



REPUBLIQUE DU SENEGAL



MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

.....
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
.....

**PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE LA SANTE DE
LA REPRODUCTION, DE LA MERE, DU NOUVEAU
NE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
2016-2020**

DIRECTION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION ET DE LA SURVIE DE L'ENFANT



VERSION JUIN 2018

PREFACE

L'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent(e) a toujours été une priorité pour le gouvernement du Sénégal.

Dans ce cadre, d'importants investissements de l'état dans le domaine se sont traduits par une baisse de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Toutefois pour s'inscrire irréversiblement dans l'atteinte de l'axe 2 du Plan Sénégal Emergent, du Plan National de Développement Sanitaire et des Objectifs de Développement Durable (ODD), nous devons redoubler d'effort afin d'être aux différents rendez-vous.

Ainsi, le pays s'est fixé d'ambitieux objectifs qui nécessitent de nouvelles orientations et la mobilisation de toutes les parties prenantes.

Ce plan stratégique intégré de la santé maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescent(e)s /jeunes 2016-2020 est aligné aux orientations de la Stratégie Mondiale de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 et du plan mondial « Chaque nouveau- né ».

La conception de ce nouveau cadre stratégique répond à ces exigences car sa vision et ses principes directeurs obéissent aux règles d'équité, de respect des droits humains, à l'équilibre de genre, l'intégration des services, le continuum des soins, la multisectorialité, la décentralisation, tout en respectant les valeurs et croyances de la société sénégalaise.

Il a été élaboré selon un processus inclusif et participatif des différents acteurs, du secteur public, de la société civile, du secteur privé et des partenaires techniques et financiers.

La qualité de la mise en œuvre du plan sera garante de l'atteinte des objectifs du pays avec l'implication de tous les acteurs.

Le plan d'urgence de la santé de la mère et du nouveau-né élaboré à la suite des précédents constats et mis en œuvre en 2016, constitue la première phase de ce présent plan.

Pour atteindre l'optimum de son exécution, la contribution financière de l'état, des Partenaires Techniques et Financiers et de toutes les bonnes volontés est attendue.

J'exhorte l'ensemble des acteurs concernés à une forte mobilisation pour une parfaite mise en œuvre de ce précieux outil de référence.

DRAFT

Remerciements

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale remercie toutes les parties prenantes que se sont investies de près ou de loin à l'élaboration du présent plan stratégique intégré SRMNIA.

Au Nom de Mr le Président de la République du Sénégal, au nom du Gouvernement et du peuple Sénégalais, je voudrais exprimer toute ma reconnaissance pour l'accompagnement technique et financier dans l'élaboration de ce plan qui vise à assurer à chaque femme, chaque enfant, et chaque adolescent sénégalais ou étranger vivant parmi nous, dans quelque situation qu'il se situe, un accès équitable au bien-être physique et mental, lui permettant de participer pleinement à l'édification d'un Sénégal émergent et prospère.

DRAFT

RESUME EXECUTIF

A l'échéance des OMD en 2015, le Sénégal avait fait d'importants progrès dans la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles, néonatales et infantiles. Cet échéance a aussi coïncidé avec l'arrivée à terme des principaux cadres stratégiques devant orienter les actions en matière de SRMNIA. Il s'agit de :

- La feuille de route multisectorielle 2006-2015 pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales au Sénégal ;
- Plan stratégique de la SR 2012-2015 ;
- Plan d'action national de la Planification Familiale 2012-2015 ;
- Plan national stratégique pour la survie de l'enfant 2007-2015.

Il s'avère nécessaire de revoir les actions et les efforts en les réorientant à travers une approche intégrée, inclusive, multisectorielle et respectant les droits humains.

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale à travers la Direction de la Santé de la reproduction et de la Survie de l'enfant a élaboré ce Plan Intégré de la Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent (e) 2016-2020 (SRMNIA). Il faut noter que le MSAS a mis en œuvre en 2016 un plan d'urgence SRMNIA pour combler le gap entre 2015 et la mise en œuvre effective du PSRMNIA. Ce plan d'urgence étant la première année de mise en œuvre du PSRMNIA.

Le processus de planification a débuté par une analyse de la situation qui a permis une description exhaustive de la SRMNIA et notamment les gaps et les goulots d'étranglement. Elle a ainsi permis l'orientation vers les défis majeurs.

Le diagnostic montre que malgré les progrès notables enregistrés, la situation sanitaire du Sénégal reste caractérisée par une mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile encore élevée.

Le ratio de mortalité maternelle, même s'il reste élevé, a continuellement chuté selon les enquêtes démographiques et de santé (EDS). Il est passé de 850 décès/100.000 naissances vivantes (NV) dans les années 86-87 à 392/100.000 NV en 2010-2011. Ce qui correspond à une réduction de 458 décès/100.000 NV (un peu plus de 50%) en un quart de siècle. En 2015 ce ratio est estimé à 315 pour 100 000 NV par le système des Nations Unies (SNU).

Parallèlement, les programmes de survie de l'enfant ont entraîné une baisse du taux de mortalité infanto-juvénile qui est passé de 121‰ NV en 2005 à 59‰ NV en 2015. Le taux de mortalité néonatale a diminué, mais dans des proportions moindres et presque identiques. Elle est passée de 35‰ NV en 2005 à 23‰ NV en 2015.

Ces résultats sont liées aux stratégies et interventions tels que :

- le recrutement de personnels qualifiés et le relèvement du plateau technique ;
- le renforcement de l'accès aux soins : création de nouvelles infrastructures, mutuelles de santé ;
- l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes enceintes ;
- l'amélioration de la qualité des accouchements et la prise en charge du nouveau-né: la proportion des accouchements assistés par du personnel qualifié est passé de 49% en 1999 à 65% en 2015 ; la construction de 24 blocs SONU ; le développement des soins essentiels du nouveau-né ; la prévention de la transmission mère-enfant du HIV (PTME)
- l'introduction et l'extension des Soins Après Avortement (SAA) ;
- le développement de la Santé de la Reproduction des adolescent(e)s/jeunes ;
- la promotion de l'espacement des naissances avec une nette amélioration de la prévalence contraceptive qui est passée de 12% en 2010 à 21% en 2015 ;
- la prise en charge des maladies de l'enfant à travers la démarche PCIME ;
- la mise à l'échelle et la décentralisation de la prise en charge de la malnutrition à travers les UREN-C, UREN et CREN ;
- le Programme Elargi de Vaccination (PEV) qui est passé de la protection contre 6 à 12 maladies de l'enfant ;
- la prise en charge gratuite des césariennes et des enfants de moins de cinq ans dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et le Programme National de Bourses de Sécurité

Familiale qui ont permis l'enrôlement gratuit des membres des familles des ménages indigents dans les mutuelles de santé ;

- la lutte contre les maladies impactant sur la santé de la mère et l'enfant (paludisme, HIV/SIDA, etc) ;
- les interventions à base communautaires : programme « Bajenu gox », l'élargissement de l'offre de Planification Familiale aux acteurs communautaires de santé , PCIME communautaire, PTME communautaire, les sage femmes itinérantes (SAFI), les dispensateurs de soins à domicile (DSDOM), etc.
- l'amélioration de la disponibilité des produits d'importance vitale pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant.

L'analyse des goulots d'étranglement basée sur les déterminants a permis d'identifier les principaux obstacles à l'atteinte des performances souhaitées. Parmi ces derniers nous pouvons citer : la disponibilité des produits, l'accessibilité (géographique et financière), l'acceptabilité socioculturelle, la continuité et la qualité des soins. On peut retenir entre autres :

- la disponibilité des produits : insuffisance de l'approvisionnement et la distribution des intrants, le manque de capacités dans la gestion de l'approvisionnement local, l'équipement inadapté pour le stockage et la distribution au niveau local ;
- l'accessibilité : déficit et répartition inégale des ressources humaines qualifiées, le paiement direct au point de prestation de service ;
- l'acceptabilité socio-culturelle : ignorance et fausses interprétations vis-à-vis des interventions et des pratiques en santé ;
- la continuité des soins : le recours tardif aux soins, la gestion et les mesures incitatives inadaptées aux prestataires, les moyens de transport imprévisibles et peu fiables.
- La qualité des soins : liée à la compétence et à la motivation des prestataires, à la disponibilité et la qualité des équipements et des infrastructures nécessaires.

Se fondant sur les résultats pertinents de l'analyse de la situation, le cadre stratégique SRMNEA 2016-2020 a dégagé la vision d'« **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 Emergent.** »

Ainsi le plan dont le but est de « contribuer à l'amélioration de la santé et au bien-être des populations du Sénégal » a pour objectif premier de « réduire la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescent(e) s/jeunes au Sénégal ».

En plus de l'analyse situationnelle, les priorités retenues de ce plan sont dictées, par les engagements du Sénégal vis à vis des agendas internationaux (« la stratégie mondiale de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 », l'initiative « Chaque femme, chaque enfant » et le plan mondial « Chaque nouveau-né »).

Le Plan Sénégal Emergent à travers son pilier n° 2 et le PNDS 2009-2018 dont l'objectif n° 1 est « la réduction du fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantiles », en sont les référentiels.

Le plan stratégique SRMNEA s'articule autour de huit principes directeurs et est décliné en six axes stratégiques majeurs dont les interventions et lignes d'action ciblent de façon particulière le couple mère-nouveau-né, les enfants et les adolescent (e)s afin de :

- Réduire la mortalité maternelle de 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 (Est SNU 2015) à 285 pour 100 000 naissances vivantes en 2020 ;
- Réduire la mortalité des nouveau-nés de 23 pour 1000 NV en 2015 à 17 pour 1000 naissances vivantes en 2020 ;
- Réduire la mortalité des moins de cinq ans de 59 pour 1000 NV (EDSc-2015) en 2015 à 42 pour 1000 naissances vivantes en 2020 ;
- Améliorer la santé des adolescent (e) s et des jeunes

La mise en œuvre de ce plan d'un cout global de 100 milliards de franc CFA permettrait à terme

en 2020 d'éviter :

- 1 499 décès maternels
- 4 409 décès de nouveau-nés
- 5 619 décès d'enfants de moins de 5 ans

La mise en œuvre sera assurée avec les plans d'action annuels de la DSRSE et de chaque région médicale sous la supervision des responsables du MSAS en association avec les Partenaires techniques et financiers à l'aide du plan de suivi évaluation.

DRAFT

TABLE DES MATIERES

RESUME EXECUTIF.....	5
SIGLES ET ABBREVIATIONS.....	9
INTRODUCTION	13
I. PRESENTATION DU PAYS.....	14
I.1 PRESENTATION GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE.....	14
I.2 PRESENTATION DU CONTEXTE SANITAIRE.....	16
II. ANALYSE DE LA SITUATION.....	18
II.1 ANALYSE DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ MATERNELLE	18
II.2 ANALYSE DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ NÉONATALE.....	18
II.3 ANALYSE DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNILÉ.....	20
II.4 ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SANTÉ DES ADOLESCENT(E)S/ JEUNES.....	26
II.5 ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT	15
II.6 ANALYSE DE LA GESTION LOGISTIQUE	19
II.7 ANALYSE DU SYSTÈME DE PLANIFICATION, SUIVI-ÉVALUATION ET RECHERCHE DE LA DSRSE.....	22
II.8 ANALYSE DE LA GOUVERNANCE	24
II.9 ANALYSE DES FORCES FAIBLESSES OPPORTUNITÉS ET MENACES.....	19
II.10 ANALYSE DES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT	15
III. PLAN STRATEGIQUE INTEGRE SRMNIA 2016-2020.....	17
III.1 VISION	17
III.2 PRINCIPES DIRECTEURS	17
III.4 BUT ET OBJECTIFS.....	17
III.5. AXES STRATÉGIQUES ET PRINCIPALES INTERVENTIONS	19
IV. IMPACT ATTENDU DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN DU PLAN SRMNIA.....	34
IV.1 ESTIMATION DU NOMBRE DE DÉCÈS ÉVITÉS PAR CAUSE.....	34
IV.2 PROJECTION DES TAUX DE MORTALITÉ	35
VI. CADRE ORGANISATIONNEL DE LA MISE EN ŒUVRE.....	77
VI.1. CONCEPTION ET MISE EN ŒUVRE DES PLANS OPÉRATIONNELS	77
VI.2. RÔLES DES ACTEURS CLÉS	77
VII. RÉSUMÉ DU BUDGET GLOBAL.....	82
VIII. ANNEXES DU PLAN STRATEGIQUE SRMNIA	85

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ACS :	Acteurs Communautaires de Santé
AJS :	Association des Juristes Sénégalaises
AME :	Allaitement Maternel Exclusif
AMM :	Autorisation de Mises 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 :	Anti Retro Viraux
ASPS :	Alliance du Secteur Privé de la Santé du Sénégal
ASL :	Accouchement à style libre
BCC :	Vaccin de Calmette et Guérin
BNS :	Besoins Non Satisfaits
CCA :	Centre Conseil pour Adolescents
CDD :	Comité Départemental de Développement
CEDEAO :	Communauté Economique des États de l'Afrique de l'Ouest
CD4 :	Cluster de Différenciation 4
CFA :	Communautés financières d'Afrique
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 :	Centres de Promotion et de Réinsertion sociale
DAGE :	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
DBS :	Dried Blood Sampling
DGS :	Direction Générale de la Santé
DHIS 2 :	District Health Information System
DI :	Dossier d'Investissement
DIEM :	Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance
DIU :	Dispositif intra utérin
DIUPP :	Dispositif Intra Utérin en Post-Partum
DLSI :	Division Lutte contre le SIDA et les IST
DMPA :	Acetate de Medroxy Progestérone Dépôt
DPES :	Document de Politique Economique et Sociale
DPEES :	Direction de la Prévision et des Etudes Economiques et Sociales
DPM :	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPPD :	Document de Programmation pluriannuelle des dépenses
DRH :	Direction des Ressources Humaines
DSDOM :	Dispensateurs de Soins à Domicile
DSR :	Division de la Santé de la Reproduction
DPRS :	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DSRSE :	Direction 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 :	Equipe Cadre de District
ECR :	Equipe Cadre de Région

EDS-C :	Enquête Démographique et Sanitaire - Continue
EDS :	Enquête Démographique et Sanitaire
EPS :	Etablissement Public de Santé
EWEC:	Every Woman, Every Child
FAR :	Femme en Age de Reproduction
FDD :	Fonds de Dotation de la Décentralisation
FBR :	Financement Basé sur les Résultats
GAR :	Gestion Axée sur les Résultats
GAS :	Gestion des Approvisionnements et des Stocks
GATPA :	Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement
GFF :	Global Financing Facility
HTA :	Hypertension Artérielle
HPV :	Virus du Papilloma humain (Human Papilloma Virus)
HSH :	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IBG:	Initiative Badju Gox
IFP 2020:	Initiative Family Planning 2020
IPM :	Informed push model
IMC :	Indice de Masse corporelle
IME :	Inspection Médicale des Ecoles
IRA :	Insuffisance respiratoire aigue
ISBC :	Identification Systématique des Besoins de la Cliente
IST :	Infections Sexuellement Transmissibles
JICA :	Japan International Cooperation Agency / 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 Aigüe Sévère
MAPI :	Manifestations Adverses Post Injection
MICS :	Multiple Indicators Cluster Survey
MIJ :	Mortalité Infanto Juvénile
MII :	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
MCD :	Médecin Chef de District
MCR :	Médecin Chef de Région
MGF :	Mutilations Génitales Féminines
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
MSM:	Men having sex with other men
NGA :	Nombre de Grossesses Attendues
NV :	Naissances Vivantes
OCB :	Organisations Communautaires de Base
ODD :	Objectif de Développement Durable
OIP :	Offre Initiale de Pilules
OMD :	Objectifs 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

PEC :	Prise en charge
PECMAS :	Prise en charge de la Malnutrition Aigüe Sévère
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PF :	Planification Familiale
PIB :	Produit Intérieur Brut
PNA :	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS :	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNLP :	Programme National de Lutte contre le Paludisme
POC :	Point of Care
POCL :	Plan d'Opérationnel des Collectivités Locales
POPAIEN :	Plan Opérationnel de passage à l'échelle pour les interventions à haut impact
PPS :	Points de Prestation de Service
PPP :	Partenariat Public Privé
PPN :	Politiques ; Normes et Protocoles
PRA :	Pharmacies Régionales 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 :	Personne Vivant avec le VIH
RGPHAE :	Recensement Général de la Population, de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage
RDQA :	Routine Data Quality Assesment
RAC :	Réunion Annuelle Conjointe
SAA :	Soins Après Avortement
SAFI :	Sages-femmes Itinérantes
SAMU :	Services d'Assistance Médicale et d'Urgence
SCA :	Stratégie de Croissance Accélérée
SDMR :	Surveillance des décès maternels et de la riposte
SENN :	Soins essentiels du nouveau-né
SFE :	Sage-Femme d'Etat
SIG :	Système d'information et de Gestion
SIGL :	Système d'Information de Gestion Logistique
SMART:	Enquête Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SNDES :	Stratégie Nationale de Développement Economique et Sociale
SNIS :	Système National d'Informations Sanitaires
SNU :	Système des Nations Unies
SONU :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOUB :	Sous Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC :	Sous Obstétricaux d'Urgence Complets
SSP :	Soins de Santé Primaires
SR :	Santé de la Reproduction
SRAJ :	Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
SRMNIA :	Santé de la reproduction, de la Mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent
SRO:	Solution de Réhydratation Orale
TATARSEN:	Test All, Treat All and Return All for Senegal
TARV :	Traitement Anti Retro Viral
TB :	Tuberculose
TBS :	Taux Brut de scolarisation
TC /MLDA :	Technologie Contraceptive / Méthodes à Longue Durée d'Action
TIC :	Technologies 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 africains
UNICEF :	Organisation des Nations Unies pour la protection des enfants
UNESCO :	Organisation des Nations Unies pour l'éducation et la culture
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la population
USAID :	Agence américaine pour le développement international
VAT :	Vaccin anti tétanique
VBG :	Violences basées sur le Genre
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WASH :	Water Sanitation Hygiène

DRAFT

INTRODUCTION

La fin de l'année 2015 marque l'échéance de la mise en œuvre des cadres stratégiques élaborés au cours de la dernière décennie. Ces cadres avaient pour finalité de réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto-juvéniles conformément à l'objectif n°1 du PNDS 2009-2018 (« accélération de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales et infanto-juvéniles »). Il s'agit, entre autres :

- Du plan stratégique de la SR 2012-2015
- Du plan national de la Planification Familiale 2012-2015
- Du plan national stratégique pour la survie de l'enfant 2007-2015
- De la feuille de route multisectorielle 2006-2015 pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales au Sénégal.

Au Sénégal, à la fin de l'année 2015, l'évaluation des OMD faisait état de gaps importants pour les OMD 4 et 5, mais aussi de la non atteinte des cibles d'autres indicateurs d'impact de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant.

Le ratio de mortalité maternelle, même s'il est encore élevé, a connu une baisse ces dernières années. Il est passé de 850 /100.000 NV dans les années 1986-1987 à 510 pour 100 000 en 1992 et à 392/100.000 NV en 2010-2011 (EDS V). La dernière estimation du SNU confirme cette tendance à la baisse avec un taux de 315 pour 100 000 NV en 2015. Même si les résultats ont été très encourageants pour le Sénégal, un gap de 192 points a été enregistré par rapport à la cible de 2015 qui était de 200 pour 100 000 naissances vivantes.

Le Sénégal a enregistré aussi une baisse du taux de mortalité néonatale. Il est passé de 40,5 /1000 NV entre 1989-1992 (EDS 2), à 29/1000 NV (EDS 5-2011) et 23/ 1000 NV en 2015 (EDSc, 2015), d'où un gap de 7 points par rapport à l'objectif de 2015 qui était de 16/ 1000 NV. Le taux de mortalité néonatale a connu une régression plus lente que les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile.

La mortalité néonatale représentait 29% de la mortalité infanto-juvénile en 2005 (EDS 4-MICS), 40,3% en 2011 (EDS 5-MICS) et 38,9% en 2015 (EDSc). Il s'avère donc difficile de faire chuter la mortalité infanto-juvénile sans agir efficacement sur les causes et déterminants de la mortalité néonatale.

Ce constat, valable à l'échelle mondiale, est essentiellement dû à une insuffisance de la prise en compte de la santé du nouveau-né dans les premières années de l'agenda des OMD. Ces interventions n'étant pas spécifiquement visées ont par conséquent bénéficié de moins d'attention et d'investissement.

Au Sénégal, le taux de mortalité infanto-juvénile a connu une réduction de 57% en l'espace de 15 ans en passant de 139/mille en 2000 à 59/mille en 2015 (EDSc, 2015). Le taux de mortalité infantile est passé de 61/mille NV en 2000 à 39/mille en 2015 (soit une réduction de 36% en l'espace de 15 ans).

La situation nutritionnelle des enfants s'est fortement améliorée depuis 2000, cependant, durant ces trois dernières années, elle est restée précaire au niveau national avec des indicateurs qui stagnent. Selon la dernière enquête EDS continue (2015), la prévalence nationale de la malnutrition chronique est de 20,3% et celle de la malnutrition aigüe de 7,5%.

La santé des adolescents, un des oublis de l'agenda des OMD, a été prise en compte dans la nouvelle Stratégie Mondiale 2016-2030. En effet, les adolescents, confrontés à plusieurs défis (la santé sexuelle et de la reproduction, la santé mentale, les violences basées sur le genre, la nutrition, etc.), requièrent une attention toute particulière dans ce nouveau plan stratégique intégré 2016-2020.

I. PRESENTATION DU PAYS

I.1 PRESENTATION GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE

I.1.1 Milieu physique :

Le Sénégal est situé dans la partie la plus occidentale du continent Africain dans la zone soudano sahélienne. D'une superficie de 196.722 km², il est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 Km de côtes.

I.1.2 Organisation administrative :

Le Sénégal comprend actuellement :

- 14 régions administratives ;
- 45 départements ;
- 117 arrondissements.
- 557 communes.

L'Acte III de la décentralisation consacre la communalisation intégrale et renforce les compétences des collectivités locales en santé.



Figure 1 : Carte du Sénégal : découpage en 14 régions

I.1.3 Contexte démographique

La population du Sénégal est estimée en 2015 à 14 356 575 habitants selon les projections du RGPHAE de 2013. Les régions de Dakar, Thiès et Diourbel abritent la majorité de la population, avec respectivement 23,2%, 13,1% et 11,1% en 2015.

La densité moyenne est de 69 habitants au km², mais elle cache de grosses disparités entre les régions :

- La région de Dakar abrite 23,2% de la population totale avec une densité de 5735 habitants au km² alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale.
- La région de Tambacounda qui occupe 21,5% de la superficie du territoire héberge 5% de la population avec une densité de 16 habitants au km².

La majorité de la population vit en milieu rural (54,8 %) contre 45,2 % en milieu urbain.

Le Sénégal a l'un des taux d'urbanisation les plus élevés d'Afrique noire selon la Direction de la Prévision et de la Statistique (DPES). Il faut noter la proportion relativement importante des jeunes dans les villes sénégalaises liée aux flux migratoires. En effet, 33% de la population urbaine est

constituée de jeunes âgés de 20 à 35 ans contre 25% en milieu rural.

La population du Sénégal en 2015 reste caractérisée par une jeunesse importante

- La moitié de la population est âgée de moins de 18 ans ;
- La population âgée de moins de 15 ans représente 42,1% ;
- La population âgée de 65 ans et plus représente 3,5%.

Le ratio de dépendance économique est de 83,7%.

On note une légère prédominance féminine dans la population : les femmes représentent 50,2%, contre 49,8% pour les hommes. Les femmes en âge de reproduction représentent 23,4% de la population totale en 2015, les enfants de moins de 5 ans 18,84%, les adolescents de 10-14 ans 10.54 % et ceux de 15-19 ans à 9.18%.

