi (périodicité à définir selon le niveau avec les collectivités locales	S. O.	S. O.	2	2	2	2	2	Annuelle	Rapport de la DSME	DSME
Processus		Priorité 5	Nombre de revues nationales tenues	1	Rapport de performance de la DSME	1	1	1	1	1	Annuelle	Rapport de la DSME	DSME
Impact	Qualité des services	Priorité 5	Taux de déclaration des faits d'états civils		EDS						Annuelle	EDS	ANSD

Cadre de performance (suite)

Chaîne de résultats	Domaine	PRIORITÉ DU DI	INDICATEUR	Valeur base 2016	Source	2018	2019	2020	2021	2022	Périodicité de collecte	Source	Responsabilité / programme
		Priorité 5	# de centres d'état civil qui ont des officiers d'état civil formés			Information à compléter					Annuelle à partir de 2019	Rapport de formation	
		Priorité 5	# de centres d'état civil qui ont des registres répondant aux normes internationales (contenu, archivage)			Information à compléter après l'évaluation complémentaire					Annuelle	Rapport de la santé	
		Priorité 5	# de centres de santé ayant formé les agents de santé sur l'ICD 10 / notification de décès							181	Rapport CNEC	Annuel	
		Priorité 5	# de centres d'état civil qui transmettent des données désagrégées par âge, sexe, etc., à l'ANSND								Rapport CNEC	Manuel	
		Priorité 5	# de centres d'état civil et de structures sanitaires utilisant RapidPro de manière systématique				2	2	12	12	Semestrielle, puis mensuelle à partir de 2021	Rapport ANSD	
		Priorité 5	# d'analyses produites et disséminées par l'ANSND				2	2	12	12	Semestrielle, puis mensuelle à partir de 2021	Rapport ANSD	

Extrant	Qualité des services	Priorité 5	Taux de complétude des données de l'EPS dans le DHIS2				50 %	75 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Annuelle	DHIS2	DSISS
Extrant	Qualité des services	Priorité 5	Taux de complétude des données du privé dans le DHIS2				50 %	75 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Annuelle	DHIS2	DSISS
Extrant	Qualité des services	Priorité 5	Taux d'exactitude des données dans le DHIS2				75 %	80 %	90 %	100 %	100 %	100 %	Annuelle	Rapport missions audit des données	DSME

PLAN D'ACTION PAR PRIORITÉ

PRIORITÉS	SOUS-PRIORITÉS	INTERVENTIONS	ACTIVITÉS	ANNÉES DE MISE EN ŒUVRE						
				NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE	2018	2019	2020	2021	2022	
P2. AMÉLIORER L'ÉQUITÉ ET LA DEMANDE DE SERVICES DE SRM/NIA POUR LES PERSONNES VULNÉRABLES	Sous-priorité 2.1 : Lutte contre les inégalités de genre et les pratiques néfastes	Renforcement des capacités des communautés pour une meilleure prise en compte du genre	Organiser 16 sessions d'orientation des FAR sur l'autonomisation (empowerment)	Régional		X				
		Appui à la gestion de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent dans les situations d'urgence humanitaire	Organiser 16 sessions d'orientation des acteurs de la santé sur le genre	Régional	X	X				
			Définir et rendre disponible le paquet d'interventions d'urgence pour chaque cible	Régional	X	X	X		X	
			Orienter les prestataires et la communauté sur la gestion de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent dans les situations d'urgence humanitaire	Régional	X	X	X	X	X	
			Mettre l' « École des maris » à l'échelle	Régional	X	X	X		X	
			Renforcer le programme « Bajenugox »	Régional	X	X	X	X	X	
			Mise en œuvre d'approches innovantes de communication	Organiser chaque année la semaine de la santé de la mère et de l'enfant	National	X	X	X	X	X
				Mener des sessions de dialogue communautaire	Régional	X	X	X	X	X
				Mettre en œuvre les cercles de solidarité	Régional	X	X	X	X	X

Plan d'action par priorité (suite)