Le taux de croissance de la population reste élevé (2.7%) bien que le Sénégal ait entamé sa phase de transition démographique. Selon les projections de l'ANSD, la population sénégalaise serait de 16,7 millions d'habitants en 2020 et 22,3 millions d'habitants en 2030, presque un doublement de la population en moins de 20 ans. Le taux brut de natalité est estimé à 37.2‰ en 2016. L'indice synthétique de fécondité (ISF) connaît une légère baisse passant de 6,0 enfants par femme en 1992 (EDS) à 4,9 enfants par femme en 2015 (EDS-C).

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 65,6 ans, dont 64,4 pour les hommes et 66,8 pour les femmes (ANSD, estimations 2015).

I.1.3 Contexte socio-culturel :

Selon le recensement général de la population de 2013, le Taux Brut de Scolarisation (TBS) est de :

- 10,6 % dans le préscolaire (19,3% en milieu urbain et 5,8% en milieu rural) ;
- 80% dans le primaire (96,3% en milieu urbain et 68,6% en milieu rural) ;
- 59,40 % dans le Moyen (76,9% en milieu urbain et 45,5% en milieu rural) ;
- 41,5 % dans le secondaire (62,9 % en milieu urbain et 20,5 % en milieu rural).

Le taux d'alphabétisation est de **59%** (RGPHAE, 2013).

En ce qui concerne les conditions sociales, plus de la moitié (61 %) des ménages disposent d'électricité, mais avec une grande disparité entre le milieu urbain (85 %) et le milieu rural (33 %) (EDS c, 2014)

Environ, 72 % des ménages ont accès à l'eau de robinet ou à une borne fontaine publique (RGPHAE, 2013)

La plupart des ménages sénégalais s'alimente en eau de boisson à une source améliorée, quel que soit le milieu de résidence, (82 % pour l'ensemble, 91 % pour les ménages urbains et 71 % pour les ménages ruraux). Seuls 66 % utilisent des toilettes améliorées partagées ou non ; par ailleurs 29,7% des ménages ont identifié un endroit pour se laver les mains, 17, 7% des ménages ne disposent ni d'eau, ni de savon, ni d'un autre produit nettoyant (EDSc, 2014).

I.1.4 Contexte Economique :

Le Sénégal a adopté un nouveau modèle de développement pour accélérer sa marche vers l'émergence par le biais de l'approche stratégique, dénommée « **Plan Sénégal Émergent (PSE)** ». A travers ce plan, le Sénégal s'est doté d'un référentiel unique en matière de politiques économiques et sociales dans la perspective de bâtir une société solidaire dans un Etat de droit à l'horizon 2035.

Pour réaliser l'émergence économique et les droits humains durables, le Sénégal s'appuie sur trois piliers dont le n°2 qui porte sur le « **capital humain, la protection sociale et le développement durable** » et 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.

Dans cet environnement, il est attendu du secteur de la santé le renforcement des interventions qui tendent à augmenter l'accès aux soins préventifs, curatifs, promotionnels et ré adaptatifs de qualité dans le cadre d'un continuum afin de réduire le fardeau de la maladie et se doter des moyens d'un développement socio-économique durable.

Selon les résultats de l'analyse EQUIST, les régions de Sédhiou, Kolda, Kédougou, Kaffrine, Tambacounda et Fatick présentent les quintiles de bien-être économique les plus bas au Sénégal. L'accès à une source électrique et la nature des matériaux de revêtement des sols des ménages le confirment (source, RGPHE 2013).

1.2 PRESENTATION DU CONTEXTE SANITAIRE

1.2.1 Politique nationale sanitaire

L'Etat a défini la politique nationale de santé dans la lettre de politique sectorielle qui est mise en œuvre par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) dont l'axe stratégique « Accélération de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales et infanto -juvéniles » a été érigé en priorité.

L'engagement politique au plus haut niveau est articulé autour des stratégies mondiales (Chaque femme Chaque enfant 2016 -2030, plan opérationnel chaque nouveau-né, Family Planning 2020, etc) et d'autres engagements au niveau international.

La part du budget de l'Etat allouée au Ministère de la santé est en hausse régulière ces dernières années, traduisant la priorité accordée au secteur de la santé. Il est passé de 29 milliards en 2000 à 108,4 milliards CFA, en 2010¹ cependant il n'a pas encore atteint les 15% suite aux engagements de Abuja . La part du budget de la SRSE dans le Budget du MSAS en 2015 est de 10% (DPPD 2015).

Commenté [EAM1]: Est-ce qu'on a pas la donnée de 2015 ? d'autant plus que la part de DSRSE est calculée sur 2015

1.2.2 Organisation du système de santé au Sénégal :

L'organisation du système de santé est de type pyramidal et se présente comme suit :

Sur le plan administratif, il y a trois (3) niveaux :

- Le niveau central regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions générales, les Directions nationales, les services centraux rattachés et les centres nationaux de réinsertion sociale. Il est chargé de la conception des orientations politiques, stratégiques, de la mobilisation et de la répartition des ressources ;
- Le niveau intermédiaire regroupe les régions médicales et les services régionaux de l'Action Sociale. Il exécute et assure le suivi et la coordination de la mise en œuvre des politiques, stratégies et plans du niveau central ;
- Le niveau périphérique regroupe les districts sanitaires, les Services départementaux de l'action sociale et les Centres de Promotion et de Réinsertion sociale (CPRS). Il constitue le niveau opérationnel où les activités doivent être menées de manière intégrée et synergique. Il est le niveau d'organisation et d'exécution des activités de santé communautaire.

L'offre de services est assurée au niveau :

- des Etablissements Publics de Santé hospitaliers et non hospitaliers (38) ;
- des centres de santé (101);
- des postes de Santé (1344);
- structures communautaire (cases : 2666, sites : 2605).

Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé et la médecine traditionnelle.

L'offre des services du sous-secteur « action sociale » se résume comme suit :

Commenté [EAM2]: Il serait bon d'ajouter les ratios de RH (medecin, infirmier, SF, Pédiatre et gynéco) et structure (Hop, CS,PS) peut être en tableau

¹ Selon la loi de finances de 2010

- Au niveau central par des actions de réadaptation et de réinsertion au sein des centres de réinsertion sociale ;
- Au niveau opérationnel, l'offre de proximité et communautaire est assurée par des intervenants au sein des hôpitaux, des centres de santé, des structures scolaires et des Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS).

DRAFT

II. ANALYSE DE LA SITUATION

II.1 Analyse de la lutte contre la Mortalité Maternelle

II.1.1 La mortalité maternelle au Sénégal : des efforts encore à faire

Le ratio de mortalité maternelle, même s'il est encore élevé, a continuellement chuté selon les EDS, comme le montre la figure 1.

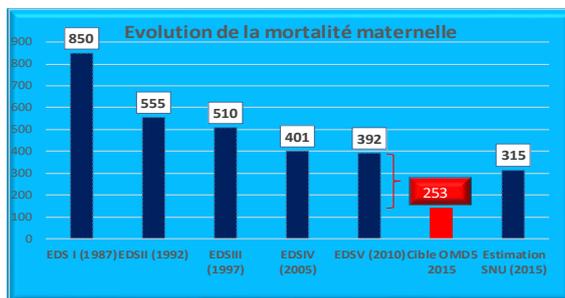


Figure 1 : Evolution de la mortalité maternelle de 1987 à 2015 au Sénégal

Il est passé de 850 /100000 NV dans les années 86-87 à 392/100.000 NV en 2010-2011 et à 315/100000 NV en 2015 selon les estimations du Système des nations Unies (SNU)

Même si les résultats ont été très encourageants pour le Sénégal, ils n'ont pas permis d'atteindre la cible de l'OMD 5 en 2015 (122 décès pour 100000 NV) et de la feuille de route 2005-2015 (200 décès /100000 NV), soit un gap de 192 points par rapport à l'objectif de la feuille de route (objectif national).

Selon les résultats de l'évaluation des besoins en SONU (2012-2013), les causes de mortalité maternelle sont :

- Les causes directes : hémorragies de la délivrance (39%), l'HTA et ses complications (éclampsie), le travail dystocique, les septicémies, les avortements à risque, les autres causes directes ;
- Les causes indirectes : Paludisme, VIH /sida, anémie etc.

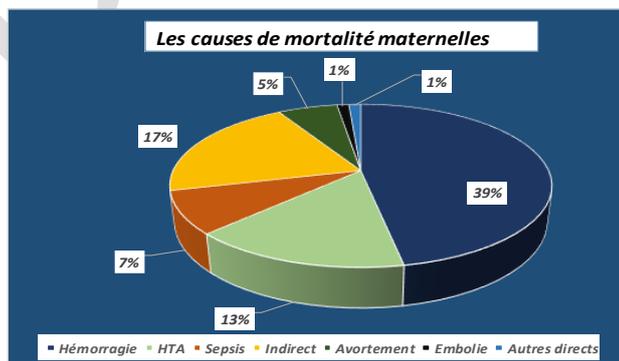


Figure 2 : Les causes de mortalité maternelle au Sénégal

II.1.2 Les déterminants de la mortalité maternelle

a. La surveillance qualitative et quantitative de la grossesse

Le taux d'utilisation de la CPN est de 95% (EDSc 2015) pendant que le taux d'achèvement est de 46,7% la même année. Le principal défi qui se pose pour l'offre de la CPN est lié au retard de la première CPN dû à plusieurs facteurs et qui explique en partie le non achèvement des quatre CPN :

- Les barrières socio culturelles ; traditionnellement une grossesse est toujours cachée tant qu'elle n'est pas visible pour les autres notamment durant le premier trimestre,
- L'accès difficile notamment dans les zones insulaires, inondables, éloignées (pistes et moyens de transport non adaptés);
- L'inaccessibilité et non harmonisation du cout du ticket de consultation prénatale
- L'inaccessibilité et la non harmonisation du cout du bilan prénatal ;
- L'insuffisance de la qualité des services.

Les interventions associées à la CPN ont des couvertures variables, satisfaisantes ou non.

La supplémentation en fer sous forme de comprimés ou de sirop est de 95% selon les données de l'EDSc 2014. Cependant, la prévalence de l'anémie est de 61,4% chez les femmes enceintes. Le taux de déparasitage systématique des femmes enceintes contre les parasites intestinaux est encore faible (26,4%). Cette faiblesse pourrait être liée à l'absence de directives claires sur cette activité.

Pour la couverture en VAT, 52,6% des femmes enceintes ont reçu au moins deux doses selon les données de routine (2015). Cependant l'enquête EDSc 2014 avait montré une couverture de 83,2%.

Le niveau des données de routine 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 antérieures. En effet, ces différentes doses n'étant pas répertoriées dans le nouveau carnet, l'historique et la chronologie ne sont pas pris en compte pour des femmes qui auraient pu être complètement vaccinées.

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

Selon les données de routine du DHIS2 (2015), le dépistage de la syphilis est effectué chez 31 % des femmes enceintes. Quant au VIH, 85% des femmes ont été testées (rapport DLSI 2015).

b. Etat nutritionnel des femmes

Vingt et un pourcent (21%) des femmes en âge de procréer ont un surpoids (≥ 25 IMC < 30) ou une obésité (IMC ≥ 30) (Smart 2015). Selon l'enquête STEPS 2015, l'obésité est de 6,4%, le surpoids 15,8% et l'obésité abdominale 22%. Cette tendance est plus marquée chez les filles. Par ailleurs, l'enquête SMART 2015 révèle un déficit énergétique sévère chez 30,6% des femmes de 12-49 ans et une malnutrition aiguë sévère de 6,1% chez les femmes enceintes et allaitantes de 15-49 ans.

Insérer 1 graphique si disponible

c. La prise en charge des Avortements

Le taux d'avortement enregistré au niveau des structures est estimé à 5% selon DHIS2 de 2015 dont 31% ont été pris en charge par Aspiration Manuelle Intra-utérine (AMIU).

Des défis se posent actuellement :

- L'insuffisance de la formation : seul 12% (EDSc 2015) des prestataires (sages-femmes et infirmiers) ont pu bénéficier de la formation ;
- L'insuffisance des kits d'aspiration AMIU et la lourdeur du processus d'acquisition ;
- L'insuffisance de décentralisation au niveau des postes de santé ;
- Le faible pourcentage de femmes sous méthode contraceptive après avortement : 53% à la fin de l'année 2015 (DHIS2) ;
- Le Recours et la référence tardifs aux soins en cas d'avortement.

d. La prise en charge de l'accouchement et du post-partum

La proportion d'accouchement dans les structures de santé a connu une nette progression au fil des années. Elle était de 47,5% en 1992, de 63,6% en 2005 et de 75% en 2015 selon les EDS respectives. Cette proportion nationale cache des disparités avec un taux de 55% dans la zone sud alors qu'à l'Ouest du pays, on note une proportion de 92%.

La proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié a évolué de 53,2% en 2005 à 65% en 2015 (DHIS2). Il convient de noter qu'en zone urbaine, 79% des accouchements sont assistés contre 43% en milieu rural. Il y a une faible évolution des accouchements assistés par du personnel qualifié entre 2005 (52%) et 2015 (53%), selon les EDSc.

Les différences notées entre les données de l'EDS et celles de routine, pourraient s'expliquer par la non prise en compte dans le DHIS2, des données d'autres secteurs (privés, confessionnelles, structures à vocation particulières, etc.).

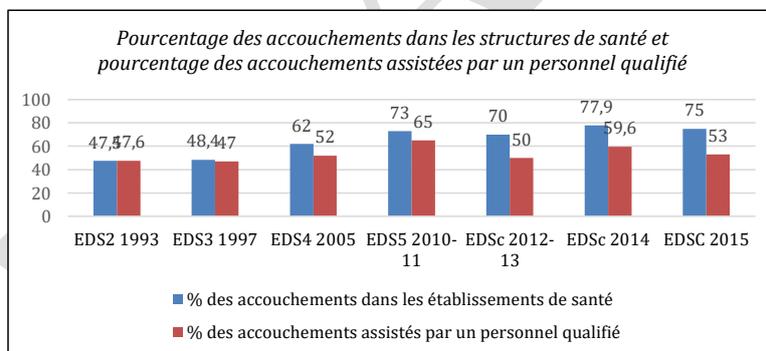


Figure 3 : Pourcentage des accouchements dans les structures de santé et pourcentage d'assistance par un personnel qualifié

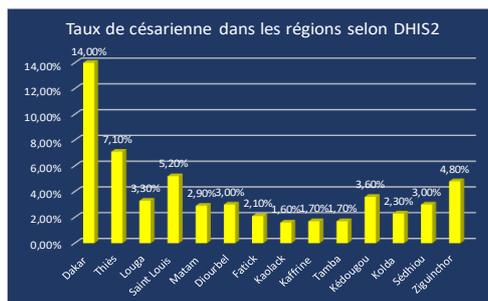
Les soins humanisés pour la mère et le nouveau-né sont garants d'une meilleure qualité des services. Le paquet introduit depuis 2009 comprend entre autres l'accouchement à style libre (ASL) qui contribue favorablement à la prise en compte des besoins de la patiente.

En 2015, 45 Points de Prestations de Services de 8 régions sur les 14 pratiquent l'accouchement à style libre. Dans la même année, la couverture en accouchement à style libre enregistrées de 2,04% pour l'ensemble des grossesses attendues (données de routine).

Le rapport de l'évaluation des besoins en SONU réalisée en 2012-2013 dans 416 PPS montre un niveau de connaissance satisfaisant des éléments de contenu de la GATPA et du partogramme. Cependant dans la réalité, la surveillance du travail à l'aide du partogramme

n'est pas effective chez toutes les parturientes (couverture 65% selon le DHIS2 en 2015). Cette situation pourrait être à l'origine des complications durant le travail et l'accouchement et accroître la morbidité et mortalité maternelles et néonatales.

Le taux national de césarienne est de 5,3% selon l'EDSc-2014 et 5% selon le DHIS2 en 2015. Cette tendance est confirmée par les données de l'EDS-MICS (5,30%) comme le montre le graphique ci-dessous. Pour la prise en charge des complications de l'accouchement, les normes préconisent un taux de césarienne de 5 à 15%. Des problèmes majeurs sont notés dans le système de gestion des stocks de kits de césariennes et l'exhaustivité de statistiques concernant les césariennes prises en charge gratuitement dans le cadre de la gratuité.



Les SONU continuent d'être un défi à relever, bien que des efforts aient été consentis dans la construction des blocs. À ce jour, 24 Blocs SONU ont été mis en place dans des centres de santé au Sénégal. Selon l'évaluation 2016 des SONU, seuls 08 Blocs sont fonctionnels, ce qui veut dire que 67% des blocs ne sont pas fonctionnels dont 59% faute d'équipements et de ressources humaines. En effet, on note entre autres des anesthésistes redéployés sans être remplacés, l'absence d'instrumentistes, des « médecins SOU » changeant de fonction car nommés Médecins Chefs de District, des retards dans la décentralisation des SONU, les coûts relativement élevés des prestations de services en milieu rural. Ce gap en ressources humaines et en équipements, est l'une des raisons qui explique le faible taux de césarienne dans certaines régions comme le montre le graphique ci-dessus.

Le taux de couverture en CPoN est de 74% en 2015, et de 75,6% (EDSc 2014.) Selon l'EDS-MICS 5-2011, il est noté une couverture très faible en CPoN 1 notamment dans la zone Sud-Est : Kolda (34 %) et Kédougou (38,9%). Les proportions les plus élevées de femmes n'ayant pas eu de CPoN se trouvent aussi dans la même zone : Tamba (36%) et Sédhiou (38,2%). Ces résultats pourraient s'expliquer par une insuffisance de la communication interpersonnelle, une insuffisance du personnel qualifié et une inadéquation des infrastructures, une inaccessibilité des populations, une inaccessibilité des structures.

Le taux élevé d'accouchement à domicile de 23,1% (EDS 2014) ne plaide pas pour la CPoN.

e. La prévalence contraceptive

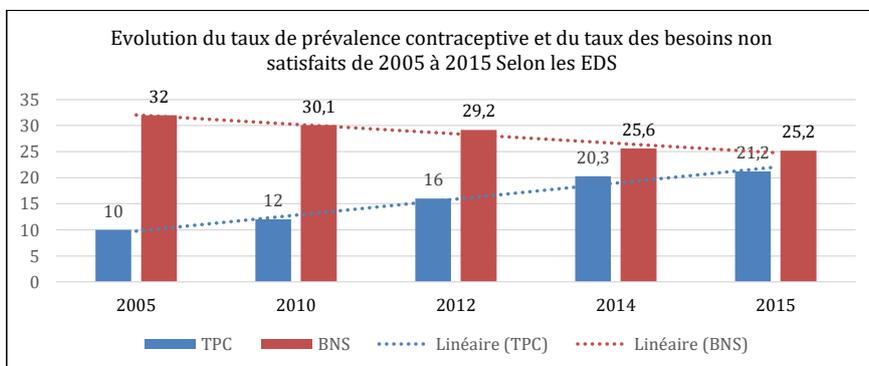


Figure 5 : Evolution de la prévalence contraceptive et des besoins non satisfaits au Sénégal de 2005 à 2015

L'espace idéal des naissances est en effet reconnu comme une intervention prioritaire à haut impact pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile. A ce titre, la mise en œuvre du Plan d'Action National de Planification Familiale 2012-2015 a permis d'augmenter progressivement le taux de prévalence contraceptive (TPC) à 21,2% et de réduire les besoins non satisfaits à 25,2%.

Le TPC est passé de 10,3% en 2005 à 21,2% en 2015 selon les EDS. Un bond remarquable a été noté entre 2012 et 2014, allant de 16% à 20%.

On note des disparités régionales du TPC variant de 15,3% dans les régions sud à 32,2% dans les régions Ouest (EDSc 2015).

Des contraintes persistent :

- Au niveau de la demande :

Le taux de prévalence contraceptive a progressé entre 2010 et 2015 mais l'évolution reste toujours concentrée dans les zones urbaines (30% en zone urbaine contre 5% en zone rurale), au niveau des quintiles les plus riches que des plus pauvres (34% contre 14%) et chez les femmes instruites que celles non instruites. (33% pour celles ayant une instruction secondaire contre 16%. EDSc, 2015). La perception de la PF chez les hommes est toujours mitigée : 50% des hommes de 25-55 ans estiment que les personnes qui utilisent la PF finissent par avoir des problèmes de santé (Rapport de la campagne communication PF 2014). Le niveau de connaissance des femmes sur la PF est toujours faible : 60% des femmes n'ont entendu aucun message sur la PF ni à la radio, ni à la télévision, ni dans les journaux. (Rapport de la campagne communication PF)

- Au niveau de l'offre de service

Dans le secteur public : l'offre de services aux adolescents et jeunes n'est pas adaptée (aménagement d'espace ado/jeunes au niveau des PPS, l'accès des adolescents aux services PF, l'intégration des services PF avec les autres services), insuffisance d'équipements et de matériel, insuffisance de formation

Dans le secteur privé : les données sur la distribution et sur la consommation ne sont pas toujours prises en compte dans le système national d'information.

Au niveau communautaire : l'offre de services est insuffisante pour répondre à la délégation de tâches prônée par le concept des 3D (Décentralisation, Délégation et Démocratisation).

f. Les autres déterminants

Ils occupent une part importante dans la mortalité maternelle :

✓ *L'infection à VIH chez la mère et l'élimination de la transmission mère enfant du VIH*

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, % en 2014 à 58, % en 2015. La proportion d'enfants nés de mère séropositive et qui ont bénéficié de la prophylaxie ARV est aussi restée stagnante entre 2014 et 2015 (respectivement 30% et 31,5%)

Le diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives par la méthode de prélèvement sur papier buvard, montre un pourcentage qui est passé de 18,5 % en 2014 à 21, % en 2015. L'absence de circuit formel pour l'acheminement des DBS et le rendu des résultats demeurent la principale contrainte.

▪ *La fistule obstétricale*

Il s'agit d'une affection sévère et handicapante, qui constitue l'une des morbidités maternelles les plus graves. Sa prévalence est estimée à 0,1% dans l'EDS 5-2011.

▪ *Les cancers du sein et du col de l'utérus*

Au Sénégal, 1000 nouveaux cas de cancer du sein en ont été recensés selon l'étude du registre de 2010². Toutefois, les plus grands problèmes résident dans le diagnostic tardif et la prise en charge très coûteuse. Parmi les principales contraintes, on note :

- L'insuffisance de statistiques fiables au niveau national ;
- L'insuffisance dans la disponibilité et l'accessibilité des femmes au frottis cervical de routine ;
- L'insuffisance de la vaccination contre les infections à HPV16 et 18 qui cible les adolescentes de 9 à 13 ans, scolarisées et non scolarisées et qui n'ont pas encore d'activité sexuelle ;
- Pour la prévention et la prise en charge du cancer du sein, le grand retard dans le diagnostic et l'insuffisance de l'accessibilité à la mammographie ;
- L'insuffisance de campagnes nationales de sensibilisation

Dans ce paragraphe il y a des données sur le cancer du sein mais pas sur le cancer du col : (Expliquer compléter ou traiter en deux paragraphes séparés)

II.1.3. Réponse politique et programmatique

- Le maillage progressif du pays en postes de santé de 913 en 2005 à 1453 en 2015 (carte sanitaire 2015) ;
- La formation des prestataires sur la CPN recentrée ;
- La subvention de la moustiquaire imprégnée ;
- La qualité de la prise en charge de l'accouchement avec l'application des directives de la surveillance du travail à partir du partogramme et de la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) ;
- Les avancées significatives dans le recrutement de personnel qualifié, en sage-femme et infirmier pour les régions périphériques ;
- La gratuité des césariennes initiée depuis 2004 et renforcée dans le cadre de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
- La sécurisation des produits SR/PF à travers :
 - L'augmentation progressive de la ligne budgétaire des produits contraceptifs, (de 100 000 000 à 200 000 000 en 2015 ;
 - L'élargissement de la gamme des méthodes contraceptives ;
 - L'intégration des produits contraceptifs dans le circuit de distribution de la PNA ;Le renforcement de la disponibilité des produits jusqu'au dernier kilomètre (Informed push model) dans les 14 régions

² Magazine panafricain d'information sur la santé, N° 00 octobre-décembre 2015 Page 16

- Le renforcement du SIGL à travers le comité de projet SIGL mis en place par le MSAS
 - Le renforcement de la disponibilité des produits d'importance vitale pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
- La décentralisation de l'offre des services et des produits SR au niveau communautaire (offre initiale de pilules et le paquet d'activités essentielles intégrées) ;
 - Le renforcement de la communication par l'élaboration du plan de communication de masse « Moytou Nef », Communication Interpersonnelle ciblant les religieux, les Bajenu Gox, les relais, les communicateurs traditionnels, les tradipraticiens, etc ;
 - L'existence d'une stratégie nationale 2011-2015 sur les fistules vésico-vaginales ;
 - L'existence d'une maison d'accueil et d'appui à la réinsertion des femmes porteuses de fistules obstétricales "Diwaanu Tawfeex" ;
 - La célébration chaque année de la Journée internationale pour l'élimination de la fistule obstétricale ;
 - L'identification et l'assistance aux femmes porteuses de fistules obstétricales, la formation de plusieurs spécialistes de la santé en réparation des fistules obstétricales ;
 - Les efforts entrepris par l'Etat du Sénégal pour venir en aide aux malades du cancer ;
 - Les actions organisées par la Ligue Sénégalaise contre le Cancer (LISCA) en collaboration avec d'autres partenaires, offrent des opportunités de dépistage aux femmes avec la mammographie à un prix plus accessible.

II.2 Analyse de la lutte contre la mortalité néonatale

II. 2.1. Évolution du taux de mortalité néonatale

Selon les EDS, le taux de mortalité néonatale a connu une baisse progressive de 17,5 points de 1992 (40,5 pour mille NV) à 2015 (23 pour mille NV). Mais cela n'a pas permis d'atteindre l'objectif de 2015 (16 pour mille NV) soit un gap de 07 points. La mortalité est plus élevée en milieu rural (42,9 pour mille) qu'en milieu urbain (34,4 pour mille).

L'importance de la proportion de la mortalité néonatale dans la mortalité infanto-juvénile constitue un frein à sa régression. En effet, la part de la mortalité néonatale dans la mortalité infanto-juvénile est passée de 29% à 39% entre 2005 et 2015. Il s'avère donc quasi impossible de faire baisser la mortalité infanto-juvénile sans agir efficacement sur les causes et déterminants de la mortalité néonatale.

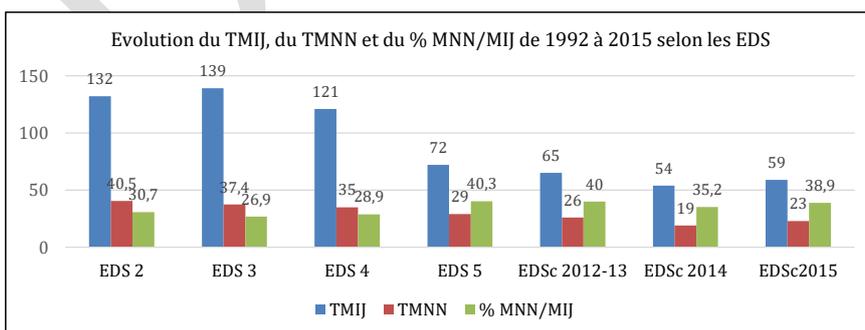


Figure 6 : Pourcentage de la part de la Mortalité néonatale par rapport à la mortalité infanto-juvénile au Sénégal de 1992 à 2015 (EDS)

II.2.2 Disparités de la mortalité néonatale entre les régions

Il existe de grandes disparités entre les régions. La région de Diourbel affiche le taux le plus élevé (41,8 pour mille) suivie des régions de Kédougou (40 pour mille) et de Kolda (39,6 pour mille) et. Au nord et au centre, on enregistre les taux les plus faibles variant de 20,36 (Dakar) à 26,02 (Fatick) pour mille naissances vivantes. (Source EDS 2014).

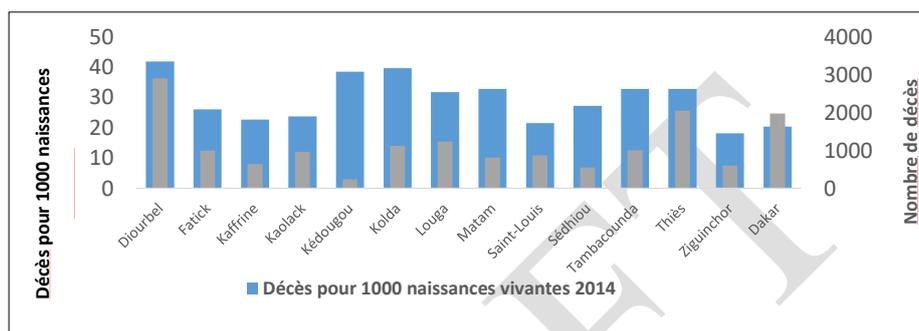
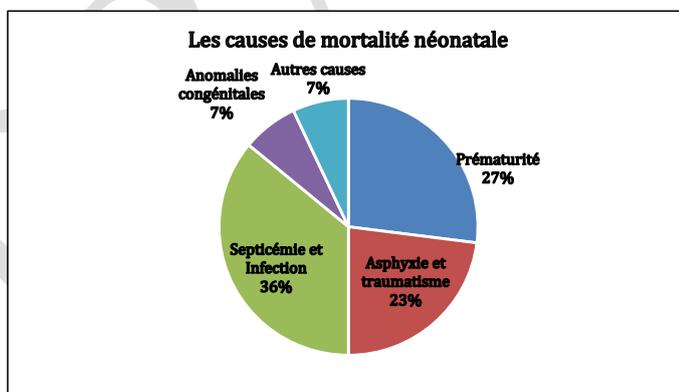


Figure 6 : Mortalité et nombre de décès de nouveau-nés par région

II.2.3 Déterminants de la mortalité néonatale au Sénégal

Au Sénégal, les causes de mortalité néonatale sont : les septicémies et les infections 36%, la prématurité ³27%, les asphyxies et traumatismes à la naissance (23%), les anomalies congénitales 7%, et les autres causes (7%).



a. Couverture des Consultations post natales des nouveau-nés

La consultation post natale n'est toujours pas systématique. Selon l'EDSc 2014, seuls 58,6% des nouveau-nés en ont bénéficié. Cette situation expose les nouveau-nés à des complications graves qui auraient pu être détectées précocement et prises en charge. En effet, une proportion importante de décès de nouveaux nés qui surviennent dans la période néonatale se produit dans les 48h qui suivent la naissance (EDS).

³ Présentation Pays SMNI 2006

b. Faible poids de Naissance

Selon les données de l'EDSc-2014, le pourcentage de faible poids de naissance varie entre 13% et 17 % des nouveaux nés, dont 6 à 12 % de prématurés.

Cette proportion est de 10% des nouveau-nés d'après les données de routines (DHIS2). Un mauvais état nutritionnel et/ou La sérologie HIV positive de la mère pourraient être des explications du faible poids de naissance. 12,9% des femmes enceintes sont considérées comme malnutries avec 01 périmètre brachial inférieur à 230 mm (SMART 2015).

c. Les soins immédiats :

Le pourcentage de nouveaux nés ayant bénéficié du paquet de soins immédiats* à la naissance est de 75% en fin 2015 (Source DHIS2 -Données de routine). Cela pourrait être dû aux ruptures en Vitamine K1, le collyre antiseptique et les accouchements à domicile.

II.2.4 Réponse politique et programmatique par rapport à la mortalité néonatale

Plusieurs stratégies ont été mises en œuvre pour réduire la mortalité néonatale :

- Existence d'un Plan opérationnel de passage à l'échelle nationale des interventions à haut impact (POPAEN)
- Elaboration du manuel de base sur les Soins essentiels aux nouveau- nés (Février 2005)
- Passage à l'échelle de l'intervention soins essentiels aux nouveau-nés ;
- Renforcement des SONU à travers la disponibilité et la qualité des services au niveau des structures de santé,
- Renforcement des capacités des Ressources humaines en Soins Essentiels du Nouveau-né (SENN) et la réanimation par HBB ;
- Promotion de la mise au sein précoce et la pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ;
- Mise en œuvre des Soins Maternels Kangourou pour la prise en charge des soins appropriés pour les petits poids de naissance en privilégiant les régions périphériques où l'accès au personnel spécialisé est limité ;
- Mise en œuvre de la stratégie « soins de la mère et du nouveau-né à domicile » ;
- Intégration de la PEC du nouveau-né dans la PCIME clinique ;
- Vaccination du nouveau-né à la naissance : la polio orale, l'hépatite B et le BCG ;
- Mise en place d'équipements divers (tables chauffantes, couveuses, etc.) ;
- Intégration des indicateurs sur le nouveau-né dans le programme national FBR ;
- Promotion des centres d'excellence pour la mère et le nouveau-né.

II.3 Analyse de la lutte contre la mortalité infanto-juvénile

II.3.1. Évolution du taux de mortalité infanto-juvénile

Globalement l'évolution de la mortalité infanto juvénile au Sénégal a connu de grands progrès. En effet, le taux de mortalité infanto juvénile a connu une forte tendance à la baisse. Il est passé de 139 en 2000 à 59 pour mille en 2015 (**références**) soit une réduction de 58% en l'espace de 15 ans. Toutefois il faut noter que la réduction attendue sur la période était de 66%.

La baisse de la mortalité juvénile est la plus importante et la plus constante. Entre 2005 et 2010, elle est passée de 64 à 26 pour mille pour arriver à 21 pour mille en 2015. Bien qu'ayant la même tendance évolutive à la baisse que la mortalité juvénile, la mortalité infantile reste très élevée ; ceci s'explique par sa composante néonatale dont le rythme de baisse est plus lent.

Cependant l'évolution de la mortalité infanto juvénile connaît d'importantes disparités régionales comme le montre le graphique ci-dessous.

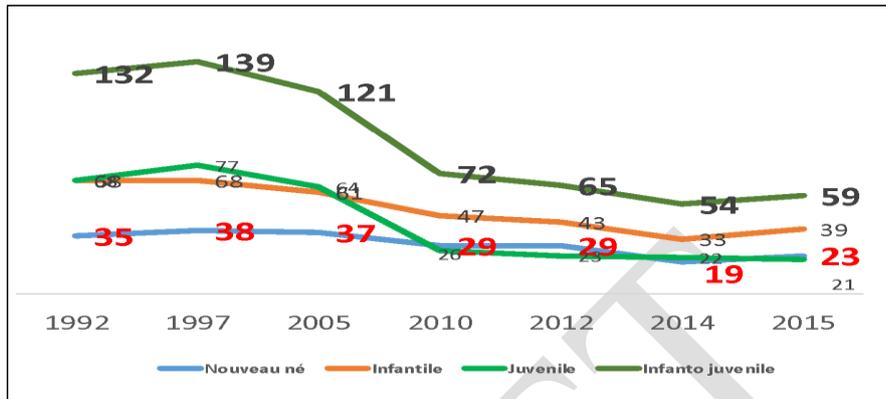


Figure 7 : Evolution de la mortalité néonatale, infantile, juvénile et infanto juvénile entre 1992 et 2015 au Sénégal

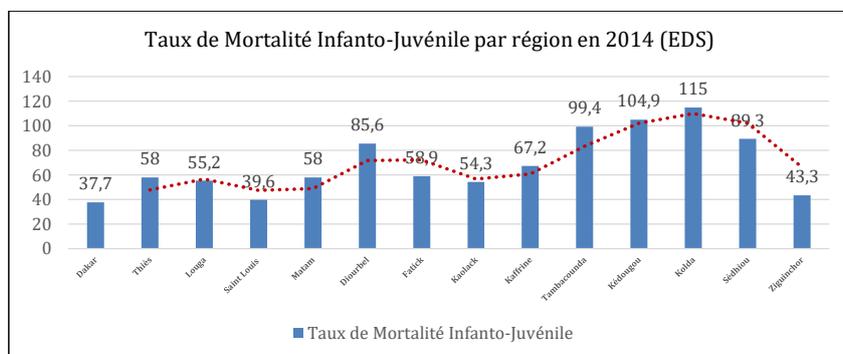
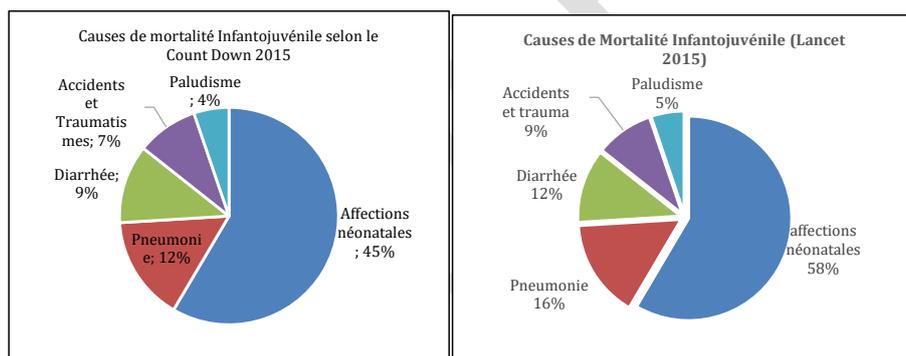


Figure 8 : mortalité infanto-juvenile par région en 2014

Le taux de mortalité juvénile est resté très élevé dans les régions Sud et Sud-Est, avec un pic au niveau de Kolda.

II.3.2 Causes des décès chez les enfants de moins de cinq ans au Sénégal



Au cours de la décennie 2010-2020, le Senegal a consenti d'importants efforts dans la lutte contre le paludisme et les maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination. Ainsi, la rougeole et le paludisme qui constituaient les deux premières causes de morbidité et de mortalité sont contrôlés.

Le rapport 2015 du compte à rebours du SNU, fait ressortir qu'au Sénégal, les enfants de moins de cinq ans meurent principalement d'affections néonatales (45%) qui constituent la première cause de décès, suivies de la pneumonie (12%), de la diarrhée (9%), des accidents et traumatismes (7%) et du paludisme (4%). La malnutrition est associée à 45% des décès au niveau mondial (Lancet 2013) et au Sénégal le rapport du compte à rebours 2015 de l'OMS fait noter que la malnutrition est associée à 33% des décès des moins de 5 ans. (Sources Count Down 2015)

II.3.3 Déterminants de la mortalité Infanto-juvenile au Sénégal

- a. Affections néonatales : cf. chapitre précédent
- b. Les maladies cibles du PEV

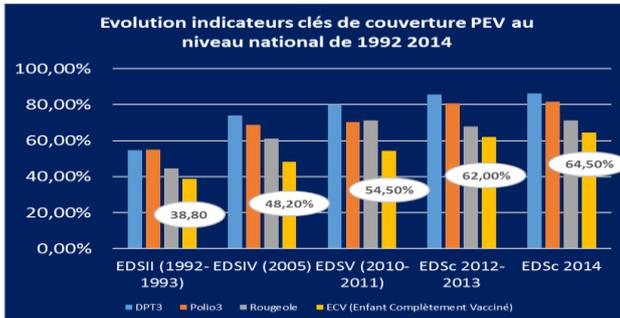


Figure 9 : Evolution des indicateurs clés de couverture PEV au niveau national de 1992 à 2014

Les enfants continuent de mourir de certaines maladies cibles du PEV. Selon les résultats de l'EDSc 2015, seuls 64,5% des enfants de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés. Néanmoins le taux de couverture des différents antigènes a beaucoup progressé sur la période de 1992 à 2015, comme le montre le graphique ci-dessous.

Les affections respiratoires aiguës

Les affections respiratoires aiguës constituent la deuxième cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Parmi les enfants présentant les signes d'infections respiratoires, seul 50% ont recherché des soins dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire (EDSc, 2015).

c. La diarrhée

La diarrhée constitue la troisième cause de mortalité des enfants avec une prévalence de 18%(EDS c 2015). 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 associé au zinc. Ces deux produits ne sont toujours pas disponibles en même temps pour être administrés en association à l'enfant tel que recommandés par les protocoles.

Dans le cadre de la prévention, on constate qu'une bonne utilisation des installations sanitaires améliorées réduit la morbi-mortalité spécifique de la diarrhée.

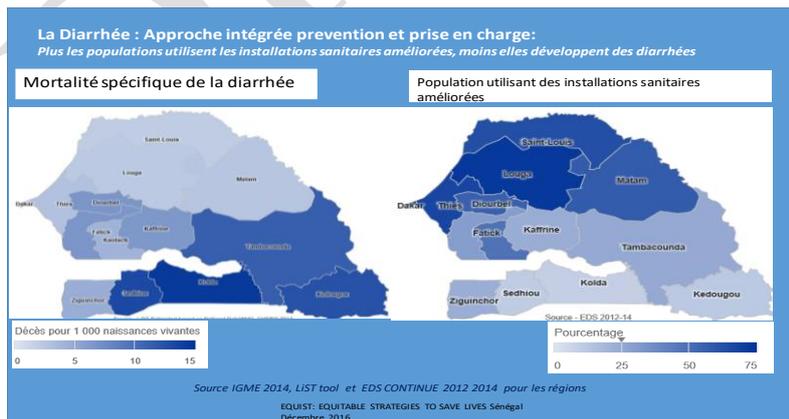


Figure 10 : Corrélation entre la mortalité spécifique de la diarrhée et l'utilisation d'installations sanitaires améliorées

Le graphique ci-dessus montre la corrélation entre le bon niveau de couverture en installations sanitaires communautaires et la réduction de la mortalité infanto juvénile liée à la diarrhée.

d. Le paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

La prévalence du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans, actualisée avec les données de l'EDSc 2015, est estimée à 1,1% sur la base des TDR ou 1,2 % selon la microscopie.

Pour la prévention du paludisme, dans les ménages sénégalais, la proportion d'enfants de 0 à 5 ans ayant dormi sous moustiquaires imprégnées d'insecticide est passée de 43,2% à 55% selon l'EDSc-2014.

Quant à la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, elle se fait par l'utilisation de la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (ACT) et 0,7% des enfants ayant eu de la fièvre ont pris l'ACT (EDSc2015).

e. Alimentation et Etat nutritionnel des enfants

La situation nutritionnelle au Sénégal est mise en évidence à travers les enquêtes EDS et SMART. L'état nutritionnel des enfants est perçu à travers les indicateurs que sont : le retard de croissance ou malnutrition chronique, l'émaciation ou malnutrition aiguë et l'insuffisance pondérale. L'évolution de ces différentes formes et composantes de la malnutrition est relevée dans le graphique ci-dessous.

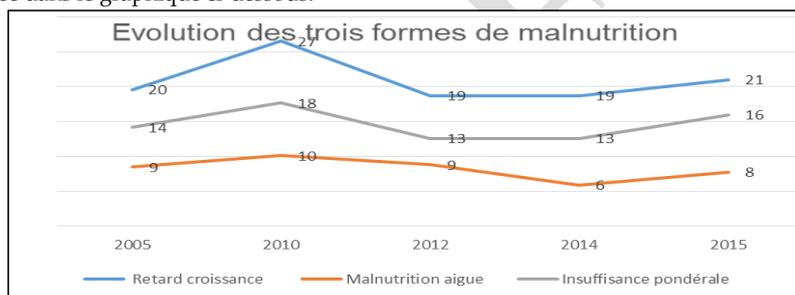


Figure 11 : Evolution de l'état nutritionnel des enfants de 2005 à 2014 (EDS MICS-EDSc)

Au Sénégal, la carte de l'insécurité alimentaire montre que les prévalences les plus élevées se trouvent dans les régions de Ziguinchor (67,6 %), Sédhiou (66,9 %), Kolda (50 %), Matam (48 %) et Kédougou (45,6 %) qui dépassent le seuil des 40 %. Cette situation d'insécurité alimentaire contribuerait à la persistance de la malnutrition dans certaines zones du pays.

Selon l'enquête SMART 2015 on note les résultats suivants :

Malnutrition aiguë.

Au niveau national, la prévalence est de 9% avec une disparité selon les régions. Le nord du Sénégal est plus affecté avec Matam (16,5%), Louga (16,1%), Saint Louis (14,7% avec 18% au département de Podor). De plus, les prévalences de Malnutrition aiguë Sévère (MAS) dépasse le seuil d'urgence de 2% dans ces 3 régions ainsi que dans la région de Tambacounda (2,1%).

La Malnutrition chronique.

Au Sénégal, la prévalence de la malnutrition chronique est de 17,1% chez les enfants de 0-59 mois. Par contre, la région de Sédhiou, avec un taux de 29,6%, est dans une situation préoccupante.

Pour ce qui est de la forme sévère du retard de croissance, les régions les plus affectées sont : Sédhiou (9,8%), Kédougou (8,1%) et Kaffrine (7,5%).

L'insuffisance pondérale.

Elle reflète aussi bien une malnutrition chronique qu'une malnutrition aigüe. Au Sénégal, la prévalence chez les enfants de 0-59 mois est de 16% (EDS 2015) et 13,9% selon SMART. Les régions de Louga, Matam, Saint-Louis (particulièrement le département de Podor) et de Tambacounda présentent une prévalence d'Insuffisance pondérale de plus de 20%. Cette prévalence a connu une baisse entre 2012-2013 (16%) et 2014(13%). Elle est légèrement plus élevée chez les garçons (14 %) que chez les filles (12%). (EDS-MICS 2010-2011).

L'obésité et le surpoids.

Ils sont en augmentation constante avec actuellement 1% chez les enfants de moins de 5 ans.

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

- Allaitement Maternel Exclusif (AME) : La proportion d'enfants âgés de moins de six mois exclusivement allaités au sein s'élève à 33 % (EDSc, 2015).
- Allaitement continue jusqu'à 24 mois : A la naissance presque tous les enfants sont allaités (99%) et cela se poursuit après la naissance jusqu'à 12 à 17 mois. (EDSc 2015)
- Alimentation complémentaire appropriée : Entre 6 et 8 mois, âge à partir duquel tous les enfants devraient déjà recevoir des aliments de complément en plus du lait maternel, seulement 54 % des enfants sont nourris de façon appropriée ; à 9-11 mois, cette proportion concerne, pratiquement, quatre enfants sur cinq (82 %). (EDSc 2015)
- Globalement, parmi les enfants de 6-23 mois, allaités, 17 % sont nourris conformément aux critères de diversification alimentaire (EDSc 2015).

Carences en micronutriments

Fer : Au Sénégal la proportion d'enfants de 6-59 mois souffrant d'anémie sévère est de 3 % dont 28 % avaient une forme légère et 35 % une forme modérée. Selon l'âge, c'est entre 12 et 23 mois que les enfants sont les plus touchés par l'anémie soit 82 % (EDSc 2015).

Vit A : Parmi les enfants de 6-59 mois, pratiquement quatre enfants sur cinq soit 88 % avaient reçu des suppléments en vitamine A. On constate par ailleurs que les couvertures des plus petits (6-9 mois) est plus faible (72%) (EDS-C, 2015). La relance de la supplémentation en routine a démarré en 2013 avec un pilote dans 3 régions, pour atteindre 05 régions en 2014, avant d'être généralisée aux autres régions.

Zinc : La supplémentation systématique en Zinc n'est pas encore en vigueur.