PRIORITÉS	SOUS-PRIORITÉS	INTERVENTIONS	ACTIVITÉS	NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE	ANNÉES DE MISE EN ŒUVRE				
					2018	2019	2020	2021	2022
			Célébrer chaque année la semaine nationale de la santé de la mère et de l'enfant	Régional	X	X	X	X	X
			Organiser chaque année la semaine mondiale de l'allaitement maternel exclusif	Régional	X	X	X	X	X
		Promotion des interventions favorables à la santé de la mère et de l'enfant	Redynamiser les structures et communautés amies des bébés	Régional	X	X	X	X	X
			Assurer une communication interpersonnelle et de masse continue, spécifique à la mise au sein précoce et à l'AME	Régional	X	X	X	X	X
			Célébrer chaque année la journée mondiale de la pneumonie	Régional	X	X	X	X	X
			Organiser des ateliers de renforcement des capacités des acteurs (mouvements et associations de jeunes, organisations communautaires de base, concernant l'éducation, la famille, la femme et le genre) en communication	Régional	X	X	X	X	X
	Sous-priorité 2.3 : Renforcement des capacités en communication	Formation des acteurs	Organiser des sessions de formation des prestataires concernant le guide d'accueil pour renforcer la qualité des services de SRMNIA	Régional	X	X	X	X	X
			Organiser des sessions de formation et de suivi post-formation des acteurs communautaires sur la prise en charge des urgences obstétricales et pédiatriques	Régional	X	X	X	X	X

Plan d'action par priorité (suite)

PRIORITÉS	SOUS-PRIORITÉS	INTERVENTIONS	ACTIVITÉS	ANNÉES DE MISE EN ŒUVRE					
				2018	2019	2020	2021	2022	
P3. AMÉLIORER LA SANTÉ DES ADOLESCENT(E)S / JEUNES VIA LA MULTISECTORALITÉ	Sous-priorité 3.1 : Renforcement de la communication pour le changement social et comportemental en faveur de la santé des adolescent(e)s / jeunes	Renforcement de la communication digitale sur la SRAJ	Mettre à jour la page SRAJ du site web de la DSRSE (FAQ, rédaction web, actualités SRAJ, partage d'expérience, guest posting, streaming sur les réseaux sociaux)	X					
			Connecter la page web SRAJ aux réseaux sociaux	X					
		Renforcement du plaidoyer autour de la SRAJ	Créer une application d'information et de sensibilisation sur la SRAJ	X					
			Organiser un colloque avec les parlementaires en vue de les amener à adopter des mesures favorables à la promotion de la SRAJ		X				
	Campagne nationale de communication sur la SRAJ		Organiser 1 CRD sur les enjeux liés à la SRAJ		X	X			
			Sensibiliser les établissements scolaires, universitaires, les PPS et les communautés à la SRAJ		X	X	X	X	
			Mettre en œuvre la communication avec l'implication des leaders		X	X	X	X	
	Sous-priorité 3.2 : Renforcement des compétences de vie des adolescentes en situation de vulnérabilité			Organiser un atelier d'orientation sur le leadership transformationnel en SRAJ / VIH au profit des jeunes filles leaders et de la section féminine des guides du Sénégal	X				
				Organiser des sessions de formation des pairs adolescents, membres de clubs d'éducation à la vie familiale et d'associations de jeunes, sur le thème : « construire son avenir »		X			
				Organiser des sessions de formation des pairs adolescents membres de clubs d'éducation à la vie familiale et d'associations de jeunes sur l'éducation à la santé sexuelle		X			

Plan d'action par priorité (suite)

PRIORITÉS	SOUS-PRIORITÉS	INTERVENTIONS	ACTIVITÉS	NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE	ANNÉES DE MISE EN ŒUVRE					
					2018	2019	2020	2021	2022	
		Institutionnalisation du bilan prénuptial	Concevoir et diffuser les textes réglementaires relatifs au bilan prénuptial	National	X					
	Sous-priorité 3.4 : Amélioration de l'environnement législatif et réglementaire de la SRAJ et prise en compte de la dimension genre et respect des droits humains des adolescentes	Intégration du genre dans les programmes et projets de santé, de l'éducation et de la jeunesse	Organiser une journée d'orientation de 2 jours pour les directeurs nationaux, les chefs de projets et programmes et les membres des cellules genre des différents ministères sur le genre / la SRAJ / le VIH	National	X					
		Révision des textes et conventions pour la promotion de la SRAJ	Organiser un atelier d'identification et de concertation sur les textes réglementaires concernant la SRAJ	National	X					
		Gestion de l'hygiène menstruelle (GHM) dans les projets et programmes de santé, de l'éducation et de la jeunesse	Organiser un atelier de révision / adaptation des textes en faveur de la SRAJ	National	X					
			Assurer la disponibilité de 240 000 kits d'hygiène (60 000 par an) pour intégrer la gestion de l'hygiène menstruelle (GHM) dans l'offre de services de SRAJ dans les espaces ados fonctionnels et à l'école	Régional		X	X	X		X