Iode : Le pourcentage de sel iodé en milieu urbain est de 68,9 % et de 47,9% en milieu rural en 2015 (EDSc 2015). Selon les résultats de l'enquête nationale sur l'« utilisation du sel iodé et des bouillons par les ménages, le statut en iode des femmes enceintes et en âge de procréer, 81% des ménages consomment du sel iodé au Sénégal. Cependant seuls 37% des ménages consomment du sel adéquatement iodé et la carence en iode affecte 28,3% des femmes en âge de procréer, et 30,9% des femmes enceintes au niveau national. (CLM 2014),

f. Autres déterminants :

Avec le recul des affections prioritaires que sont le paludisme, la rougeole et la diarrhée, d'autres déterminants sont devenus de nouvelles priorités :

- Les urgences pédiatriques,
- Les traumatismes et accidents,
- La drépanocytose,
- Les maladies chroniques (diabète et obésité),
- L'asthme et les maladies négligées.

Face à cette situation, la réponse politiques et programmatiques a été axée autour de :

- L'élaboration d'un plan stratégique de renforcement de la vaccination ;
- Le passage à l'échelle de la PCIME clinique et communautaire ;
- L'élaboration de politiques et normes recommandant la PEC de tous cas de diarrhée par le SRO associé au Zinc pour prévenir la déshydratation ;
- Le renforcement de l'approche multisectorielle pour la lutte contre la malnutrition
- Mise en œuvre de la politique de l'Alimentation et la Nutrition du Jeune Enfant
- La gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans (CMU) ;
- Le renforcement de la participation communautaire dans la gestion de la santé de l'enfant.

II.4 Analyse situationnelle de la santé des adolescent(e)s/ jeunes

La santé des adolescent(e)s /jeunes reste préoccupante au Sénégal. Les adolescent(e)s/jeunes se déclarent en bonne santé, mais bon nombre d'entre eux sont souvent exposés à des comportements à risque qui ont des conséquences sur leur santé, leur développement et leur vie future. Ainsi, il est important de promouvoir une approche holistique et multisectorielle et de prendre des mesures en vue de les protéger contre les risques sanitaires.

II.4.1 Situation de la Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescent(e)s/ Jeunes au Sénégal

a. Indicateurs liés aux comportements sexuels

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 leurs premiers rapports sexuels 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 sexuels (source, EDSc 2015).

Une adolescente de 15-19 ans sur deux (50%) a eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, avec un partenaire plus âgé qu'elle d'au moins dix ans. Cette proportion est plus élevée chez celles en union (54,3 %) et chez celles sans aucune instruction (57,1 % selon EDSc 2015).

b. Indicateurs liés à la connaissance du VIH

De nombreux jeunes ne disposent pas souvent d'informations sur les moyens de se protéger contre les IST/VIH/sida. En effet, 26,6% de jeunes filles de 15-24 ans et 32,8% de jeunes garçons de la même tranche d'âge ont une connaissance approfondie du VIH.

Il est primordial que les jeunes connaissent leur statut vis-à-vis du VIH pour l'adoption de comportements sexuels responsables et l'utilisation des services de traitement et de soins du VIH. Ainsi, le pourcentage de jeunes filles de 15-24 ans qui ont subi un test de dépistage du VIH et qui en ont reçu le résultat a considérablement augmenté mais demeure toujours faible : 23,3% en 2010 (EDS Mics 2010-2011) contre 30,1% en 2015. De même, celui des jeunes garçons de 15-24 ans est aussi en hausse de 12,6% (EDS Mics 2010-2011) à 16,4% selon EDSc 2015.

c. Indicateurs liés à la connaissance des méthodes contraceptives

Les jeunes n'utilisent pas souvent les méthodes contraceptives modernes bien qu'ayant une bonne connaissance de ces dernières. En effet, 90,4 % des adolescentes de 15-19 ans et 98,4%

des jeunes filles de 20-24 ans en union connaissent au moins une méthode contraceptive moderne; mais le taux de prévalence contraceptive chez ces dernières est respectivement de 5,5% et 17,9% selon EDSc 2015.

d. Indicateurs liés à la prévalence des IST et de l'infection à VIH

Les adolescent(e)s et les jeunes sont aussi exposés au risque de contracter une infection sexuellement transmissible (IST) ou une infection à VIH. Ainsi, 2,9% de jeunes hommes de 15-24 ans et 19,2% de jeunes filles qui ont eu des rapports sexuels, ont déclaré avoir eu une IST. ⁴De même, la prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est de 0,2 % : soit 0,1 % chez les garçons et 0,3 % chez les filles⁵. Lors de la 3^{ème} 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 les 41,4% avaient entre 20 et 24 ans.⁶

e. Grossesses précoces et/ou non désirées

Une étude menée au Sénégal sur les grossesses précoces en milieu scolaire (2010-2014) a révélé que les grossesses concernent le plus souvent les filles âgées de 13 à 17 ans : les 31% proviennent des 13-15 ans, les 45 % surviennent chez les 16 - 17 ans et les 24 % chez les 18 - 19 ans. La majorité des filles enceintes fréquentaient les classes du premier cycle secondaire⁷. Les causes des grossesses précoces sont : les mariages précoces, le besoin de prouver sa fertilité, l'ignorance, les difficultés d'accès aux services de planning familial, etc.

Souvent, lorsqu'elles ne sont pas désirées, les grossesses peuvent aboutir à :

- Des avortements à risque mettant en danger la vie de l'adolescente : Une étude faite au Sénégal montre que parmi les femmes qui se sont présentées pour complications d'un avortement provoqué, les 79% sont des jeunes filles âgées de 14 à 24 ans⁸
- Des infanticides : environ 30 à 40 % des femmes ayant des grossesses non désirées commettent un infanticide. Une étude a répertorié dans une Maison d'Arrêt des femmes au Sénégal, 18,51% de femmes pour suspicion d'avortements provoqués ou d'infanticides, parmi les détenues. Elles avaient une moyenne d'âge inférieure à 25 ans avec parmi elles une adolescente âgée de 16 ans.⁹

f. Fécondité des adolescentes de 15-19 ans

Les adolescentes qui constituent 22 % de l'ensemble des femmes en âge de procréer, contribuent pour près de 10 % à la fécondité totale des femmes. On observe une fécondité précoce élevée chez les adolescentes de 15-19 ans (80 pour mille). La fécondité est nettement plus faible en milieu urbain (45 pour mille) qu'en milieu rural (108 pour mille). ¹⁰

⁵ EDS Mics, 2010-2011

⁶ Enquêtes combinées auprès des groupes clés (MSM 2013)

⁷ GEEP Etude sur les grossesses en milieu scolaire, 2010-2014

⁸ Diadiou F/ et al. 1995, Mortalité et Morbidité liés aux avortements provoqués clandestins dans quatre sites de références dakarois au Sénégal UCAD/CGO/CHU Le Dantec MS/HRP, Dakar, 50

⁹ Soumah M. et Al. Détention provisoire des jeunes femmes accusées d'avortement clandestin ou d'infanticides au Sénégal Pan Afr Med J. 2012 ; 12 ; 49

¹⁰ EDS continues 2015

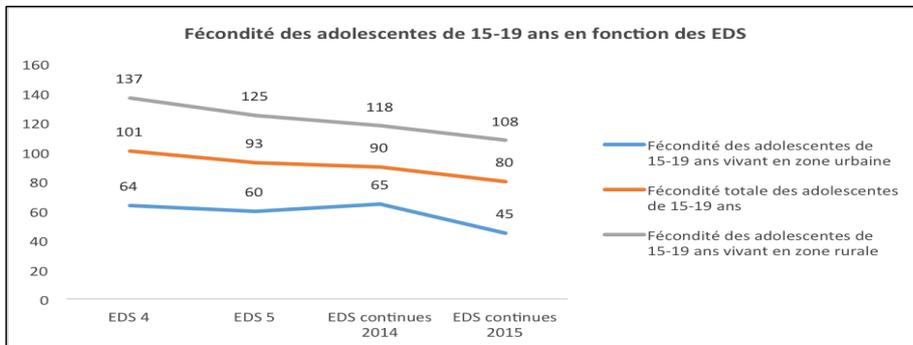


Figure 12 : Evolution de la fécondité des adolescentes de 15-19 ans de 2005 à 2014

II.4.2 Consommation de substances psycho actives

Nombreux sont les adolescent(e)s et les jeunes qui expérimentent la consommation du tabac, de l'alcool et de la drogue. La consommation de tabac chez les adolescentes de 15-19 ans est de 0,2% et de 0,1% chez les jeunes filles de 20-24 ans. Cette consommation est plus élevée chez les garçons de 15-19 ans (5%) et de 20-24 ans (13%).¹¹

Selon l'enquête UDSEN réalisée en 2011 et portant sur les consommateurs de drogues injectables au Sénégal, la consommation de drogues débute vers l'âge de 18 - 20 ans.¹²

Ces comportements à risque peuvent entraver le bien-être des jeunes et avoir un impact négatif sur leur santé sexuelle et de la reproduction.

Par exemple, la consommation d'alcool contribue souvent à des comportements sexuels à risques, comme la multiplicité des partenaires (0,2 % des filles de 15-24 ans et 1,9% des garçons de 15-24 ans)¹³, l'utilisation irrégulière du préservatif et le commerce du sexe.¹⁴

En outre, les jeunes qui utilisent des drogues présentent plus de risque de contracter l'infection à VIH (9,4% chez ceux qui s'injectent contre 2,5% chez ceux qui ne se sont jamais injectés). Ils sont susceptibles de n'avoir accès ni à l'information, ni au matériel d'injection stérile, ni aux services de dépistage et de conseil en matière de VIH.¹⁵

II.4.3 Alimentation et Nutrition des adolescent(e)s/jeunes

La prévalence de l'anémie chez les 15-19 ans est de 54% chez les garçons et de 55,5% chez les filles. Parmi ces ado-jeunes, 2,3% présentent une anémie sévère. L'anémie, le plus souvent liée à une carence en fer et à la menstruation, réduit la performance scolaire et accroît le risque d'hémorragie et de septicémie maternelle pendant l'accouchement.

La sous-nutrition induit une faible croissance du fœtus et un nouveau-né de petit poids.

Les adolescentes de 15-19 ans ont une prévalence de surpoids/obésité de 7 % et d'insuffisance pondérale de 34,5%. Alors que 0,4% des garçons de 15-19 ans ont un

¹¹ EDS Mics, 2010-2011

¹² CNLS-CRCF- ANRS, Enquête UDSEN, 2011

¹³ EDS continues 2015

¹⁴ Elizabeth Futrell et Suzanne Fischer, "Alcohol and Its Effect on Young People's Reproductive and Sexual Health", YouthLens 36 (Research Triangle Park, NC : FHI360, 2012).

¹⁵ UNICEF, Tirer parti de la crise

surpoids/obésité et 25,7% présentent une maigreur.¹⁶

II.4.4 Passage vers l'enseignement secondaire

Le fait que les adolescent(e)s commencent et terminent leur scolarité dans l'enseignement secondaire est primordial pour l'acquisition des connaissances et des compétences nécessaires pour mener une vie saine et productive. Au Sénégal, en 2015, le taux de transition CM2- 6ème est de 85,9% chez les garçons et de 86,7 % chez les filles¹⁷, environ 2/3 de filles (66%) et de garçons (71%) ont commencé l'école secondaire. Il faut noter que les garçons sont également exposés au risque de quitter l'école trop tôt.¹⁸ Le niveau d'instruction est corrélé avec beaucoup d'indicateurs de SRMNIA.

II.4.5 Réponse politiques et programmatiques

DRAFT

¹⁶ EDS Mics, 2010-2011

¹⁷ Stat-Flash 2015-2016 du MEN

¹⁸ Sources : La Banque mondiale, Base de données Indicateurs du développement dans le monde ; et l'Institut de statistiques de l'UNESCO.

Au niveau de la réponse politique et programmatique, il a été noté entre autres initiatives :

- L'élaboration du plan stratégique 2014-2018 et sa mise en œuvre ; (renforcement des compétences des prestataires, aménagement des services) ;
- La définition des standards jeunes, normes et protocoles pour la SR adolescents ;
- La promotion de structures offrant des services conviviaux aux jeunes.
- La campagne de communication, éducation par les pairs,
- Le dépistage volontaire,
- Le maintien des filles à l'école.

II.5 Analyse de l'Environnement

II.5.1 Environnement légal et Droits humains : cadre législatif et réglementaire

L'article 7 de la constitution dispose : « Tout individu a droit à la vie, à la liberté, à la sécurité, au libre développement de sa personnalité, à l'intégrité corporelle notamment à la protection contre toutes mutilations physiques ».

Le Sénégal a souscrit à plusieurs agendas internationaux et a ratifié diverses conventions internationales relatives à la protection des femmes et des filles mais a aussi initié des lois. On peut citer entre autres : la loi SR ; la loi VIH/Sida ; la loi sur les MGF ; la loi sur les substituts du lait maternel ; la loi sur l'enrichissement des aliments en Fer, en vitamine A, en Iode ; la loi sur l'équité de genre, etc.

Très souvent c'est l'application effective ou optimale qui fait défaut à cause de lourdeurs socio-culturelles et l'ignorance.

II.5.2 Enregistrement des Naissances et des décès à l'état civil au Sénégal

II.5.2.1 Analyse du niveau d'enregistrement des Naissances à l'Etat civil

L'analyse porte sur la déclaration des naissances, des décès à l'état civil à travers la possession d'acte de naissance et de décès. La nouvelle stratégie accorde une importance capitale à cette composante pour donner une identité juridique à tous les enfants et pour soutenir la collecte des données sur la mortalité en dehors du système de santé.

	Déclarent posséder un acte d'état civil,			Ne possèdent pas un acte d'état civil
	Bulletin de Naissance	Jugement supplétif	Total	
Total recensés	63,40%	16,30%	79,70%	16,60%
Hommes	64,40%	16,30%	80,70%	15,50%
Femmes	62,20%	16,40%	78,60%	17,60%

Tableau 2 : Possession d'acte de naissance (en pourcentage) dans la population générale et selon le sexe

Selon le rapport de l'ANSD 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% chez les hommes et 78,6% chez les femmes) déclarent posséder un acte d'état civil contre 16,6% qui n'en possèdent pas (15,5% chez les hommes et 17,6% chez les femmes).

Au niveau des régions, on note une variation dans la possession d'acte de naissance. En milieu rural, ce taux est de 68,5 % contre 93,2% en milieu urbain

N°	REGIONS	Existence d'une déclaration de Naissance	Aucun
----	---------	--	-------

		Bulletin Naissance	Jugement Supplétif	Total	
1	Dakar	88,9	6,4	95,3	2,3
2	Thies	75,9	11,0	86,9	9,8
3	Louga	53,1	17,7	70,8	25,4
4	Saint louis	68,8	13,6	82,4	14,3
5	Matam	49,4	23,2	72,6	22,8
6	Diourbel	51,1	16,4	67,5	21,4
7	Fatick	54,3	25,3	79,6	16,7
8	Kaolack	54,1	23,2	77,3	18,3
9	Kaffrine	31,5	26,2	57,7	38,7
10	Tamba	43,3	15,4	58,7	38,0
11	Kédougou	57,1	18,2	75,3	19,7
12	Kolda	43,9	20,6	64,5	21,5
13	Sédhiou	37,3	36,4	73,7	21,0
14	Ziguinchor	60,4	31,2	91,6	5,2

Tableau 3 : Variation de la possession d'acte de naissance (en %) selon les régions

Les régions de Dakar et Ziguinchor affichent les taux les plus élevés de possession d'acte de naissance. Par ailleurs, on retrouve les régions où le niveau est relativement faible ; il s'agit de Kaffrine (57%), Tamba (58,7%) et Kolda (64,5%).

III.5.2.2 Analyse du Niveau de déclaration des décès à l'état civil

REGIONS	Niveau de déclaration des décès à l'état civil		
	NON	OUI	NSP
Dakar	11,38	82,82	5,80
Thiès	56,04	34,48	9,48
Louga	77,83	15,02	7,15
Saint louis	57,69	35,28	7,03
Matam	78,20	14,96	6,84
Diourbel	76,59	13,46	9,94
Fatick	72,95	21,54	5,51
Kaolack	67,19	26,76	6,05
Kaffrine	88,14	8,15	3,71
Tamba	83,43	12,23	4,34
Kédougou	76,19	20,43	3,37
Kolda	87,14	10,43	2,44
Sédhiou	87,14	9,02	3,84
Ziguinchor	54,88	37,76	7,36
Total SENEGAL	65,20%	30,80%	
M. Urbain	31,70%		
M. Rural	85,80%		

Tableau 4 : Niveau de déclaration des décès à l'état civil (RGPHAE de 2013)

Au Sénégal, seul 30,8% des décès sont déclarés et 65,2% des décès survenus dans la population ne sont pas déclarés (85,8 % en milieu rural contre 31,7% en milieu urbain). Le faible niveau de déclaration des décès dans la majorité des régions (Ex : Sédhiou : 9,2%, Kaffrine : 8,1%) contraste le niveau élevé à Dakar estimé à 82,8%

Cette disparité peut être liée à une insuffisance d'application de la réglementation concernant les procédures d'inhumation.

II.5.3 Analyse du Partenariat

Au Sénégal, la collaboration entre le MSAS et les partenaires nationaux et internationaux s'est renforcée durant ces dernières années.

Le partenariat avec les PTFs multilatéraux et bilatéraux se traduit par un apport financier très important estimé à xx dollar mais aussi, par une assistance technique soutenue et multiforme. La cartographie des intervenants en cours d'élaboration en donne les détails. Divers cadres de gouvernance permettant la concertation, la planification, le pilotage et le suivi des programmes SRMNIA ont été mis en place. On en retient essentiellement la plateforme pour le Renforcement du Système de Santé et le Comité de pilotage et de coordination SRMIA qui s'est élargie à l'ensemble des parties prenantes en devenant la Plateforme GFF.

Il a favorisé l'engagement des autres départements ministériels, la société civile, les populations et le secteur privé en faveur de la SRMNIA.

II.5.4 Analyse de la situation des mariages d'enfants, des mutilations génitales féminines et des violences faites aux femmes et aux filles (Violences Basées sur le Genre)

II.5.4.1 Analyse de la situation des mariages d'enfants

Le mariage des enfants, souvent forcé est très répandu au Sénégal et constitue un des maillons de la discrimination faite aux filles qui sont ainsi privées de choix. En effet, selon l'EDS MICS 2010-2011, 24% des adolescentes de 15-19 ans sont mariées ou en union, 33% des femmes âgées de 20-24 ans ont été mariées avant l'âge de 18 ans. La prévalence des mariages d'enfants est élevée dans certaines régions : Diourbel (46%), Louga (47%), Matam (56%) Tamba (57%), Kolda (68%).

II.5.4.2 Analyse de la situation sur les mutilations génitales féminines

Au Sénégal selon l'EDSc 2014, 25 % des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir été excisées contre 26 % en 2010/11

- La prévalence en fonction des régions : la pratique de l'excision est surtout circonscrite à certaines régions : Kédougou (92 %), Matam (87 %), Sédhiou (86 %), Tambacounda et Kolda (85 % dans les deux cas) ; ces régions concentrent les ethnies dans lesquelles cette pratique est très ancrée dans les normes sociales, notamment au niveau des rites d'initiation. Dans la région de Dakar, la prévalence est de 20 %. C'est dans la région de Diourbel que la proportion de femmes excisées est la plus faible (0,5 %).
- La prévalence en fonction de l'ethnie : l'excision est très influencée par l'appartenance ethnique. C'est chez les Mandingues que la prévalence est la plus élevée (82 %) ; suivie des Soninkés (65 %), des Poulars (55 %) et des Diolas (52 %). La pratique demeure très faible chez les Sérers (2 %) et les Wolofs (0,9 %)
- L'âge au moment de l'excision : elle est pratiquée à des âges très jeunes. En effet, 71 % ont été excisées avant l'âge de 5 ans, 10 % entre 2 et 4 ans et 11 % entre 0 et 1 an. L'excision a été relativement tardive pour 21% (entre 5 et 14 ans).
- Concernant la personne ayant procédé à l'excision : 91 % des cas ont été exécutés par des exciseuses traditionnelles (96 % des cas en 2005). Ceci montre que ce rôle leur est dévolu par la communauté avec une certaine reconnaissance sociale et confère à cette pratique un caractère normatif et social. Dans 1 % des cas, l'excision est pratiquée par les matrones/accoucheuses traditionnelles

II.5.4.3 Analyse de la situation du Genre

Politique

Pour le PSE en tant que cadre fédérateur de toutes les interventions, « l'intégration du genre dans les politiques publiques est adoptée comme stratégie pour lutter contre toute forme d'inégalité et assurer à tous une participation équitable au processus de développement. La prise en compte des questions de genre représente, de ce fait, un enjeu transversal pour l'ensemble des programmes de développement national. »

Genre et SRMNIA

L'institutionnalisation ou l'intégration transversale du genre consiste à évaluer les implications des femmes et des hommes dans toute action planifiée comprenant les politiques, la législation, les procédures ou les programmes dans tous les domaines et à tous les niveaux.

Quatre axes stratégiques pour soutenir l'effectivité de l'institutionnalisation du genre et son opérationnalisation dans les interventions du ministère tout au long de la pyramide sanitaire :

- Soutenir le changement de comportement en faveur du genre, la lutte contre les stéréotypes et les violences basées sur les genres ;
- Renforcer les capacités en approche genre et techniques sensibles au genre.
- Accélérer l'institutionnalisation du genre dans les instruments organisationnels et les mécanismes d'évaluation du MSAS ;
- Renforcer l'engagement et la redevabilité des centres de responsabilité en faveur de l'équité et de l'égalité de genre au niveau central et au niveau décentralisé à travers.

II.5.5 Analyse de la situation des violences faites aux femmes et aux filles (Violences Basées sur le Genre)

Selon le rapport technique final 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%¹⁹.

La prévalence selon les régions se présente comme suit : Diourbel (72,3%), Fatick (67,5%), Ziguinchor (66%), Tambacounda (60,8%), Sédhiou (60%), Kédougou (55%), Kolda et Kaolack (54%), Thiès (53,8%), Kaffrine (53%), Dakar (52,5%), Saint-Louis (41,1%), Louga (38%) et Matam (36,3%).

Réponses politiques et programmatiques

Pour être en adéquation avec ces engagements internationaux, des mesures ont été prises :

- En 2005, la loi n°2005-18 du 05 août 2005 relative à la santé de la reproduction a été votée ;
- Loi n°99-05 du 29 janvier 1999 modifie le code pénal en vue de pénaliser la pratique de l'excision ;
- Suite à son engagement en juin 2001 lors de la session spéciale sur le VIH/SIDA, le Sénégal a promulgué la loi n° 2010-03 du 09 avril 2010 permettant ainsi de combler un vide juridique dans la lutte contre le VIH/SIDA en ce qui concerne la prise en charge globale des personnes infectées ou affectées et la prévention pour freiner la propagation de l'infection à VIH/SIDA.

Tout cet arsenal juridique et réglementaire s'inscrit dans un contexte politique et social soutenu par une vision globale du PSE et sa mise en œuvre à travers différents instruments dont l'acte 3 de la décentralisation l'institutionnalisation du genre et son opérationnalisation

¹⁹ PROJET N°107009-001 2012-2015 de l'Université Gaston Berger de Saint Louis (Septembre 2015),

dans les interventions du ministère tout au long de la pyramide sanitaire.

II.6 Analyse de la Gestion Logistique

La promotion de l'accès pour tous aux médicaments et produits de santé a toujours été une des priorités du Ministère de la Santé. En effet, 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 (surs et sécurisés) et à moindre coût au niveau des PPS (dernier km). Cette priorité est inscrite dans tous les documents stratégiques de la politique Pharmaceutique Nationale (2014).

Le système d'approvisionnement suit le cycle logistique SADU : Sélection Acquisition Distribution Utilisation

II.6.1 La sélection des produits

Elle est basée sur la liste nationale des médicaments. Celle-ci est établie par niveau et est révisée tous les deux ans. Tous les médicaments et produits SRSE sont inscrits sur cette liste.

II.6.2. L'Achat des produits

L'approvisionnement en produits SRSE est assuré d'une part par l'Etat et d'autre part par les partenaires.

Toutefois la disponibilité sur le marché international de ces produits n'est pas toujours satisfaisante.

En sus, l'industrie pharmaceutique locale ne couvre que 10 à 15% des besoins en médicament du pays. Tous les médicaments sélectionnés pour achat doivent être enregistrés au niveau de la Direction de la pharmacie et du médicament.

II.6.3 La distribution des produits

La mise en œuvre de stratégie PUSH a permis d'améliorer la disponibilité des produits au niveau des PPS. Cependant, des ruptures de produits persistent à tous les niveaux, liées aux insuffisances dans la planification, à la gestion des produits, aux délais de livraison des fournisseurs et parfois aux procédures d'acquisition. Il s'y ajoute le faible niveau des stocks de sécurité au niveau de la centrale d'achat capable de satisfaire les besoins en médicament de tous la PPS du pays.

Par ailleurs, on note une timide implication du secteur privé malgré la forte volonté des acteurs de ce secteur et l'engagement de la DSRSE à collaborer. En dépit de sa forte implantation, le secteur privé totalise environ 20% seulement des consommations nationales en produits.

A l'exception des condoms, tous les produits font l'objet d'un recouvrement des coûts sur la base de l'arrêté interministériel N°188/MSHP/DPM du 15 Janvier 2003, fixant la marge bénéficiaire, quoique les tarifs soient très fortement subventionnés. Les faibles marges sur ces produits ont induit de la négligence dans leur approvisionnement par les responsables de structures et les comités de santé, justifiant entre autres le recours au Push Model

II.6.4 Utilisation des produits

Au Sénégal, la gestion des produits est pour la plupart du temps confié à des personnes non qualifiées au niveau opérationnel. Des supervisions sont menées par le niveau central mais le problème de la gestion des médicaments demeure. Un plaidoyer soutenu doit être mené

pour un recrutement et un déploiement des pharmaciens au niveau des districts.

II.6.5 Système d'information à des fins de gestion logistique

Au Sénégal, des logiciels de gestion des médicaments cohabitent aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Le problème demeure l'interconnexion de ces différents logiciels pour avoir des informations complètes et standardisées sur toute la chaîne d'approvisionnement.

- Signature d'une Convention entre les programmes prioritaires du Ministère de la Santé (DSRSE, PNLP, PNT et DLSI) et le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM) pour le Contrôle de qualité des médicaments de la SRSE, des médicaments antipaludiques, des médicaments antituberculeux et des médicaments antirétroviraux.
- L'élaboration d'une loi sur la Santé de la Reproduction avec inscription des produits de la SR ;
- Existence d'un Comité national pour la Sécurisation des Produits SR (SPSR) intégrant l'ensemble des parties prenantes du plan national d'approvisionnement ;
- Définition et mise en œuvre d'un nouveau schéma national de distribution intégré jusqu'aux points de prestations de service (PPS) en passant par les districts (Jeguesi naa /Yeksii naa ;
- Existence d'un dispositif national de notification et de collecte des effets indésirables ;

Mise en œuvre d'une politique de promotion de l'accessibilité financière à travers les subventions, les politiques de gratuité, les mutuelles de santé et l'augmentation progressive du budget de l'Etat alloué à l'achat des contraceptifs

II.6.6 Réponse politique et programmatique

Dans la réponse politique et programmatique, nous noterons entre autres :

- a. **L'élaboration** d'une politique Nationale pharmaceutique, avec un système chargé de l'application de cette politique. Ce système dispose de deux secteurs d'offre de médicaments et produits de santé complémentaires à savoir, le secteur public et le secteur privé. Il comprend en outre trois principales structures du niveau central qui sont :
- La DPM chargée de la réglementation ;
 - La PNA chargée de l'approvisionnement, du stockage et de la distribution ;
 - Le LNCM chargé des analyses de contrôle de qualité.

Ces 03 structures travaillent en partenariat avec les programmes du ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

b. L'assurance qualité des médicaments et produits de santé

Le système d'assurance qualité au Sénégal repose sur le système d'enregistrement des médicaments, l'inspection pharmaceutique, le contrôle technique et le système de pharmacovigilance.

- **Le système d'enregistrement des médicaments**

Il existe une commission nationale du médicament pour l'octroi de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) institué par un arrêté du MSAS nu et un système d'homologation des prix des médicaments. Après l'avis des experts sur les dossiers des fabricants présentés par la DPM, la Commission Nationale du Médicament propose au Ministre de la santé l'octroi, le refus ou l'ajournement de l'AMM. Ressortir les problèmes

- **L'inspection pharmaceutique**

La fabrication, le stockage, la distribution, la prescription et la dispensation sont fortement réglementées. L'inspection des médicaments permet de s'assurer du bon respect des Bonnes Pratiques de fabrication (BPF), des Bonnes Pratiques de Stockage (BPS), des Bonnes Pratiques de Distribution (BPD), des Bonnes Pratiques de Prescription et de Dispensation.

▪ **Le contrôle technique**

Le contrôle technique des médicaments est assuré par le laboratoire de contrôle des médicaments. Les procédures de contrôle au niveau du laboratoire sont validées. Son financement est assuré par le Budget Etat et les partenaires aux développements. Il y a cependant des difficultés à mobiliser ce budget.

▪ **Le système national de pharmacovigilance**

Il est institué par arrêté ministériel N° 004012 du 02 juin 1998 et a pour objet la surveillance du risque d'effets indésirables résultant de l'utilisation des médicaments ainsi que les manifestations indésirables liées à l'administration des vaccins, en vue des mesures à prendre pour diminuer ou supprimer leur impact sur la santé des populations.

Il est mis en œuvre par la Direction de la Pharmacie et du Médicament et comprend en outre, la Commission Nationale de Pharmacovigilance, le Comité Technique du Médicament, le Comité Technique des Vaccins et les Centres Régionaux de Pharmacovigilance. La surveillance des Manifestations Post Immunisation (MAPI) a été renforcée. En effet les professionnels de santé des districts ont été formés et sensibilisés sur les formulaires de collectes des données et surtout sur le système de pharmacovigilance de la vaccination. Cependant, ces acquis obtenus sur les vaccins devraient être capitalisés pour l'ensemble des autres médicaments.

Des difficultés existent et empêchent la DPM de jouer pleinement son rôle : insuffisance du budget ; son statut ne lui permet pas de bénéficier des ristournes sur les fonds générés par les d'enregistrement.

c. La pérennisation du nouveau schéma de distribution YEKSIINA (JEGESIINA couple à IPM)

Les résultats positifs en termes d'impact sur la réduction des ruptures au niveau des PPS obtenus avec les pilotes de la stratégie IPM ont conduit le Ministère à décider son articulation au système de santé à travers la PNA/PRA/DISTRICT/PPS. Cette transformation majeure dans le système logistique nationale jette les bases d'un système d'approvisionnement local District/PPS qu'il faut sécuriser en amont et en aval (cycle logistique) pour atteindre les objectifs d'impact durables projetés au dernier Kilomètre.

Pour veiller sur la bonne qualité des médicaments, le gouvernement a adopté l'obligation d'obtention d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) auprès de la Direction de la Pharmacie et du médicament pour les produits pharmaceutiques avant leur utilisation au Sénégal. Cette autorisation doit être renouvelée tous les 05 ans.

Dans le cadre de l'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels, de leur qualité et leur distribution, le Sénégal a défini des normes, mécanismes et lois sur les produits :

- L'existence d'une liste Nationale des Médicaments Essentiels par niveau (LNME) incluant les produits de la SRSE révisable tous les 02 ans ;
- Les achats des médicaments s'effectuent sur la base de bonnes pratiques de fabrication et sur la pré-qualification ;

II.7 Analyse du système de planification, suivi-évaluation et recherche de la DSRSE

La DSRSE dispose d'une Cellule de planification, suivi-évaluation et recherche qui coordonne et assure la mise en œuvre des activités relevant de ses missions en collaboration avec l'ensemble des programmes et directions du ministère ainsi que des partenaires techniques et financiers.

L'analyse du système actuel de planification, du suivi/évaluation et de la recherche de la DSRSE a montré qu'il y a une forte interrelation avec le SNIS qui lui fournit la totalité de ses données de routine à partir de la plateforme du DHIS2. Il en est de même du processus de planification qui se fait en collaboration avec la DPRS.

L'analyse a montré des insuffisances en ressources humaines, matérielles et financières pour une bonne coordination des activités de la cellule. Il y a un besoin de renforcement de capacités au niveau de la Cellule Suivi/Evaluation.

Le rapport du diagnostic institutionnel de la DSRSE fait en 2015 a recommandé l'érection de la Cellule en division en la dotant de ressources conséquentes pour une meilleure efficacité.

II.7.1 La planification

Au niveau du MSAS, la planification est un mandat de la DPRS qui coordonne avec l'ensemble des autres directions et programmes pour la planification au niveau central, régional et opérationnel.

Depuis 2013, il y a une note du MSAS désignant dans chaque programme et direction un point focal Planification et Suivi Evaluation qui joue le rôle d'interface entre son programme et le niveau central à travers la DPRS.

Cela s'est fait dans un souci de mieux impliquer les différents programmes aux processus de planification et de suivi évaluation du MSAS.

En effet, la DSRSE accompagne la DPRS dans le processus de planification depuis les PTA des services centraux jusqu'à la consolidation dans le document pluriannuel de programmation des dépenses (DPPD) en veillant à ce que les indicateurs pertinents de la SRMNIA y soient visibles pour le secteur. Le DPPD faisant référence au PND5 (récemment la Lettre de politique Sectorielle de développement : LPSD), dispose du PTA comme outil d'opérationnalisation de la planification des interventions SRMNIA.

L'analyse de la situation a montré qu'au niveau de la DSRSE, il existe un processus de planification annuelle aboutissant au PTA qui est traduit en plan de travail trimestriel (PTT) pour un suivi de proximité. Cependant, des insuffisances sont notées dans le caractère participatif et inclusif du processus. Les agents impliqués dans l'élaboration des PTA ne sont pas suffisamment formés à l'utilisation des outils de planification (maquette), ce qui entache la qualité des PTA, notamment la cohérence au moment de la synthèse et le non-respect des délais de soumission. D'autre part, la participation de la DSRSE à l'élaboration des PTA des régions et des autres directions et programmes du ministère de la santé qui ont un lien avec la SRMNIA est encore faible.

Le défi actuel pour la DSRSE, c'est d'aller vers une planification annuelle et trimestrielle SRMNIA intégrée avec tous les programmes et autres directions. Cette planification se fera dans une approche décentralisée qui implique les régions médicales et districts qui sont responsables de la mise en œuvre des plans opérationnels régionaux SRMNIA ainsi intégrés dans les PTA.

II.7.2 Le Suivi-évaluation

Au niveau de la DSRSE, un dispositif a été mis en place pour assurer le suivi-évaluation des programmes SRMNIA. Des activités de suivi périodiques sont menées au niveau central et décentralisé :

- Le suivi du Plan de travail annuel (PTA) et des Plans de travail trimestriels (PTT) une revue nationale semestrielle et annuelles de la SRMNIA impliquant tous les programmes et partenaires techniques et financiers de la DSRSE ;
- Des supervisions semestrielles du niveau central vers le niveau régional pour assurer la qualité des prestations et des données.

L'analyse du système de Suivi-évaluation a cependant montré des insuffisances :

- En matière de rapportage à partir du DHIS2 (complétude, exhaustivité, promptitude, exactitude) ;
- De suivi des PTA dans tous ces aspects (non-respect du format de suivi du PTA, informations sollicitées par les partenaires et celles utilisées dans le pilotage global du système de santé) ;
- En matière de relations fonctionnelles entre la cellule suivi-évaluation et les divisions de la DSRSE, d'où la problématique de l'appropriation du système de suivi évaluation.

Globalement, en matière de suivi-évaluation, l'audit institutionnel a montré que chaque division assure ses activités de suivi sans coordination avec la cellule dédiée. Ce manque de synergie mérite d'être corrigé pour plus d'efficacité dans les interventions de la DSRSE. D'autant plus que nous allons maintenant vers un plan SRMNIA intégré avec toutes ses exigences

Au niveau régional, des revues trimestrielles sont régulièrement organisées ainsi que des exercices de monitoring pour l'identification des goulots d'étranglement et la proposition de solutions correctrices.

De même des efforts devront être faits en rapport avec la DSIS pour combler le gap sur la qualité des informations SRMNIA. La promptitude et la qualité des données restent un véritable défi du système d'information et la plateforme DHIS2 pour tous les formulaires et programmes de la DSRSE si l'on se fie aux données de la revue 2016. De ce fait, la collaboration entre la DSRSE et la DSIS doit être renforcée à tous les niveaux pour disposer de données de qualité et dans les meilleurs délais. Des difficultés techniques dans l'utilisation de l'outil DHIS2 sont constatées tant au niveau du traitement des données que de l'élaboration de rapports d'activités.

Il n'existe pas de système d'archivage au niveau de la DSRSE.

La diffusion et de l'utilisation des données à des fins de prise de décision ou de plaidoyer doit être renforcée. Les activités de revues, de surveillance et les enquêtes y compris la recherche doivent faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre de ce plan SRMNIA sous la coordination de la Cellule de planification, suivi-évaluation et recherche.

II.7.3 La recherche

Beaucoup de questions agitées et un besoin d'information complémentaire ne trouvent pas toujours de réponse car la recherche qui devrait y aider n'est pas suffisamment développée au niveau de la DSRSE. Des recherches opérationnelles sur des problématiques de SRMNIA devraient être plus fréquentes pour apporter des solutions à certains problèmes de santé. La collaboration avec des structures de recherche qui seraient intéressées par des thématiques de recherche sur la SRMNIA pourrait être un axe important.

Le Plan stratégique Santé de la Reproduction 2010-2015 n'a pas fait l'objet d'évaluation et cela devra être corrigé pour ce présent plan intégré SRMNIA 2016-2020.

II.7.4 Réponse Politique et programmatique

- Mise à l'échelle de la plateforme DHIS2
- Manuel RDQA en cours de validation qui va servir de cadre de référence pour tous les programmes du ministère de la santé ;
- Diagnostic institutionnel a été fait avec les PTF et un plan de renforcement de capacité élaboré et validé.
- EDSC continue annuelle
- Renforcement en RH de la cellule et renforcement des compétences,
- Appui assistance technique

II.8 Analyse de la Gouvernance

II.8.1 Analyse de la coordination au niveau central et au niveau décentralisé

II.8.1.1 Coordination au niveau central

a. Analyse de l'organisation de la DSRSE

La DSRSE est composée de 5 divisions, 3 cellules et 1 bureau de gestion :

- La direction et les services rattachés ;
- Division de la planification familiale ;
- Division de Santé de la mère et du nouveau-né ;
- Division de la Santé de la Reproduction des Adolescents/Jeunes ;
- Division de l'Alimentation et de la Nutrition ;
- Division de la Survie de l'Enfant ;
- Cellule de Promotion SRSE ;
- Cellule logistique ;
- Cellule suivi-évaluation ;

Chaque division s'occupe d'une composante spécifique de la SRMNIA. L'analyse de la situation réelle de la direction permet de mettre en évidence un certain nombre de dysfonctionnements qui sont en cours de correction. Il s'agit entre autres :

- Insuffisance des ressources humaines en qualité et quantité ;
- Absence de description de postes ;
- Affectations non basées sur des profils prédéterminés ;
- Tendance de la DSRSE à mener des activités opérationnelles à la place des régions et des districts ;

b. Coordination au sein du MSAS

Il existe plusieurs cadres de coordinations des interventions SRMNIA au sein du MSAS :

La réunion bimestrielle de coordination des PTF :

Cette rencontre est conjointement pilotée par le chef de file des PTF (OMS et le Secrétaire général MSAS). Elle permet de passer en revue les engagements du secteur et les résultats enregistrés à travers l'appui des partenaires notamment en matière de SRMNIA. Il existe un groupe de travail des partenaires « Cluster Santé SRMNIA » qui fait office de bras technique des PTF notamment pour l'harmonisation des interventions.

La réunion du Comité Interne de Suivi (CIS) du PNDS :

Le CIS est l'instance de suivi de la mise en œuvre du PTA global du secteur de la santé mettant l'accent sur la SRMNIA. Avec l'avènement du DPPD deux réunions du CIS sont

tenues dans l'année, la première réunion du CIS se tient au mois de juillet pour la validation des projets de PTA, le deuxième au mois d'octobre pour le suivi à mi-parcours de la mise en œuvre du PTA.

La coordination interne des programmes du DPPD :

Une réunion mensuelle interne par Programme du DPPD est instaurée pour un suivi de la mise en œuvre des actions phares au sein des programmes.

La revue annuelle conjointe :

Elle se tient une fois l'année. Présidée conjointement avec le Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, cette rencontre permet de partager avec tous les acteurs de la santé, le rapport de performance du DPPD dont la plupart des indicateurs concerne la SRMNIA.

C. Analyse de la coordination au niveau de la DSRSE

Coordination interne de la Direction

- **Réunion hebdomadaire de coordination du Staff**

Chaque semaine, la direction tient une réunion de coordination réunissant le staff directionnel, les chefs de divisions, les responsables de cellules et les conseillers pour la revue des interventions exécutées dans le cadre de la mise en œuvre des PTA, partager les informations, les directives et les solutions aux problèmes identifiés. C'est l'instance de coordination la plus fonctionnelle et la plus régulière de la direction ;

- **Réunion bimestrielle de coordination de la direction**

Elle est élargie à tout le personnel de la DSRSE et fait le bilan d'étape de la mise en œuvre du PTA. Elle permet de revoir la planification sur la base des résultats enregistrés ;

- **La coordination au sein des divisions**

A ce niveau, l'audit organisationnel avait constaté une absence de coordination au sein des unités supposées être les bras armés de la direction. Cependant, il faut noter des évolutions favorables depuis 2014. Les divisions tiennent des réunions même si elles sont irrégulières et sont appuyées par des personnes ressources recrutées par les partenaires pour la direction.

- **Coordination intersectorielle**

Depuis quelques années, le cadre de coordination multisectorielle dédié à la SRMNIA (Comité de lutte multisectorielle contre la mortalité maternelle et néonatale) n'est plus fonctionnel.

Avec l'avènement de la DSRSE, force est de reconnaître les efforts consentis pour capitaliser les acquis en matière de coordination du programme de PF et améliorer la coordination avec les autres secteurs (OSC, secteur privé, autres Ministères publics, etc.).

- **Comité de Pilotage et de Coordination (CPC)**

Depuis 2014, il a été mis en place au sein du MSAS, un Comité de Pilotage et de Coordination des interventions de la santé reproductive maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA) présidé par le Ministre de la Santé et de l'Action sociale. Ce comité est chargé d'orienter, de piloter et de coordonner l'ensemble des interventions SRMNIA à l'échelle du pays sous l'impulsion de la DSRSE et se réunit tous les trois mois.

Ce cadre a fonctionné mais pas de façon optimal car les différents responsables de divisions ont continué à utiliser les instances existantes antérieures, situation qui est quelque part n'améliore pas la coordination de la SRMNIA.

- **Comité technique SRMNIA**

Le CPC dispose d'un comité technique. Il est constitué d'experts du ministère et des partenaires (PTF, ONG, Société Civile, Secteur privé, collectivités locales) et assiste la DSRSE sur toutes les questions indiquées par le comité de pilotage.

Il est subdivisé en : i) sous-comité technique offres/demande de services, ii) sous-comité technique logistique, iii) sous-comité plaidoyer, communication, mobilisation sociale et de mobilisation des ressources.

- **Coordination avec l'extérieur**
- **Avec les autres programmes ciblant la mère et l'enfant**
- **Avec les régions et le niveau opérationnel**

II.8.1.2 Analyse de la coordination au niveau régional et opérationnel

La Gestion et la coordination au niveau régional et au niveau district sont opérationnalisées de deux manières : techniques (à travers l'organisation des réunions de coordination régionale, de district et du poste de santé) et administratives (par l'animation des CRD, CDD et CLD).

II.8.1.2 Coordination au niveau régional

- **La réunion de coordination de la Région Médicale :**

Elle est organisée tous les trimestres pour faire le suivi des activités menées à l'échelle de la région. Cette réunion voit la participation des services régionaux de santé, les équipes cadres des districts sanitaires, les EPS, les membres des comités de santé, les représentants des collectivités locales, les représentants des comités des districts sanitaires, les organisations de la société civiles, les unions régionales des mutuelles de santé, les PTF et du niveau central. La DSRSE participe régulièrement à cette instance de coordination régionale qui est une opportunité de partage des informations relatives à la SRMNIA. La coordination régionale est souvent associée à la revue des performances avec une journée consacrée à cet effet.

- **Cadre de concertation régionale :**

Il existe des cadres de concertations régionales avec les partenaires locaux et présidés par les gouverneurs. Il convient de souligner que ces cadres ne sont pas fonctionnels ou n'existent pas par endroit.

- **La Revue trimestrielle régionale**

Organisée par axe par la DSRSE, elle permet de partager l'état des lieux des interventions axées sur la SRMNIA, les bonnes pratiques et les directives. Ces revues trimestrielles régionales contribuent à alimenter la revue nationale SRMNIA.

- **Le Comité régional de développement :**

Présidé par le chef de l'exécutif régional, il est parfois convoqué à la demande du MCR pour partager avec les acteurs du développement local les résultats des activités de santé et en particulier celles du SRMNIA.

- **La Revue annuelle conjointe de la région :**

Elle constitue une instance de coordination, de partage des résultats des districts et de la région. La DSRSE y participe de manière irrégulière.

a. Coordination au niveau district

- **La réunion de coordination du District sanitaire :**

Elle se tient tous les mois et réunit l'ECD, les infirmiers chef de poste, les représentants du centre de santé et de la région médicale, les membres du comité de santé du district, les

organisations partenaires intervenant dans la santé (ONG, les PTF). Les points focaux locaux en SR et SRANSE participent à cette rencontre. Cette réunion permet de partager les résultats des activités des Postes et Centres de Santé, centrées sur la SRMNIA et de prendre des mesures correctrices.

- **Coordination de l'action communautaire**

Malgré la valeur ajoutée de l'apport communautaire dans la résolution des problèmes de santé, force est de constater qu'il y a une insuffisance dans la capitalisation des informations relatives aux interventions communautaires. Par ailleurs, l'élaboration des POCL n'est pas systématique, les PTA n'intègrent pas toujours les POCL. La tenue des réunions de coordination au niveau des postes de santé avec les partenaires (acteurs communautaires, collectivités locales, etc.) n'est pas régulière.

Le district sanitaire doit impulser la coordination du poste de santé pour une meilleure organisation de la participation communautaire et une valorisation de plusieurs expériences communautaires mises en œuvre.

II.8.2 Analyse de la gestion financière et la comptabilité matière

III.8.2.1 La gestion financière

Gestion financière et comptable au niveau central (DSRSE)

En matière de gestion administrative et financière, la DSRSE n'a pas de manuel de procédures propre mais se réfère aux normes et procédures du MSAS. Les marchés sont exécutés dans le strict respect du code des marchés publics du Sénégal à travers la Direction de l'Administration Générale de l'Équipement du ministère de la santé (DAGE). Il convient de noter les lourdeurs administratives dans l'exécution du plan de passation des marchés publics, s'expliquant en partie par l'absence d'un passeur de marchés publics dédié. Ces lourdeurs concernent le processus de validation et d'acquisition des investissements

Par ailleurs, il faut noter que la DSRSE reçoit les fonds des PTF mais exécute les dépenses selon leurs procédures spécifiques. Toutefois la structure dispose d'un compte bancaire spécial lui permettant de recevoir des fonds et de les transférer dans les comptes des régions médicales qui ont obligation de faire remonter les pièces justificatives avec un rapport technique et financier. On note l'inexistence du rapport financier global de la direction.