<p>P4 : RENFORCER LES PILIERS DE L'OFFRE DE SRMNIA</p> <p>Sous-priorité 4.1 : Assurer la disponibilité de ressources humaines de qualité</p>	<p>Appui à la fidélisation des ressources humaines</p>	<p>Organiser une session de plaidoyer pour la domiciliation des postes budgétaires de la fonction publique dans les régions avec les parlementaires</p>	National		X			X		
		<p>Réalisation des stratégies mobiles et itinérantes</p>	<p>Mettre en place une indemnité d'enclavement (test)</p>	National		X			X	X
			<p>Identifier les zones difficiles présentant les problèmes d'accès les plus aigus</p>	National		X				
	<p>Organisation de l'offre privée par les sages-femmes</p>	<p>Mettre en place des cabinets privés de SRMNIA</p>	Régional		X			X	X	
		<p>Assurer le suivi et le coaching de ces prestataires</p>	Régional		X			X	X	
		<p>Établir des contrats de franchises sociales</p>	Régional		X			X	X	
	<p>Renforcement du paquet de formation</p>	<p>Former et superviser les prestataires sur le paquet de SRMNIA (suivi prénatal, accouchement humanisé, soins essentiels du nouveau-né, SONU, suivi post-partum, planification familiale, PCIME, DIPE, paquet essentiel intégré de l'enfant sain, ANJE, SRAJ, etc.)</p>	Régional		X			X	X	
		<p>Former / recycler sur site les prestataires sur les urgences obstétricales (SONU) et pédiatriques</p>	Régional		X			X		
		<p>Suivre et évaluer l'intégration du paquet de SRMNIA dans les curricula de formation des universités, écoles et instituts de formation des agents de santé</p>	National		X			X		
		<p>Étendre la délégation des tâches aux assistants, aides sociaux et ACS</p>	National		X			X	X	
			<p>Scénariser les modules de formation du paquet de SRMNIA pour intégration dans le portail d'apprentissage en ligne du MSAS</p>	National		X				

Plan d'action par priorité (suite)

PRIORITÉS	SOUS-PRIORITÉS	INTERVENTIONS	ACTIVITÉS	NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE	ANNÉES DE MISE EN ŒUVRE					
					2018	2019	2020	2021	2022	
			Évaluer les gaps en banques et postes de sang	National		X				
			Résorber les gaps identifiés en banques et postes de sang	National		X	X			
			Évaluer les gaps en équipements des structures de santé pour la SRM/NIA	National		X				
			Résorber les gaps identifiés en équipements des structures de santé pour la SRM/NIA	National		X	X			
			Appuyer le plan de maintenance des équipements	National	X	X	X	X		X
			Couvrir les besoins en blocs SONU, unités de néonatalogie, CREN et UREN	National	X	X	X	X		X
			Prendre en charge les opérateurs privés pour sécuriser la mise à disposition de la gamme des produits de santé dans les PPS durant la phase de stabilisation	National		X	X	X		X
			Renforcer le stock de sécurité de la gamme des produits au niveau des PPS et dans les dépôts « yeksi naa »	National	X	X	X	X		X
			Renforcer le mécanisme de suivi et de coordination de la mise en œuvre du « yeksi naa » en vue de sa stabilisation et de sa pérennisation à travers toute la chaîne d'approvisionnement	National	X	X	X	X		X
			Appuyer la prise en charge des experts chargés de l'évaluation des dossiers d'homologation en vue de la délivrance des autorisations de mise sur le marché (AMM) pour les médicaments /produits de SME	National		X	X	X		X
			Appuyer la tenue régulière des commissions nationales des AMM (huit (8) commissions par an)	National	X	X	X	X		X
			Appuyer la tenue régulière des commissions nationales des AMM (huit (8) commissions par an)	National	X	X	X	X		X
			Appuyer la tenue régulière des commissions nationales des AMM (huit (8) commissions par an)	National	X	X	X	X		X