Le bureau de gestion est chargé de faciliter la mise en œuvre et l'exécution des différentes activités du PTA mais on note une insuffisance du personnel.

Suite aux recommandations de l'audit externe de 2014, le bureau a procédé à un réaménagement avec désignation d'un agent chargé du contrôle interne et l'acquisition d'un outil de gestion financière « TomPro ». Cependant, ce logiciel n'est pas opérationnel faute de compétences. Le système d'archivage existe mais n'est pas suffisamment structuré.

La gestion des ressources financières et matérielles au niveau opérationnel

Les districts sanitaires et les régions médicales, disposent des fonds provenant de l'Etat, le FDD (ordonnés et administrés par les collectivités locales) et des fonds déconcentrés (ordonnés par les autorités administratives et administrés par les autorités déconcentrées du ministère de la santé : MCR et MCR). Les régions et districts disposent d'un comptable matière pour la gestion des équipements et des finances. Les fonds des partenaires sont administrés au niveau local par les MCR et MCD. Des lenteurs sont observées dans la remontée de ces pièces avec comme corollaire, le retard des financements ultérieur.

Le système d'allocation et de mobilisation des ressources

Les ressources de la DSRSE proviennent d'une part de l'Etat et d'autre part des partenaires

techniques et financiers. Selon l'audit organisationnel, environ 70 à 75% du budget de la DSRSE provient de la contribution des PTF.

Les principaux partenaires de la DSRSE sont : l'USAID, l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, la JICA, le PAM, l'AMREF et l'Initiative Micronutriments, et l'OOAS pour ne citer que ceux -là.

II.8.2.2 La comptabilité des matières

La DSRSE dispose d'un comptable matière sous le contrôle du responsable administratif et financier. Son rôle consiste à la gestion du patrimoine. La faiblesse de l'effectif au niveau du bureau de la comptabilité matières ne garantit pas la régularité et le contrôle dans les enregistrements.

II.8.3 Analyse de la participation communautaire

La communauté a commencé à participer à la mise en œuvre de la politique de santé au Sénégal depuis l'avènement des SSP : « Tout individu a le droit et le devoir à titre individuel ou collectif de participer à la mise en œuvre de la politique de santé qui lui est destinée et ceci à toutes les étapes de la planification depuis l'élaboration jusqu'à l'évaluation en passant par la mise en œuvre ». Il existe plusieurs cadres de référence qui constituent un terreau fertile au développement de la participation communautaire à l'effort de santé.

II.8.3.1 Cadres de référence pour la participation communautaire

Dans l'optique de faciliter la participation communautaire, il a été développé des cadres d'encadrement, de formalisation des rôles et responsabilités des différents acteurs. Entre autres, nous pouvons citer :

- La politique de santé basée sur les soins de santé primaires ;
- La politique nationale de santé communautaire, outil de régulation des interventions communautaires ;
- La cellule de santé communautaire pour piloter, orienter et coordonner les actions communautaires de santé ;
- Le document de politique de contractualisation dans le secteur de la santé pour encadrer les pratiques contractuelles en cours dans le secteur de la santé ;
- Le guide des opérations de partenariat entre les ONG/OCB et le ministère en charge de la santé ;
- La loi portant code des obligations civiles et commerciales ;
- Le décret 92-118, du 17 Janvier 92, pour encadrer la participation de la population à l'effort de santé ; (ces organisations communautaires disposent d'une commission chargée de la mère et de l'enfant) ;
- L'adoption par le Sénégal du Règlement n°07/2009/cm/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA ;
- La (loi N° 2013 - 10 du 28 décembre 2013 portant sur le code général des collectivités locales transfert de compétences aux collectivités locales : mettant en synergie la participation des populations et des collectivités locales dans le cadre des comités de gestion pour une gestion concertée des domaines de compétences santé à l'échelon local ;
- Un mémorandum entre le Ministère de la Santé et de l'Action sociale et l'Alliance du Secteur Privé de la Santé du Sénégal (ASPS) de mai 2016 ;

II.8.3.2 Participation communautaire dans la santé de la reproduction

Plusieurs intervenants sont impliqués dans la mise en œuvre de la politique de santé de la reproduction. On peut citer entre autres :

- La société civile, en particulier le réseau des ONG et les associations professionnelles de la santé qui sont des agences d'exécution très actives dans l'offre de services

SRMNIA au niveau communautaire ;

- Les organisations communautaires de base (OCB), les organisations porteuses de dynamique communautaire, sont des acteurs très importants dans la mobilisation et la sensibilisation des cibles. Le programme communautaire « **Bajenu Gox** » est conçu pour la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.
- Les collectivités locales, à qui certains domaines de compétences ont été transférés, sont des partenaires privilégiés du secteur de la santé. Elles participent aussi bien au plaidoyer pour la mobilisation des ressources qu'au financement des activités communautaires.

Près de 80% des activités communautaires de santé, relèvent de la SRMNIA. Le paquet de prestations normées de la case de santé (carte sanitaire 2016/2020) correspond dans des proportions importantes aux activités de SRMNIA. Les activités sont exécutées par les agents de santé communautaire. Cependant on note une insuffisance de la supervision des acteurs communautaires par les prestataires des postes de santé, une non prise en compte exhaustive des données communautaires dans les données de routine

II.8.4. Analyse de la communication

La communication et la promotion de la SRSE sont conduites par une structure transversale au sein de la DSRSE, la cellule de promotion et communication SRSE.

Cette cellule a pour mission, de conduire les interventions de promotion et de rendre visible les interventions et les performances de la DSRSE. A cet effet, elle doit fournir aux différents acteurs les orientations stratégiques pour une réponse coordonnée et synergique face à la mortalité maternelle néonatale, infantile et infanto-juvénile. La cellule promotion mène des activités de communication dans le cadre du déploiement des plans opérationnels de communication des différentes divisions ou cellules et à l'occasion d'événements ponctuels, sporadiques (Journées survie de l'enfant par exemple) en vue de contribuer à accroître la demande de services SRMNIA. Le plan de communication intégré SRSE est en début de mise en œuvre.

Il faut noter l'appui des PTF et leurs points focaux de communication dans le déploiement des interventions de communication de masse, de communication interpersonnelle avec une expérience avérée dans la conduite des activités de plaidoyers qui ont valu ce grand bond au programme de PF.

Au point de vue communication, à l'échelle des régions médicales, des insuffisances ont été notées à différents niveaux concernant la disponibilité des supports de communication, le renforcement de capacités des acteurs en charge de la communication interpersonnelle.

Réponses politiques et programmatiques

- Plan de communication intégré SRSE ;
- Elaboration d'instruments de plaidoyer, avec une intensification de la dissémination des argumentaires religieux sur la SR
- Intervention de la DSRSE pour la coordination des différents acteurs intervenant dans la communication de la SRSE
- Développement de la communication de masse à travers la radio, la télévision, les spots et les affichages
- Implication des réseaux communautaires pour le développement de la communication interpersonnelle

II. 9 Analyse des Forces Faiblesses Opportunités et Menaces

À la suite de la revue des déterminants identifiés comme facteurs explicatifs de la problématique majeure de santé publique liée à la morbidité et mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, une tentative d'affinement de cette analyse sera abordée avec l'utilisation de la grille d'intelligence stratégique. Quatre éléments de cette grille, à savoir les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces, seront utilisés pour les besoins de cet exercice.

DRAFT

Domaines	Forces	Faiblesses
Offres	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en œuvre d'interventions ayant fait leurs preuves (GATPA, CPN recentrée, SENN, PCIME, SAA, SONU, POPAIEN, Méthode Kangourou, Stratégies itinérantes, Offre de service au niveau communautaires (PCIME communautaire, SAFI, PF etc.) • La réorganisation et le développement de la pyramide sanitaire en 10 EPS 1, 16 EPS 2, 10 EPS 3, 76 Districts sanitaires et 125 Centres de Santé, 1586 postes de santé, offrant tous les services de SR, et permettant ainsi une relative accessibilité géographique aux soins • L'implication effective des autres secteurs (Jeunesse éducation et femmes, etc.) dans le cadre de la SRAJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Le déficit dans la qualité des soins et des données (lié à la rareté des ressources humaines qualifiées, à une insuffisance du système de référence / contre référence, insuffisance dans la supervision des prestataires).
Création de la demande	<ul style="list-style-type: none"> • L'existence de plusieurs centres d'écoutes (Ados jeunes, VBG, Santé, etc.) • Développement de la communication (Forte expérience dans le plaidoyer, Développement des TIC) ; 	<ul style="list-style-type: none"> • La faible implication des adolescents/jeunes dans les campagnes de communication sur la SRSE ; • L'insuffisance dans la communication de masse ; • Argumentaire religieux non diffusé dans certaines régions • La méconnaissance de la problématique des ados jeunes par la communauté
Planification et coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une grande tradition de planification et de suivi au ministère de la santé ; • La très grande disponibilité technique et financière des PTF • La tenue des revues des indicateurs sur la SRSE • L'existence d'une plateforme intégrant la gestion des données de la SRSE (DHIS2) • Existence de cadres de coordination ; • L'existence d'une très riche base documentaire, produite par la DSRSE et les différents partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse de la coordination à tous les niveaux <ul style="list-style-type: none"> ✓ La coordination multisectorielle : nous notons, par exemple, que la SRAJ et la Nutrition font intervenir plusieurs Ministères. A l'instar de ce qui se fait au CNLS, une instance de coordination présidée par Mr le Premier Ministre devrait être mise en place ✓ La coordination intra sectorielle, sous l'autorité du Ministre de la Santé / DGS : par

Domaines	Forces	Faiblesses
	<ul style="list-style-type: none"> • L'approche holistique et multisectorielle (avec une forte implication des ONG) dans la lutte contre les violences basées sur le genre ; • 	<p>exemple, la Survie de l'Enfant est exécutée par plusieurs programmes et Divisions, qui ne relèvent pas tous de la DSRSE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La coordination intersectorielle • La faible intégration des activités et des services • Faiblesse institutionnelle du cadre de suivi-évaluation et recherche de la DSRSE ; • Inadéquation entre le cadre organisationnel et les missions dévolues à la DSRSE ; • Le faible niveau de collaboration effective du système de santé avec les collectivités locales
Produits	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) régulièrement révisé avec intégration des produits de la SRSE ; • Existence d'un laboratoire national de contrôle des médicaments qui assure le contrôle technique de qualité • L'existence d'un cadre de partenariat public privé qui se traduit par une liste de molécules génériques distribués aux grossistes privés par la PNA et commercialisées par les officines privées aux mêmes prix que dans les structures sanitaires publiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Rupture fréquente de produits essentiels de la SRMNIA ? • Le faible niveau du Système d'Informations pour la Gestion de la Logistique (SIGL) (absence de données logistiques complètes sur toute la chaîne (03 logiciels qui ne communiquent pas), non disponibilité des trois données essentielles en gestion logistique (Acquisition-Stockage et Distribution) au niveau district, non maîtrise des besoins réels en médicaments et produits de santé d'une manière globale dans le District ; • Déficit au niveau de la pharmacovigilance des produits de la SRMNIA ;
Environnement réglementaire	<ul style="list-style-type: none"> • L'existence d'une volonté politique en faveur des droits humains et en particulier de la mère et de l'enfant ; • L'existence d'un cadre législatif et réglementaire favorable ; Dynamisme au niveau de l'enregistrement des naissances, urbain (93,2%) rural (68,5%) 	<ul style="list-style-type: none"> • La persistance des VBG malgré l'existence d'un bon cadre législatif et réglementaire • La forte prédominance des pesanteurs socioculturelles. • Le faible niveau de déclaration des décès (30,8%) ;

Domaines	Forces	Faiblesses
		<ul style="list-style-type: none"> Faible prise en compte de la violence faite aux hommes
Financement	<ul style="list-style-type: none"> CMU Appui des PTF Lignes budgétaires pour les produits PF 	<ul style="list-style-type: none"> Forte dépendance du sous-système DSRSE existant par rapport au financement extérieur ; Multiplicité de procédures dans la mobilisation des ressources ; Absence d'audit financier de façon régulière
<ul style="list-style-type: none"> OPPORTUNITES 		MENACES
Offre	<ul style="list-style-type: none"> Le fort impact des activités et interventions mises en œuvre depuis plus de 15 ans, et qui ont abouti aujourd'hui à une amélioration très nette des différents indicateurs ; 	<ul style="list-style-type: none"> Menaces sur les Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Profil de carrière peu claire ✓ Personnel extrêmement mobile, peu motivé financièrement ✓ Affectations non planifiées et échappant aux Régions Médicales Menace de réelle pénurie sur les ressources humaines dans les prochaines années ; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Absence de recrutement de RH qualifiées depuis de nombreuses années ✓ Absence de Gynécologues et de Pédiatres dans les CHR et CS ✓ Départ massif à la retraite de nombreux Médecins ✓ Peu de Médecins Sénégalais dans les formations de Spécialisation ✓ Désaffection des Sénégalais par rapport à certaines Spécialisation (Cout des Etudes, Salaires dérisoires)
Création de la Demande	<ul style="list-style-type: none"> L'engagement des religieux Existence de réseaux communautaires de communication 	

Domaines	Forces	Faiblesses
	(Relais, Bajenu Gox, CVAC, Dahiras, Mbotayes, etc.) ; <ul style="list-style-type: none"> • Existence de réseaux de leaders religieux et coutumiers ayant une influence sur la communauté pour la promotion de la SRSE 	
Planification et la coordination et suivi-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Une volonté de collaboration entre le secteur de la santé et d'autres secteurs (le Ministère en charge de la décentralisation, Ministère de la justice, Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance, etc. • Existence d'un code des marchés publics pour une meilleure transparence budgétaire ; • Fort engagement et la responsabilisation des communautés 	<ul style="list-style-type: none"> • Forte dépendance des systèmes de suivi-évaluation et de coordination au financement extérieur ; • Rétention récurrente des données SIS
Environnement réglementaire	<ul style="list-style-type: none"> • Effectivité du Plan Sénégal Emergeant, dans sa dimension « Lutte contre la pauvreté » : CMU et programme national de bourses de sécurité familiale, etc. • La volonté politique affichée par les plus hautes autorités, à réduire effectivement la mortalité maternelle et néonatale • L'approfondissement de la décentralisation • Existence de boutiques de droit animées par l'AJS ; 	
Financement	<ul style="list-style-type: none"> • Le Global Financing Facility pour le financement de la Stratégie Mondiale EWEC 2016-2030. Le Sénégal qui fait partie des huit pays ciblés et éligibles à ce financement ; • L'intérêt renouvelé de tous les PTF sur l'Agenda 2030, avec les ODD 	<ul style="list-style-type: none"> • Désengagement des partenaires dans certaines zones ; • Forte dépendance des activités SRMNIA du financement extérieur ;
DEFIS		
<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le recrutement effectif et massif de ressources humaines qualifiées, à tous les niveaux ; • Renforcer la gouvernance ; • Renforcer la décentralisation des structures ; • Consolider les aspects de lutte contre la pauvreté ; • Consolider l'appropriation et la dissémination des « Bonnes pratiques » ayant fait leurs preuves : POPAEN, PBG, SAFI, etc. 		

Domaines	Forces	Faiblesses
	<ul style="list-style-type: none"> ● Améliorer la coordination des activités de SR ; ● Intégration effective des activités et des services ; ● Impulser et Renforcement des activités de recherche à tous les niveaux ; ● Renforcement du système de suivi et évaluation au niveau de la DSRSE ; ● Opérationnalisation des activités du plan de plaidoyer ; ● Mobiliser la communauté autour de la SRMNIA ; ● Renforcement de la fonctionnalité de l' Alliance nationale de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infantile, infanto juvénile et des adolescents. 	

DRAFT

II.10 Analyse des goulots d'Étranglement

Six déterminants ont permis d'analyser les goulots d'étranglement pouvant impacter négativement la mise en œuvre des interventions. Il s'agit de : la disponibilité, l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière, l'acceptabilité socioculturelle, la continuité des soins et la qualité des soins.

Par rapport à chaque déterminant, les causes des goulots ont été identifiées :

II.10.1 La disponibilité des produits :

Quatre causes ont été notées : l'approvisionnement retardé ou insuffisant des intrants, le stockage non conforme et la distribution retardés des intrants, le manque de capacités en matière de gestion de l'approvisionnement local, l'équipement inadapté pour le stockage et la distribution au niveau local.

Cela confirme la rupture fréquente d'un intrant fondamental de nos programmes, en particulier le médicament et celle des médicaments d'importance vitale pour la mère et l'enfant souvent mis en exergue par les MCD. D'autre part, ces causes de goulots révèlent une insuffisance dans la gestion professionnelle de la logistique.

Les problèmes liés à la disponibilité (approvisionnement retardé ou insuffisant, stockage et distribution retardés des intrants) concernent particulièrement les interventions prioritaires suivantes : la consultation prénatale, la PCIME et les SONU.

II.10.2 L'accessibilité :

Géographique :

La cause critique identifiée comme goulot est le nombre insuffisant de prestataires et plus globalement le déficit en ressources humaines qualifiées touchant la SRMNIA. L'insuffisance de la couverture en infrastructure et l'existence de zones d'accès difficile limitent l'accès aux services.

Pour l'accessibilité financière :

L'obstacle provient du paiement direct au point de prestation de service. Cet obstacle concerne surtout les interventions prioritaires suivantes : la CPN, la PF, la PCIME, les accouchements assistés et les SONU. Ceci confirme l'épineuse question liée à la solvabilité de la demande en soins, justifiant la mise en place de la CMU.

L'acceptabilité socio-culturelle :

Elle est sujette à l'ignorance et les fausses idées vis-à-vis des interventions et des pratiques, au faible soutien social en faveur des pratiques souhaitables, à la mauvaise qualité de la CIP. Ces causes impactent négativement sur les interventions prioritaires suivantes : la PF, la CPN, les accouchements assistés et les SONU. Ces obstacles identifiés prouvent à suffisance l'importance des activités de communication dans la résolution des problèmes liés à la santé de la mère et de l'enfant, contrastant avec la qualité des interventions dans ce domaine.

II.10.3 La continuité des soins :

Elle reconnaît les causes suivantes : l'ignorance et les fausses idées vis-à-vis du recours aux soins à temps, le faible soutien social en faveur des pratiques souhaitables, la gestion et les mesures incitatives inadaptées aux prestataires, les moyens de transport imprévisibles et peu fiables. Ces causes influencent négativement les interventions prioritaires suivantes : les MII/la sécurité environnementale, la nutrition et l'alimentation, le WASH, les SONU, la PF et

la CPN.

II.10.4 L'insuffisance de la qualité des soins :

Elle s'explique par : des prestataires ne disposant pas de compétences nécessaires et peu motivés, l'insuffisance des équipements et des infrastructures nécessaires. Toutes ces causes constituent un goulot affectant négativement les interventions prioritaires suivantes : les MII, le WASH, la nutrition, les accouchements assistés, les CPN et les SONU, la vaccination, la PCIME.

Un certain nombre de goulots ont été identifiés spécifiquement au niveau des régions médicales à différents niveaux :

- La communication : des insuffisances ont été notées à différents niveaux concernant la disponibilité des supports de communication, le renforcement de capacité des acteurs en charge de la communication, la communication interpersonnelle, la persistance des pesanteurs socio-culturelles ;
- Le coût élevé des prestations : les coûts pratiqués contrastant avec la capacité de payer des ménages est une des dimensions clés de l'accès aux paquets de bénéfices. La promotion des mutuelles de santé est certes une solution à l'accessibilité financière des familles mais le niveau d'adhésion actuel mérite d'être renforcé ;
- Le déficit en infrastructures et en équipements au niveau des régions : Ce constat est confirmé par les grandes tendances des résultats de la carte sanitaire 2016-2020 déplorant leur concentration au niveau de la capitale. La plupart des blocs SONU ne sont pas fonctionnels. Les salles d'accouchements actuels ne sont pas configurées pour la pratique des ASL.
- Les problèmes de logistique et particulièrement la disponibilité de produits d'urgence en salle d'accouchement (rupture fréquente de sulfate de magnésium, nicardipine, diazépam), de kits d'insertion et retrait implants et DIU, du sang dans les centres de santé.
- Le déficit en ressources humaines : l'important déficit en RH qualifié est accentué par la mobilité intense du personnel, l'absence d'un système de motivation de la performance, une insuffisance de spécialistes (pédiatres, gynécologues, compétents SONU, anesthésistes), la non séparation des fonctions administratives et techniques de certains membres d'équipe de district et de région, etc.
- La qualité des services a été déplorée sous l'angle de l'existence de structures de santé illégales et de l'exercice illégal de la médecine dans certaines zones mais aussi à cause de l'insuffisance de conformité aux normes et protocoles. D'autre part le système de référence n'est pas assez opérationnel (le degré d'urgence non évalué par les structures qui sont censés recevoir les patientes, insuffisance des urgentistes, de services de PEC des urgences adaptés, d'insuffisance d'ambulances et de chauffeurs ambulanciers non formés). L'accueil dans les PPS est de mauvaise qualité. Les comités d'audit des décès qui pourraient apporter des améliorations dans la qualité ne sont pas souvent fonctionnels ainsi que la décentralisation de certains services au niveau poste de santé (SAA et la pratique de la ventouse, prise en charge de la pré-éclampsie).

III. PLAN STRATEGIQUE INTEGRE SRMNIA 2016-2020

III.1 Vision

« 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 Emergent. »

III.2 Principes directeurs

Le plan stratégique SRMNIA va s'articuler autour des principes directeurs suivants :

1. L'engagement et le leadership national ;
2. L'approche intégrée ;
3. L'articulation à la Stratégie Mondiale de la santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030, à l'initiative « Chaque femme, chaque enfant » et aux cibles du plan mondial « Chaque nouveau-né » ;
4. L'approche de planification axée sur les résultats ;
5. L'approche multisectorielle et décentralisée ;
6. L'équité et la prise en compte des besoins des populations prioritaires ;
7. Le respect des droits humains et la prise en compte de la dimension genre ;
8. Le respect des croyances et des valeurs de la société sénégalaise.

III.4 But et objectifs

III.4.1 But

Contribuer à l'amélioration de la santé et au bien-être des populations du Sénégal.

III.4.2 Objectif Général

Réduire la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescent(e) s/jeunes au Sénégal.

III.4.3 Objectifs spécifiques

- OS 1. Réduire la mortalité maternelle de 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 à 285 pour 100 000 naissances vivantes en 2020 ;
- OS 2. Réduire la mortalité néonatale de 23 pour 1000 NV en 2015 à 17 pour 1000 naissances vivantes en 2020 ;
- OS 3. Réduire la mortalité infanto-juvénile de 59 pour 1000 NV en 2015 à 42 pour 1000 naissances vivantes en 2020 ;
- OS 4. Améliorer la santé des adolescent (e) s/jeunes

III.4.4 Résultats intermédiaires

OS 1. Réduire la mortalité (et morbidité) maternelle de 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 (EDS-MICS 5-2010) à 285 pour 100 000 naissances vivantes en 2020 ;

- RI 1. 1 : le taux d'achèvement en CPN (au moins 4 CPN effectuées selon les normes) passe de 48 % en 2015 à 70 % en 2020
- RI.2. la couverture des accouchements par un personnel qualifié passe de 65% en 2015

à 80% en 2020 ;

- RI 3. 90% des services de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) sont fonctionnels;
- RI 4. La qualité de vie des FAR est améliorée;
- RI 5 : le pourcentage des Femmes âgées de 15 à 49 ans en union utilisant actuellement une méthode contraceptive moderne est augmenté de 21,5% en 2015 à 45% en 2020.
- RI 6. Au moins 80% des nouveaux cas de fistules obstétricales sont dépistés et traités chaque année ;
- RI 7. La prévention des cancers gynécologiques (col, sein, etc.) est assurée;

OS. 2. Réduire la mortalité néonatale de 23 pour 1000 NV en 2015 à 17 pour 1000 naissances vivantes en 2020 ;

- RI 8. Le pourcentage de nouveau-nés pris en charge par les soins immédiats est augmenté de 74 % en 2015 à 80% en 2020 ;
- RI 9. le pourcentage de nouveau-nés de faible poids pris en charge par les soins maternels kangourou est passé de 27% en 2015 à 50% en 2020 ;
- RI 10. le taux de couverture en consultation post-natale pour le couple mère-enfant est passé de 74% en 2015 à 85% en 2020

OS. 3. Réduire la mortalité des moins de cinq ans de 59 pour 1000 NV (EDSc-2015) en 2015 à 42 pour 1000 naissances vivantes en 2020 ;

- RI 11 le taux de couverture des enfants âgés de 12 à 23 mois complètement vaccinés passe de 68% en 2015 à 90% en 2020
- RI 12. le taux de prise en charge des enfants malades selon l'approche PCIME augmenté passe de XXX en XXX à 95% en 2020 DR AISSATOU
- RI 13. le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant une malnutrition aiguë est réduit de 8% en 2015 à 6% en 2020
- RI 14. Le pourcentage des enfants de moins de cinq ans présentant une carence en micronutriments est réduit : fer de (65 à 25%), SVA en routine A de (50 à 80%), consommation en sel iodé de (x à 90%)
- RI 15. La gestion des urgences pédiatriques est renforcée avec une disponibilité du paquet complet dans tous les services de références selon la carte sanitaire
- RI 16. Améliorer le suivi périodique des enfants sains par le respect du continuum de soins d'ici 2020
- RI 17. La gestion communautaire et multisectorielle des actions à haut impact sur la mortalité infanto juvénile est renforcée

OS 4. Améliorer la santé des adolescent(e)s/jeunes d'ici 2020

- RI.18 Réduire le taux de fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans de 80 en 2015 à 68 pour mille en 2020;
- RI.19 Accroître le taux d'utilisation des services de santé sexuelle et de la reproduction par les adolescent(e)s /jeunes de 15-24 ans de 10% en 2016 à 25% en 2020

Résultats intermédiaires transversaux

NB : Il existe dans ce processus des résultats qui sont dits transversaux car concernant tous les objectifs spécifiques, à rattacher à des axes stratégiques différents. Et entre autres, on retient :

- RIT.1: Un environnement social (familial, communautaire et au niveau des structures) propice à l'adoption de comportements favorables à la santé est renforcé ;
- RIT.2: L'adhésion et l'engagement des décideurs en faveur de la SRMNIA sont

- obtenus ;
- RIT.3 : La qualité de vie des femmes en âge de reproduction et des enfants est améliorée ;
- RIT.4 : Les capacités des acteurs en promotion de la Santé à travers l'approche de Communication pour le développement (C4D) sont renforcées à tous les niveaux ;
- RIT.5 : les barrières économiques et socio-culturelles à l'accès aux soins sont réduites ;
- RIT.6 : La disponibilité des produits SRMNIA au niveau des points de prestation est améliorée ;
- RIT.7 : les structures sont équipées selon les normes à tous les niveaux (EPS 1, 2, et 3 ; CS et Postes de santé) ;
- RIT.8 : La coordination et le suivi évaluation sont renforcés à tous les niveaux ;
- RIT.9 : La participation communautaire est renforcée à tous les niveaux ;
- RIT.10 : La gestion financière et comptable est améliorée ;
- RIT.11 : L'environnement légal, les droits humains et le partenariat sont renforcés ;
- RIT.12 : la qualité des services est appréciée positivement ;
- RIT.13 : le cadre multisectoriel est fonctionnel.

III.5. Axes stratégiques et principales interventions

Conformément à la vision et aux objectifs, six principaux axes stratégiques ont été retenus dans le cadre de l'approche résolutive des problèmes de santé de la reproduction, de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et des adolescent (e)s/ jeunes.

- Axe 1 : amélioration de l'offre de services de qualité à tous les niveaux (infrastructures, équipement, qualité des services et des produits, etc.) ;
- Axe 2 : renforcement de la santé des adolescent(e)s/jeunes ;
- Axe 3 : accroissement des ressources humaines de qualité ;
- Axe 4 : intensification de la communication / plaidoyer en vue d'une mobilisation des autorités et des communautés en faveur de la SRMNIA ;
- Axe 5 : renforcement de la disponibilité des produits SRSE ;
- Axe 6 : amélioration de la gouvernance à tous les niveaux

III.5.1. Axe stratégique 1 : Renforcement de l'offre de services de qualité à tous les niveaux (infrastructures, équipement, qualité des services)

Résultat Intermédiaire 1 : le taux d'achèvement en CPN (au moins 4 CPN effectuées selon les normes) passe de 48 % en 2015 à 70 % en 2020

intervention: Amélioration qualitative et quantitative de la surveillance prénatale par la mise en œuvre du paquet de prestations de la CPN défini par les politiques, normes et protocoles.

- Ligne d'action 1: Renforcer les activités de communication.
- Ligne d'action 2 : Renforcer l'offre de services de suivi prénatal (en stratégie fixe, avancée et mobile).
- Ligne d'action 3 : Renforcer la qualité de la CPN selon les normes.

Résultat Intermédiaire 2 : la couverture des accouchements par un personnel qualifié passe de 65% en 2015 à 80% en 2020

Intervention 1 : Amélioration de la disponibilité et la qualité de l'offre de services d'accouchement :

- Ligne d'action 1 : Renforcer l'équipement des maternités selon les normes ;
- Ligne d'action 2 : Renforcer la disponibilité des produits d'importance vitale pour la mère et le nouveau-né ;

- Ligne d'action 3 : Passer à l'échelle les soins humanisés, en particulier l'accouchement à style libre dans toutes les structures sanitaires ;
- Ligne d'action 4 : Renforcer les capacités du personnel sur les soins de santé maternels et néonataux basés sur les preuves ;
- Ligne d'action 5 : Aménager des maisons d'attente pour rapprocher les femmes enceintes des PPS ;
- Ligne d'action 6 : Renforcer la SDMR en instituant les audits des décès maternels.

Intervention 2 : amélioration de la prise en charge des avortements

- Ligne d'action 1 : Renforcer les capacités des prestataires sur les Soins après Avortements (SAA) ;
- Ligne d'action 2 : Rendre disponible le matériel pour l'AMIU et le kit minimum d'urgence ;

Résultat intermédiaire 3 : 90% des services de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) sont fonctionnels

Intervention 1 : Amélioration de la fonctionnalité des SONU

- Ligne d'action 1 : faire le plaidoyer pour renforcer les ressources humaines et l'équipement des blocs SONU.
- Ligne d'action 2 : contribuer au renforcement du système de référence contre-référence
- Ligne d'action 3 : contribuer au renforcement des banques et postes de sang au niveau des régions et districts
- Ligne d'action 4 : Résorber les gaps d'équipement des blocs SONU

Intervention 2 : Amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales

- Ligne d'action 1 : Renforcer les capacités des ressources humaines sur les SONU ;
- Ligne d'action 2 : Renforcer la qualité de la réanimation du nouveau-né ;
- Ligne d'action 3 : Décentraliser la gestion des urgences (SAMU régional);
- Ligne d'action 4 : Améliorer la communication dans la gestion des urgences (SAMU)

Résultat Intermédiaire 4. Au moins 80% des nouveaux cas de fistules obstétricales sont dépistés et traités chaque année.

Intervention : amélioration de la prise en charge holistique des fistules obstétricales

- Ligne d'action 1 : Renforcer l'identification des femmes porteuses de fistules obstétricales ;
- Ligne d'action 2 : améliorer le renforcement de capacités des équipes de prise en charge et l'équipement des structures ;
- Ligne d'action 3 : Organiser des missions de réparation gratuite des fistules obstétricales couplées à la formation des prestataires de santé au niveau périphérique ;
- Ligne d'action 4 : Appuyer la fonctionnalité des maisons d'accueil et d'appui à la réinsertion des femmes victimes de fistules obstétricales ;

Résultat intermédiaire 5 : La prévention des cancers gynécologiques (col, sein, etc.) est assurée

Intervention 1 : Appui à la prévention et la prise en charge du cancer du col de l'utérus

- Ligne d'action 1 : Soutenir la vaccination à grande échelle contre les infections à HPV16 et 18 chez les adolescentes de 9 à 13 ans scolarisées et non scolarisées qui n'ont pas encore d'activité sexuelle ;
- Ligne d'action 2 : Soutenir les initiatives de dépistage précoce à travers les frottis cervico-utérin ou par IVA/IVL pour le dépistage précoce des lésions précancéreuses en les intégrant à la CPN et à la PF
- Ligne d'action 3 : Appuyer la prise en charge précoce et adaptée des lésions précancéreuses ;
- Ligne d'action 4 : Soutenir les initiatives d'augmentation de la disponibilité des moyens de diagnostic du cancer au niveau de toutes les structures du pays ;

Intervention 2 : Appui à la prévention et la prise en charge du cancer du sein

- Ligne d'action 1 : Appuyer les activités de communication sur le dépistage précoce par l'examen clinique et l'auto palpation des seins ;
- Ligne d'action 2 : Faciliter l'accès à la mammographie dans toutes les régions ;
- Ligne d'action 3 : soutenir la mise en place d'unités d'anatomopathologie dans les 4 axes du pays (Nord, Centre, Est et Sud).

Résultat Intermédiaire 6 : le pourcentage des Femmes âgées de 15 à 49 ans en union utilisant actuellement une méthode contraceptive moderne est augmenté de 21,5% en 2015 à 45% en 2020.

Intervention : amélioration de la demande et de l'offre de services de PF dans les secteurs public, privé et communautaire

- Ligne d'action 1 : Renforcer les PPS en équipement et matériel PF selon le niveau des gaps ;
- Ligne d'action 2 : Renforcer les compétences des prestataires qualifiés et non qualifiés sur la PF selon les gaps ;
- Ligne d'action 3 : Etendre les stratégies innovantes : ISBC à tous les niveaux, DIUPP, auto-injection DMPA-sc ;
- Ligne d'action 4 : Renforcer les stratégies mobiles ;
- Ligne d'action 5 : Renforcer les stratégies de franchise sociale ;
- Ligne d'action 6 : Intégrer la PF à d'autres activités : CPON, PEV, VIH, Surveillance nutritionnelle ;
- Ligne d'action 7 : Renforcer la communication et le plaidoyer

Résultat Intermédiaire 7 : le pourcentage de nouveau-nés pris en charge par les soins immédiats est augmenté de 74 % en 2015 à 80% en 2020 ;

Intervention 1 : renforcement de la prise en charge du nouveau-né

- Ligne d'action 1 : Renforcer les capacités des prestataires sur les soins essentiels du nouveau-né ;
- Ligne d'action 2 : Appuyer le renforcement des équipements et produits : unités de néonatalogie, coins du nouveau-né, médicaments et produits d'urgence pour le nouveau-né ;
- Ligne d'action 3 : Développer des interventions communautaires en faveur du nouveau-né ;

- Ligne d'action 4 : Promouvoir la mise au sein précoce
- Ligne d'action 5 : Renforcer la communication lors des CPN, CPON et envers la population générale

Résultat Intermédiaire 8 : le pourcentage de nouveau-nés de faible poids pris en charge par les soins maternels kangourou est passé de 27% en 2015 à 50% en 2020 ;

Intervention : renforcement de la mise en œuvre des soins kangourou

- Ligne d'action 1 : systématiser les soins kangourou pour les nouveau-nés de faible poids, au besoin en ambulatoire ;
- Ligne d'action 2 : aménager une unité kangourou dans les Centres de Santé
- Ligne d'action 3 : Renforcer la communication sur les soins kangourou

Résultat intermédiaire 9 : le taux de couverture en consultation post-natale pour le couple mère-enfant est passé de 74% en 2015 à 85% en 2020

Intervention 1: amélioration de la communication vers les communautés et les prestataires sur la CPON (PM cf. axe IV)

Intervention 2 : organisation des services en faveur de la consultation post natale

- Ligne d'action 1: renforcer l'offre de service de CPoN au niveau des structures
- Ligne d'action 2 : systématiser l'intégration des CPoN dans les stratégies avancées et mobiles

Résultat intermédiaire 10 : la couverture des enfants complètement vaccinés est augmentée de 68% en 2016 à 90% en 2020

Intervention 1: Amélioration du statut vaccinal des enfants 0-23 mois dans le cadre du PEV

- Ligne d'action 1 : Appuyer la mise en œuvre de la vaccination de routine, des stratégies intégrées (fixe, avancée et mobile) ;
- Ligne d'action 2 : soutenir le plaidoyer pour l'intégration du vaccin anti méningocoque dans le PEV (sérotypes les plus fréquents);
- Ligne d'action 3 : renforcer la surveillance épidémiologique intégrant les décès évitables des enfants de moins de cinq ans.

Intervention 2 : Amélioration de la couverture du paquet de soins essentiels intégrés à la vaccination

- Ligne d'action 1 : Intégrer le paquet essentiel dans la plateforme de la vaccination (SPC, dépistage de la malnutrition et des autres affections prioritaires, SVA, déparasitage, VAT FEFA et PF pour le respect de l'espace inter génésique, promotion Pratiques Familiales Essentielles etc.) ;
- Ligne d'action 2 : Renforcer la mise en œuvre des stratégies novatrices permettant d'atteindre chaque enfant durant les 1000 premiers jours et consolider 1000 jours suivants ;
- Ligne d'action 4 : Adapter et intégrer les outils de gestion de la survie de l'enfant pour un continuum de soins ;
- Ligne d'action 5 : Appuyer l'institutionnalisation et la pérennisation du carnet de santé mère enfant

Résultat intermédiaire 11 : le taux de prise en charge des enfants malades selon l'approche PCIME est augmenté à 95% en 2020

Intervention 1 : Renforcement de l'application de la démarche PCIME

- Ligne d'action 1 : Renforcer les capacités des prestataires en PCIME informatisée;
- Ligne d'action 2 : Renforcer l'encadrement sur site par des tuteurs en PCIME (mise à niveau des pédiatres pour le tutorat)
- Ligne d'action 3 : Renforcer le suivi des soins et les conseils donnés à la mère
- Ligne d'action 4 : Renforcer la délégation de tâches aux assistants, aides-soignants et ACS des postes et centres de santé
- Ligne d'action 5 : Renforcer la mise en œuvre des soins attentifs et psychosociaux pour le développement de la petite enfance et son éveil ;
- Ligne d'action 6 : Renforcer l'intégration effective de la PCIME dans les curricula de formation (PCIME pré service)
- Ligne d'action 7 : Renforcer l'utilisation de la plate-forme e-learning et des formations à distance avec un coaching sur site pour améliorer les compétences des prestataires sur les PNP SRSE, en collaboration avec les universités et les Centre Régionaux de Formation en Santé (CRFS)
- Ligne d'action 8 : Renforcer le suivi évaluation de la mise en œuvre de la PCIME
- Ligne d'action 9 : Renforcer la qualité de la PCIME à travers les soins humanisés (modèle kid smile)
- Ligne d'action 10 : Partager et documenter les bonnes pratiques sur la survie de l'enfant

Intervention 2 : Renforcement de la prise en charge des affections respiratoires (IRA, Asthme)

- Ligne d'action 1 : renforcer les capacités des prestataires pour la prise en charge des IRA et de l'Asthme
- Ligne d'action 2 : Renforcer la disponibilité des intrants dans tous les PPS ;
- Ligne d'action 3 : Renforcer les PPS en dispositifs de nébulisation et d'extracteurs mobiles d'oxygène ;

Intervention 3 : Renforcement de la prévention et la prise en charge des cas de diarrhée

- Ligne d'action 1 : renforcer la disponibilité des intrants dans tous les PPS ;
- Ligne d'action 2 : renforcer la promotion de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement (EHA) : assainissement total piloté par la communauté (ATPC), de la lutte contre la défécation à l'air libre (FDAL), du lavage des mains, de la stratégie 5F (fluids, fingers, feces, foods, flies) et la consommation de l'eau potable.
- Ligne d'action 3 : renforcer l'offre de soins pour la PEC de la diarrhée au niveau du secteur privé médical et en milieu scolaire

Intervention 4 : Renforcement de la prévention et la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

- Ligne d'action 1 : renforcer la prise en charge intégrée des cas selon l'approche PCIME
- Ligne d'action 2 : développer des stratégies novatrices PECADOM plus avec recherche active des cas

Intervention 5 : Renforcement de la prise en charge du VIH pédiatrique

- Ligne d'action 1 : dépister la fratrie dans le cadre de la PTME ;
- Ligne d'action 2 : réaliser le dépistage actif des enfants MAS non répondant après deux semaines de traitement et les MAS avec complications ;
- Ligne d'action 3 : mettre en œuvre le Programme « tutorat plus » pour les enfants infectés et affectés par le VIH ;

Intervention 6 : Renforcement de la prise en charge de la TB chez l'enfant

- Ligne d'action 1 : intégrer la tuberculose dans la plateforme de suivi communautaire mère enfant ;
- Ligne d'action 2 : intégrer le dépistage de la tuberculose dans le paquet d'activités survie de l'enfant et suivi nutritionnel (toux chronique, enfant contact avec un tuberculeux)
- Ligne d'action 3 : renforcer les capacités des prestataires en charge de la PCIME sur la TB de l'enfant ;

Intervention 7 : Prévention et prise en charge des affections chroniques de l'enfant (drépanocytose, diabète, obésité, cancer, épilepsie, cardiopathie)

- Ligne d'action 1 : renforcer le dépistage et la PEC des affections chroniques de l'enfant
- Ligne d'action 2 : assurer la prévention des retards de croissance
- Ligne d'action 3 : assurer la prévention de l'obésité
- Ligne d'action 4 : faire le plaidoyer pour l'intégration de la PEC des affections chroniques de l'enfant dans un système d'assurance maladie
- Ligne d'action 5 : renforcer le soutien pour les activités d'éveil et d'éducation sanitaire et nutritionnelle pour les enfants souffrant d'affections chroniques

Intervention 8 : Prise en charge des troubles neuro-développementaux chez l'enfant

- Ligne d'action 1 : renforcer les compétences des prestataires et des parents sur la détection et l'accompagnement des enfants souffrant de retard mental et de troubles neurosensoriels ;
- Ligne d'action 2 : renforcer la prise en charge psychosociale des enfants souffrant de retard mental et de troubles neurosensoriels ;
- Ligne d'action 3 : renforcer les compétences des prestataires sur le dépistage de l'autisme

Résultat intermédiaire 12 : le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant une malnutrition est réduit (MAG de 8% en 2015 à 6% en 2020)

Intervention 1 : Amélioration de la prévention et de la prise en charge de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans

- Ligne d'action 1 : Renforcer la fonctionnalité des CREN/ UREN ;
- Ligne d'action 2 : Renforcer le Suivi promotion de la croissance jusqu'à l'âge de 5 ans;
- Ligne d'action 3 : Renforcer le dépistage (actif/passif) de la malnutrition ;
- Ligne d'action 4 : Promouvoir les actions essentielles en nutrition/hygiène et pratiques familiales essentielles (PM cf. RI 10 Intervention 2) ;
- Ligne d'action 5 : Renforcer les interventions nutritionnelles à base communautaire (fortification à domicile des aliments en micronutriments, fabrication locale de farine enrichie,

- Ligne d'action 6 : Renforcer le plaidoyer pour la fabrication d'intrants pour la lutte contre la malnutrition aiguë et la fortification industrielle des aliments
- Ligne d'action 7: Renforcer la mise en œuvre du déparasitage des enfants de 12 à 59 mois et la supplémentation en vitamine A des enfants de 06 à 59 mois en routine ;
- Ligne d'action 8 : Renforcer la surveillance nutritionnelle à travers la mise en place de sites sentinelles
- Ligne d'action 9 : Promouvoir l'alimentation adéquate chez la femme enceinte et allaitante
- Ligne d'action 10 : Renforcer la communication pour l'utilisation du sel iodé
- Ligne d'action 11 : Réduire l'insuffisance pondérale chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans)
- Ligne d'action 11 : Réduire le surpoids et l'obésité chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents (15-19 ans)

Intervention 2 : Renforcement de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)

- Ligne d'action 1 : renforcer les capacités des acteurs sur l'ANJE
- Ligne d'action 2 : Assurer la promotion de la mise au sein précoce et de l'AME jusqu'à 6 mois (pm RI 7 Intervention 1);
- Ligne d'action 3 : promouvoir l'Introduction d'une alimentation complémentaire adéquate à partir de 6 mois et poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 24 mois et au delà;
- Ligne d'action 4 : Redynamiser les structures et communautés « amis des bébés » ;
- Ligne d'action 5 : Promouvoir la consommation des aliments locaux enrichis ;
- Ligne d'action 6 : Promouvoir les comportements clés dans les 1000 jours (consommation d'aliments riches en fer, vitamine A, iode, en zinc chez les enfants)
- Ligne d'action 7 : renforcer la fortification à domiciles des aliments des enfants de 6 à 23 mois avec les poudres de micronutriments (MNPs).

Résultat intermédiaire 13: l'environnement politique et les capacités en nutrition sont renforcés

Intervention 1 : adoption d'une législation complète (loi, règlement, décret, etc.) pour une mise en œuvre au niveau national du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ainsi que des résolutions pertinentes adoptées postérieurement

- Ligne d'action 1 : élaborer à travers un projet de décret les dispositions encadrant la commercialisation des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants
- Ligne d'action 2 : faire le plaidoyer pour une adoption et une mise en œuvre de l'intégralité des dispositions présentes dans la législation

Intervention 2 : adoption d'une législation (loi, règlement, décret, etc.) pour mettre en œuvre, au niveau national, une protection de la maternité et de la paternité conformément aux instructions de l'OIT.

- Ligne d'action 1 : Renforcer le plaidoyer pour la mise en place de mesures législatives et leur mise en œuvre au niveau national pour protéger la santé et le bien-être des femmes qui travaillent pendant leur grossesse, la naissance de leur enfant et l'allaitement.

Commenté [ESN3]: Il est important de suivre l'évolution de l'environnement politique et du renforcement des capacités en nutrition/ Une base mondiale est régulièrement renseignée pour ces indicateurs

Intervention 3 : Renforcement des capacités en nutrition à tous les niveaux

- Ligne d'action 1 : renforcer les professionnels en nutrition au niveau des régions médicales

Résultat intermédiaire 14 : La gestion des urgences pédiatriques est renforcée avec une disponibilité du paquet complet dans tous les services de références selon la carte sanitaire

Intervention 1 : Renforcement de la gestion des urgences pédiatriques

- Ligne d'action 1 : renforcer les capacités du personnel médical, paramédical et du personnel d'appui y compris le niveau communautaire sur la prise en charge des urgences pédiatriques ;
- Ligne d'action 2 : renforcer l'encadrement sur site et le suivi de la prise en charge des urgences pédiatriques au niveau opérationnel ;
- Ligne d'action 3 : renforcer la communication autour de la PEC des urgences pédiatriques ;
- Ligne d'action 4 : renforcer le dispositif de régulation des urgences et du respect de la chaîne de transfert ;
- Ligne d'action 5 : renforcer l'intégration des données des services d'urgence dans le système d'informations sanitaires
- Ligne d'action 6 : renforcer le matériel et l'équipement d'urgence selon les normes SRSE.
- Ligne d'action 7 : renforcer la prévention et la PEC des accidents domestiques et des traumatismes chez les enfants en y incluant le niveau communautaire

Résultat intermédiaire 15 : La gestion communautaire et multisectorielle des actions à haut impact sur la mortalité infantile juvénile est renforcée

Intervention 1 : renforcement de la gestion communautaire de la santé de l'enfant

- Ligne d'action 1 : renforcer la mise en œuvre de la PCIME communautaire
- Ligne d'action 2 : renforcer l'intégration et la collaboration dans la mise en œuvre des stratégies communautaires existantes (VADI, CVAC, PECADOM, surveillance à base communautaire etc.)
- Ligne d'action 3 : renforcer la contractualisation avec les OCB
- Ligne d'action 4 : passer à l'échelle l'intégration de la PECMAM, du SPC, la SIRVAC et la recherche des irréguliers de la vaccination dans le paquet du DSDOM ;
- Ligne d'action 5 : organiser la surveillance et l'enregistrement des décès infantile juvénile au niveau communautaire ;
- Ligne d'action 6 : renforcer l'intégration des soins pour le développement de l'enfant dans toutes les stratégies communautaires (stimulation, éveil, soins attentifs, soins psychosociaux au niveau communautaire).