Plan d'action par priorité (suite)

PRIORITÉS	SOUS-PRIORITÉS	INTERVENTIONS	ACTIVITÉS	ANNÉES DE MISE EN ŒUVRE				
				2018	2019	2020	2021	2022
			Appuyer la formation de cinq (5) logisticiens (4 pour la DSME, 1 pour la PNA) en GAS et suivi-évaluation à Amsterdam		X	X	X	
		Renforcement du suivi-évaluation et de la coordination continue des plans d'approvisionnement à tous les niveaux	Organiser chaque année en collaboration avec la PNA des ateliers régionaux de revue des stocks et de planification des besoins en médicaments et produits de SRSE	X	X	X	X	X
			Organiser chaque année un atelier de synthèse des besoins nationaux en médicaments et produits de SME	X	X	X	X	X
			Organiser une réunion annuelle de la plateforme de l'ensemble des acteurs du système (PNA / programmes / PTF)	X	X	X	X	X
			Appuyer l'organisation des services en faveur de soins humanisés	X	X	X	X	X
			Organiser et mettre en œuvre le circuit des malades dans les PPS		X	X	X	X
			Appliquer les 5S dans toutes les structures de santé		X	X	X	X
			Reproduire et diffuser le guide d'accueil		X	X	X	X
			Orienter les prestataires sur l'accueil		X	X	X	X
			Mettre en œuvre l'identification systématique des besoins des clients		X	X	X	X
		Renforcement du système d'assurance de la qualité	Mettre en œuvre les normes de qualité des infrastructures de santé		X	X	X	X
		Échange d'expériences	Documenter les bonnes pratiques	X	X	X	X	X
			Organiser chaque année des journées nationales d'échanges sur les bonnes pratiques	X	X	X	X	X

<p>Priorité 5 : RENFORCER LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE L'ÉTAT CIVIL</p>	<p>Sous-priorité 5.1 : Assurer un financement novateur et pérenne des programmes de SRMNIA</p>	<p>Renforcement de la surveillance des décès maternels et néonataux et riposte</p>	Organiser l'atelier de révision du guide de SDMR pour étendre la surveillance des décès aux nouveau-nés et aux enfants de moins de 5 ans	National	X				X	
			Organiser les revues semestrielles et annuelles de SDMR	National	X	X	X	X	X	
			Rédiger chaque année le rapport sur les décès maternels, néonataux et des enfants de moins de 5 ans		X	X	X	X	X	
			Prioriser la SRMNIA dans la responsabilité sociale d'entreprise	National	X					
			Capitaliser le financement du privé	National	X	X	X	X	X	X
			Renforcer les capacités des acteurs de la plateforme du GFF quant à la mobilisation des ressources	National	X	X				
			Réaliser la cartographie des ressources disponibles et identifier les déficits financiers ; identifier des ressources supplémentaires pour résorber ces déficits	National	X					
			Définir un circuit harmonisé de financement des partenaires autour du MSAS	National	X					
			Organiser 5 réunions de concertation et de mise à niveau sur les textes réglementaires de la SRMNIA	National	X					
			<p>Sous-priorité 5.2 : Renforcer la gouvernance et le leadership du système de santé</p>	<p>Plaidoyer pour un environnement favorable à la révision et à l'application des textes réglementaires sur la SRMNIA</p>	Mener 3 sessions de plaidoyer avec les institutions (parlementaires, CESE, HCCT) pour l'adoption et l'application des lois et textes relatifs à la SRMNIA	National	X			
Mener 14 sessions de plaidoyer (1 session par région) avec les collectivités territoriales pour le financement et le renforcement du système de santé (plaidoyer pour la prise en compte du niveau communautaire par la CMU, pour la baisse et l'harmonisation des tarifs des soins)	National	X			X					
Mener 3 sessions d'orientation des journalistes sur les enjeux pour un environnement favorable à la SRMNIA	National	X			X					

Plan d'action par priorité (suite)