Intervention 2 : renforcement de la gestion multisectorielle des actions à haut impact sur la santé de l'enfant

- Ligne d'action 1 : Renforcer les compétences des acteurs des autres secteurs (éducation, famille, petite enfance, agriculture, hydraulique, Justice, forces de défense et de sécurité...)

Commenté [EAM4]: Renforcement de l'action des autres secteurs

- Ligne d'action 2 : Renforcer l'effectivité du continuum de soins (paludisme, diarrhée, traumatismes...) à travers les plateformes existantes (santé, éducation)
- Ligne d'action 3 : renforcer l'intégration des soins pour le développement dans les structures DIPE (stimulation, éveil, soins attentifs, soins psychosociaux).

III.5.2. Axe stratégique II : Renforcement de la santé des adolescent(e)s/jeunes

Résultat intermédiaire 1 : le taux de fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans est réduit de 80 pour mille en 2015 à 68 pour mille d'ici 2020

Intervention 1 : Renforcement de la communication pour le changement social et comportemental autour de la santé des adolescent(e)s/jeunes à travers la multisectorialité

- Ligne d'action 1 : Renforcer la communication de masse autour de la SRAJ
- Ligne d'action 2 : Renforcer la communication digitale sur la SRAJ
- Ligne d'action 3 : Renforcer le Plaidoyer autour de la SRAJ

Résultat intermédiaire 2 : Accroître le taux d'utilisation des services de santé sexuelle et de la reproduction par les adolescent(e)s/jeunes de 15-24 ans de 10% en 2016 à 25% en 2020

Intervention 1 : Promotion de comportements responsables par le renforcement de l'éducation sanitaire des adolescent(e)s/jeunes particulièrement ceux en situation de vulnérabilité pour une vie saine et sécurisée

- Ligne d'action 1: Prévenir des comportements sexuels à risque à travers le renforcement de l'éducation sexuelle/éducation à la santé de la reproduction
- Ligne d'action 2: Promouvoir des saines habitudes de vie par le renforcement de la nutrition, de l'hygiène, de la pratique régulière d'exercices physiques et de la prévention des conduites addictives (consommation de substances psychoactive, cyberdépendance) en mettant l'accent sur les groupes d'adolescents/jeunes à risque (déscolarisé, non scolarisé, enfants de la rue, adolescent sans qualification et sans emploi, ceux qui sont dans les établissements pénitentiaires) et les autres groupes vulnérables
- Ligne d'action 3: Renforcer le partenariat avec les autres secteurs (Ministères de l'Éducation y compris les daaras modernes, de la Jeunesse, de la Famille, de la Justice, des Transports terrestres, des finances etc...), la société civile, les associations et réseaux de jeunes
- Ligne d'action 4 : Promouvoir l'éducation sur la SRAJ par les pairs
- Ligne d'action 5 : Renforcer l'appui des familles et de la communauté pour le soutien à la SRAJ
- Ligne d'action 6: Renforcer la prévention de toute forme de violence basée sur le genre à l'égard des adolescents/jeunes
- Ligne d'action 7: Améliorer l'environnement législatif et réglementaire de la SRAJ

Intervention 2 : Renforcement de l'offre de services intégrés et adaptés aux besoins des adolescent(e)s/jeunes selon les standards, en prenant en compte la dimension genre

- Ligne d'action 1 : Renforcer les infrastructures et équipements adaptés aux structures

dédiées aux jeunes (espaces ados/jeunes, CCA (centre conseil pour adolescents), espaces jeunes, bureaux conseils...);

- Ligne d'action 2 : Renforcer l'offre de service SRAJ intégré et de qualité dans les PPS, les stratégies avancées et mobiles, les inspections médicales des écoles (IME), les infirmeries scolaires, les infirmeries des daaras modernes et les CCA (en mettant l'accent sur les adolescents jeunes en situation de handicap et les autres groupes vulnérables)
- Ligne d'action 3 : Renforcer les capacités des prestataires et du personnel de soutien des PPS publiques et privés des IME, des infirmeries scolaires, des infirmeries des daaras modernes et des CCA sur les curricula de formation en SRAJ, les standards et le genre
- Ligne d'action 4 : Intégrer la dimension genre dans les projets et programmes de santé d'éducation et de jeunesse
- Ligne d'action 5 : Renforcer l'appui des communautaires et des collectivités territoriales pour le soutien à la SRAJ
- Ligne d'action 6 : Renforcer la prévention du cancer du col de l'utérus par la vaccination des adolescentes de 9 -14 ans contre le HPV

III.5.3. Axe stratégique III : Accroissement des ressources humaines de qualité

Intervention 1 : Renforcement du recrutement des ressources humaines qualifiées en fonction des gaps en collaboration avec la DRH

- Ligne d'action 1 : identifier les besoins en personnel ;
- Ligne d'action 2 : Appuyer le plaidoyer pour la régionalisation du recrutement du personnel qualifié requis à tous les niveaux (en priorisant le personnel déjà sous contrat);
- Ligne d'action 3 : Renforcer le plaidoyer auprès de la DRH pour une répartition équitable des ressources humaines (nombre et capacitation);

Intervention 2 : Renforcement des compétences des agents

- Ligne d'action 1 : Etablir la cartographie du personnel formé
- Ligne d'action 2 : Renforcer la formation basée sur les standards
- Ligne d'action 3 : Appuyer le plaidoyer pour la formation de plus de spécialistes (médicaux et para médicaux)

Intervention 3 : Appui aux initiatives de fidélisation des agents exerçant dans les zones reculées en collaboration avec la DRH,

- Ligne d'action 1 : Appuyer le plaidoyer pour la domiciliation des postes budgétaires,
- Ligne d'action 2 : Appuyer l'application du guide de mobilité ;
- Ligne d'action 3 : Mener le plaidoyer auprès des collectivités locales pour le recrutement du personnel qualifié ;

III.5.4. Axe stratégique IV : Intensification de la communication et du plaidoyer en faveur de la SRMNIA.

Résultat 1 : Un environnement social (familial, communautaire et au niveau des structures)

propice à l'adoption de comportements favorables à la santé est renforcé

Intervention 1 : Communication institutionnelle de la DSRSE (actuelle DSME)

- Ligne d'action 1 : Renforcer la visibilité de la DSRSE (création de logos et charte graphique et supports promotionnels) ;
- Ligne d'action 2 : Renforcer la vulgarisation et le partage des informations et interventions de SRSE.

Intervention 2 : Intensification de la communication de masse envers la communauté

- Ligne d'action 1 : Appuyer l'opérationnalisation du plan intégré de communication
- Ligne d'action 2 : Confectionner un media planning (Radio, TV et journaux) et des supports de communication (dépliants, flyers, affiches, etc...);
- Ligne d'action 3 : Assurer la communication digitale (SMS, blog, site web, réseaux sociaux).

Commenté [EAM5]: C'est plutôt faire des communications Radiotélévisés et écrites

Intervention 3 : Amélioration de la communication interpersonnelle en direction des cibles prioritaires

- Ligne d'action 1 : Renforcer le Programme Bajenu Gox.
- Ligne d'action 2 : Appuyer la conception et la production de supports (fiches pédagogiques, cartes conseil, boîtes à images, etc...);
- Ligne d'action 3 : Appuyer la contractualisation avec les organisations communautaires de base intégrant les activités de sensibilisation ;
- Ligne d'action 4 : Renforcer l'équipement des acteurs communautaires (téléphones, badges, cahiers, outils de gestion, etc...);

Intervention 4 : Renforcement de la mobilisation sociale

- Ligne d'action 1 : Assurer l'institutionnalisation et la pérennisation de la semaine nationale de la santé de la Mère et de l'Enfant ;
- Ligne d'action 2 : Renforcer la mobilisation des communautés lors de grands événements (journées, rencontres culturelles, religieuses et sportives), autour de la SRSE ;
- Ligne d'action 3 : Renforcer la mobilisation communautaire à travers des fora communautaires et manifestations culturelles (théâtre, chants, contes, etc.) sur la SRSE ;

Résultat 2 : L'adhésion et l'engagement des décideurs en faveur de la SRMNIA sont obtenus

Intervention: Plaidoyer auprès des décideurs

- Ligne d'action 1 : Elaborer les outils et supports de plaidoyer SRMNIA ;
- Ligne d'action 2 : Optimiser le fonctionnement de l'alliance nationale de lutte contre les décès évitables des mères, nouveaux nés, enfants et adolescents

Résultat 3 : La qualité de vie des femmes en âge de reproduction et des enfants est améliorée

Intervention: promotion de l'égalité et l'équité de genre pour de meilleures conditions d'existence des femmes en âge de reproduction et des enfants

- Ligne d'action 1: lutter contre les inégalités de genre et les pratiques néfastes.
- Ligne d'action 2 : Promouvoir la lutte contre les facteurs favorisant la pollution de l'air au niveau des ménages ;
- Ligne d'action 3 : renforcer les connaissances des communautés sur les soins psycho affectifs, la stimulation pour l'éveil et le développement de l'enfant ;

- Ligne d'action 4: Renforcer la protection et les droits de l'enfant ;
- Ligne d'action 5 : Renforcer la coordination multisectorielle
- Ligne d'action 6 : appuyer la gestion de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent dans les situations d'urgence humanitaire.

Commenté [EAM6]: (à déplacer)

Résultat 4 : Les capacités des acteurs en promotion de la Santé à travers l'approche de Communication pour le développement (C4D) sont renforcées à tous les niveaux

Intervention : Amélioration des connaissances et des compétences des acteurs concernés

- Ligne d'action 1 : Appuyer la conception et la production des supports C4D ;
- Ligne d'action 2 : Renforcer les capacités des prestataires sur la C4D (niveau central, prestataires, leaders communautaires, journalistes, jeunes, etc) ;
- Ligne d'action 3 : renforcer les échanges de bonnes pratiques et de dialogues communautaires ;

Commenté [EAM7]: Répétition cf. Axe 4 Intervention 2 Ligne 1 et 3 Intervention 3 ligne 1

Résultat 5 : les barrières économiques et socio-culturelles à l'accès aux soins sont réduites

Intervention: Promouvoir l'accessibilité financière, socio-culturelle en SRSE

- Ligne d'action 1 : Rendre effective la gratuité des soins au niveau communautaire prenant en compte la PEC curative et préventive ;
- Ligne d'action 2 : Promouvoir l'enrôlement des cibles dans des mutuelles de santé pour améliorer la demande et l'utilisation des services ;
- Ligne d'action 3 : Elargir le paquet de gratuité des enfants de moins de 5 ans à la PEC de la malnutrition ;
- Ligne d'action 4 : Renforcer les activités de changement de comportements pour une meilleure fréquentation des structures de santé

III.5.5. Axe stratégique v : Renforcement de la disponibilité continue des médicaments et produits SRSE de qualité au niveau des PPS

Résultat 1 : Les médicaments et produits SRSE de qualité et à moindre coût sont disponibles au dernier Km

Intervention 01 : Renforcement du système d'assurance qualité pour l'ensemble des médicaments et produits de santé et plus particulièrement les produits de la SRSE à tous les niveaux (AMM, contrôle de qualité, pharmacovigilance des produits SRMNIA)

- Ligne d'actions 1 : appuyer l'informatisation de la base des données
- Ligne d'action 2 : appuyer l'élaboration/révision et la diffusion des documents stratégiques pharmaceutiques (guide des équivalences thérapeutiques et la LNME)
- Ligne d'action 3 : Renforcer la pharmacovigilance / inspection des médicaments de la SRMNIA
- Ligne d'action 4 : Appuyer le contrôle de qualité des médicaments SRMNIA (substances de référence, équipements de laboratoire)

Commenté [U8]: La DPM dispose d'un site actuellement ????

Intervention 02 : Renforcement de l'intégration des médicaments et produits SRSE de qualité dans le nouveau schéma de distribution (Jegesiina /Yeksinaa)

- Ligne d'action 01: Elaborer le Contrat de Performance MSAS/PNA pour couvrir la période de mise en œuvre du plan SRMNIA ;
- Ligne d'action 02 : Assurer le suivi de la mise en œuvre du Contrat de Performance

MSAS/PNA

Intervention 3 : Renforcement de la filière d'approvisionnement en médicaments et produits de santé SRMNIA

- Ligne d'action 1 : Améliorer le système d'évaluation des besoins et de planification des Achats et des stocks (plan GAS)
- Ligne d'action 2 : Décentraliser le système de quantification des produits SRMNIA
- Ligne d'action 3 : Appui à la mise en place de stocks de sécurité de médicaments PF/SRSE

Intervention 04 : renforcement du Yeksi-naa (durant la phase de Stabilisation et de Pérennisation)

-
- Ligne d'action 01 : Utiliser à tous les niveaux une plateforme interconnectée des différents logiciels de stocks existants (SIGL interconnecté)
- Ligne d'action 02 : Appuyer la prise en charge des opérateurs privés dans les 14 régions pendant la phase de stabilisation
- Ligne d'action 03 : Assurer le Suivi et la Coordination du Yeksinaa à tous les niveaux
-

Résultat 2 : les structures sont équipées selon les normes à tous les niveaux (Etablissements Publics de Santé, Centres de Santé et Postes de santé)

Intervention 1 : Amélioration de la disponibilité des équipements

- Ligne d'action 1 : Résorber les déficits en équipements de sang, en tables d'anesthésie, en aspirateurs chirurgicaux, en respirateurs d'anesthésie, en scalytiques et en échographe simple dans les EPS I ;
- Ligne d'action 2 : Résorber les déficits en équipements en appareils de mammographie, en tables de réanimation et en échographe simple dans les EPS II ;
- Ligne d'action 3 : Résorber les déficits en équipements en appareils de mammographie, en tables de réanimation, de banque de sang et en appareils d'échographie simple dans les EPS III ;
- Ligne d'action 4 : Résorber les gaps en équipements des CS et postes de santé selon les normes (matériel d'urgence pour la survie de la mère et de l'enfant)

Intervention 2 : Amélioration de la Maintenance des équipements

- Ligne d'action : Appuyer la mise en œuvre du plan de maintenance des équipements (en collaboration avec la DIEM)

III.5.6. Axe 6 : Amélioration de la gouvernance a tous les niveaux

Résultat 1 : La coordination est renforcée à tous les niveaux

Intervention 1 : Renforcement de la capacité institutionnelle et organisationnelle de la DSRSE ;

- Ligne d'action 1 : Renforcer les capacités de conception, de planification, du suivi évaluation et de recherche ;
- Ligne d'action 2 : Améliorer la coordination interne et intersectorielle ;
- Ligne d'action 3 : Renforcer les ressources humaines de toutes les divisions, cellules et bureau de la DSRSE ;

Intervention 2 : Renforcement de la capacité institutionnelle et organisationnelle des régions médicales

- Ligne d'action : Renforcer les capacités de planification, du suivi évaluation et de recherche

Résultat 2 : La participation communautaire est renforcée à tous les niveaux

Intervention 1 : Intensification de l'action communautaire

- Ligne d'action 1 : Renforcer la coordination des actions communautaires pour la SRMNIA autour du poste de santé (participation à la coordination, suivi-évaluation) ;
- Ligne d'action 2 : Appuyer la mobilisation communautaire autour de la commune pour les activités liées à l'environnement favorable (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) ;
- Ligne d'action 3 : Renforcer la planification, la coordination, le suivi évaluation au niveau des postes de santé (préparation et suivi des POCL) ;
- Ligne d'action 4 : harmoniser la notification des naissances et des décès avec l'enregistrement des naissances, des décès et des causes de décès dans les registres de l'état civil ;
- Ligne d'action 5 : Appliquer le guide technique sur les droits de l'enfant pour la réduction de la mortalité infanto juvénile ;

Résultat 3 : La gestion financière et comptable est assurée;

Intervention : Amélioration de la capacité en gestion financière et comptable

- Ligne d'action 1 : Renforcer le dispositif et les outils de gestion (comptabilité financière et des matières, audit et passation des marches)
- Ligne d'action 2 : Renforcer les capacités des ressources humaines

Résultat 4 : L'environnement légal, les droits humains et le partenariat sont améliorés

Intervention: Promotion du partenariat, de l'inter opérabilité santé-Etat civile et inter sectorielle

- Ligne d'action 1 : Appuyer l'enregistrement des événements de la vie à l'Etat civil (naissances et décès)
- Ligne d'action 2 : Institutionnaliser la collaboration entre services de santé et service de l'état civil ;
- Ligne d'action 3 : Renforcer la coordination des interventions SRMNIA des PTF ;
- Ligne d'action 4 : Optimiser la synergie des financements SRMNIA des PTF.
- Droits humains ?????

Résultat 5 : la qualité des services est appréciée positivement

Intervention 1 : Mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats (FBR)

- Ligne d'action 1 : mettre en œuvre le FBR pour la demande de soins ;
- Ligne d'action 2 : mettre en œuvre le FBR pour l'offre de service (préventif et curatif) ;
- Ligne d'action 3 : mettre en œuvre l'achat des services au profit des collectivités locales (contrats de performance)

Intervention 2 : Amélioration de la qualité des services au niveau des PPS

- Ligne d'action 1 : évaluer la qualité des services pour une amélioration de l'environnement ;
- Ligne d'action 2 : mettre en œuvre les 5 S KAIZEN ;
- Ligne d'action 3 : Appliquer les normes de Prévention des infections ;
- Ligne d'action 4 : Renforcer la qualité de l'accueil au niveau des services de santé ;
- Ligne d'action 5 : Appliquer la référence contre référence selon les normes.

Commenté [DT9]: Assurance qualité, y compris les produits

Résultat 6 : le cadre multisectoriel est fonctionnel

Intervention 1 : Animation des cadres existants

- Ligne d'action 1 : Optimiser le fonctionnement du CPC/SRMNIA
- Ligne d'action 2 : Décentraliser le CPC/SRMNIA au niveau régional

Intervention 2 : Accroissement des contributions intra et intersectorielles dans le domaine de la SRMNIA

- Ligne d'action 1 : Optimiser la synergie intra sectorielle pour la gestion conjointe des paquets de services SRMNIA ;
- Ligne d'action 2 : rendre opérationnel 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 SRMNIA ;
- Ligne d'action 3 : Renforcer l'environnement juridique et réglementaire en faveur de la mise en œuvre des interventions de SRSE y compris les droits de l'enfant.

Résultat 7 : La planification, le suivi évaluation et la recherche sont renforcés

Intervention 1 : Renforcement des capacités organisationnelles de la DSRSE et des ressources humaines en suivi évaluation ;

- Ligne d'action 1 : mener le plaidoyer pour la mise à disposition du personnel additionnel pour la cellule suivi évaluation ;
- Ligne d'action 2 : renforcer l'équipement de la cellule suivi évaluation et des points focaux du niveau opérationnel ;
- Ligne d'action 3 : renforcer les capacités des agents de la cellule, des ECR et ECD

Intervention 2 : Renforcement du système de planification, de suivi et d'évaluation

Ligne d'action 2 : assurer la révision et la reproduction des outils de suivi évaluation de toutes les composantes SRMNIA

- Ligne d'action 3 : tenir les revues, RAC régionales et élaborer les rapports SRMNIA
- Ligne d'action 4 : assurer le suivi, la supervision et l'audit de qualité (décès, données).

Intervention 3 : Surveillance et enquêtes

- Ligne d'action 1 : contribuer à l'EDSc ;
- Ligne d'action 2 : réaliser les enquêtes (SMART, SONU, ETC.) ;
- Ligne d'action 3 : réaliser les évaluations du PSSRMNIA.

Intervention 4 : Recherche

- Ligne d'action 1 : Appuyer la recherche action sur les déterminants de la première cause de mortalité des enfants de 1-59 mois et la résolution de ce problème de santé
- Ligne d'action 2 : Appuyer la recherche sur les résistances aux antituberculeux chez

l'enfant.

Intervention 5 : Documentation et diffusion de l'information

- Ligne d'action 1 : réviser périodiquement les PNP SRSE ;
- Ligne d'action 2 : renforcer l'équipement de la DSRSE en matière d'archivage ;
- Ligne d'action 3 : reproduire et diffuser les documents (plan SRMNIA, PNP, etc...) ;
- Ligne d'action 4 : publier les informations dans le site web de la DSRSE et le bulletin périodique de la direction ;
- Ligne d'action 5 : documenter et partager des expériences/interventions réussies (success stories).

IV. IMPACT ATTENDU DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN DU PLAN SRMNIA

L'impact attendu de la mise en œuvre du Plan Intégré SRMNIA 2016-2020 est la réduction des décès de mères, de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents et particulièrement les décès évitables. La dimension de cet impact dépendra évidemment du poids des interventions prioritaires.

L'estimation de cet impact a été faite en utilisant les outils « EQUIST » et « OneHealth ». Ces outils ont permis l'analyse de scénarii basés sur des choix d'interventions prioritaires et de cibles pour l'horizon 2020 en partant du niveau des indicateurs de 2015. Les interventions prioritaires, leurs cibles et les indicateurs de mesures sont décrits dans les différents chapitres du plan.

À la fin de ces analyses, le scénario choisi et validé pour le plan SRMNIA permettrait :

- La réduction de la mortalité maternelle de 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 à 266 pour 100 000 naissances vivantes en 2020,
- La réduction de la mortalité néonatale de 23 pour 1000 naissances vivantes en 2015 à 12 pour 1000 naissances vivantes en 2020 ;
- La réduction de la mortalité infanto-juvénile de 59 pour 1000 naissances vivantes en 2015 à 37 pour 1000 naissances vivantes en 2020 ;

IV.1 Estimation du nombre de décès évités par cause

Tableau 7 : Distribution des décès maternels évités par cause (Source : Application OHT)

Causes	Nombre de décès maternels évités
Hémorragie ante partum	23
Hémorragie intrapartum	2
Hémorragie de la délivrance	131
Troubles hypertensifs	612
Septicémie	251
Avortement	429
Autres causes directes	6
Causes indirectes	45
Total	1499

Tableau 8 : Distribution des décès néonataux évités par cause (source EQUIST)

Causes épidémiologiques	Nombre de décès néo-natals évités
Asphyxies	1767

Septicémie	1088
Prématurité	972
Pneumonie	332
Tétanos néonatal	250
TOTAL	4409

Tableau 9 : Distribution des décès d'enfants de moins de 5 ans évités par cause (source EQUIST)

Causes épidémiologiques	Nombre de décès 0-5 ans
Diarrhée	1421
Pneumonie	1017
Rougeole	123
Paludisme	2887
Autres	82
TOTAL	5619

Entre 2016 et 2020, la mise en œuvre du plan stratégique intégré SRMNIA contribuera à éviter plus de 1499 décès maternels, environ 4500 décès néo-natals et plus de 5500 décès d'enfants de moins de 5 ans liés aux causes les plus fréquentes. Cela devrait aboutir de façon conséquente aux impacts attendus du plan

IV.2 Projection des taux de mortalité

Cette projection par l'outil « OneHealth » montre la baisse des taux de mortalité entre 2015 et 2020 :

- 125 points de réduction pour la mortalité maternelle,
- 11 points de réduction pour la mortalité néonatale,
- 22 points de réduction pour la mortalité infanto-juvénile.

Ainsi, avec une mise en œuvre optimale du plan, les objectifs d'impact du plan seraient même dépassés avec ces projections.