PRIORITÉS	SOUS-PRIORITÉS	INTERVENTIONS	ACTIVITÉS	NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE	ANNÉES DE MISE EN ŒUVRE					
					2018	2019	2020	2021	2022	
		Renforcement de la coordination interne au sein de la DSME	Élaborer un organigramme de la DSME (team building, consultant) Définir les fiches de poste des agents de la DSME Tenir les réunions de coordination de la direction et des divisions Tenir les réunions du comité de pilotage et de coordination élargie à la plateforme du GFF Tenir les réunions des comités techniques et des réunions par thème Mettre à jour les conventions préexistantes et / ou élargir aux autres secteurs Tenir des instances de coordination avec les différents secteurs selon les clauses des conventions Tenir systématiquement des réunions trimestrielles de coordination avec les partenaires de SRMNIA	National National National National National National National National	X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X X
		Renforcement de la coordination intra- et intersectorielle	Assurer la coordination, à tous les niveaux, des interventions de développement intégré de la petite enfance Assurer la veille citoyenne concernant le respect des engagements en faveur de la SRMNIA	National National	X X	X X	X X	X X	X X	X X
		Renforcement de la redevabilité et de la transparence	Assurer la redevabilité et le partage des informations	National	X	X	X	X	X	X

Plan d'action par priorité (suite)

PRIORITÉS	SOUS-PRIORITÉS	INTERVENTIONS	ACTIVITÉS	NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE	ANNÉES DE MISE EN ŒUVRE				
					2018	2019	2020	2021	2022
			Aménager des locaux pour 200 centres d'état civil avec de faibles budgets	National		X	X	X	
			Réhabiliter des salles d'archivages pour 200 centres d'état civil avec de faibles budgets	National		X	X	X	
			Équipements réseaux + câblage	National		X	X		
			Équipements informatiques (ordinateurs onduleurs, imprimante, scanner)	National		X	X		
			Évaluation des 83 centres déjà informatisés	National		X			
			État des lieux des centres d'état civil non informatisés	National		X			
		Automatisation du système de gestion de l'état civil	Déploiement du logiciel HERA de gestion des faits d'état civil (installation + configuration)	National		X	X		
			Suivi et supervision formative des centres informatisés	National		X	X		
			Poursuite de la mise en place du fichier central	National			X		
			Mise à jour des données de l'étude diagnostique de l'état civil	National			X		
			Mise en place d'un système d'information géographique de l'état civil et appui à sa mise à jour permettant de disposer d'indicateurs de suivi et de performance	National			X		
			Diffusion régulière des résultats obtenus après collecte et mise à jour des données	National			X	X	X

Plan d'action par priorité (suite)

PRIORITÉS	SOUS-PRIORITÉS	INTERVENTIONS	ACTIVITÉS	NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE	ANNÉES DE MISE EN ŒUVRE				
					2018	2019	2020	2021	2022
			Mettre en place une plateforme d'échange de données entre les deux systèmes (HERA-DHIS2)	National		X	X	X	X
			Formaliser et renforcer l'interopérabilité entre les secteurs « producteurs » (justice, santé) des données d'état civil et les services « utilisateurs » (DAF, passeport, ANSD, éducation nationale, santé, etc.)	National		X	X	X	X
			Intégrer les données du paquet enfants sains des préscolaires et de la case des tout-petits dans le système de santé	National		X	X	X	X
			Élaborer un glossaire des métadonnées de la DSME	National	X				
			Mener des supervisions intégrées programmiques annuelles de SRMNIA	National	X	X	X	X	X
			Appuyer l'intégration effective des EPS et des structures privées dans le DHIS2	National	X	X			
		Assurance du suivi-évaluation et de la recherche	Mener des supervisions semestrielles techniques	National	X	X	X	X	X
			Organiser des revues trimestrielles régionales pour la SRMNIA	National	X	X	X	X	X
			Élaborer les bulletins trimestriels de la DSME	National	X	X	X	X	X
			Organiser des missions d'audit périodiques concernant les indicateurs de SRMNIA	National	X	X	X	X	X



SÉNÉGAL - UN PEUPLE, UN BUT, UNE FOI



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE

DIRECTION GÉNÉRALE
DE LA SANTÉ

DIRECTION DE LA SANTÉ
DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT



MÉCANISME DE
FINANCEMENT
MONDIAL



SOUTENU PAR LE

GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE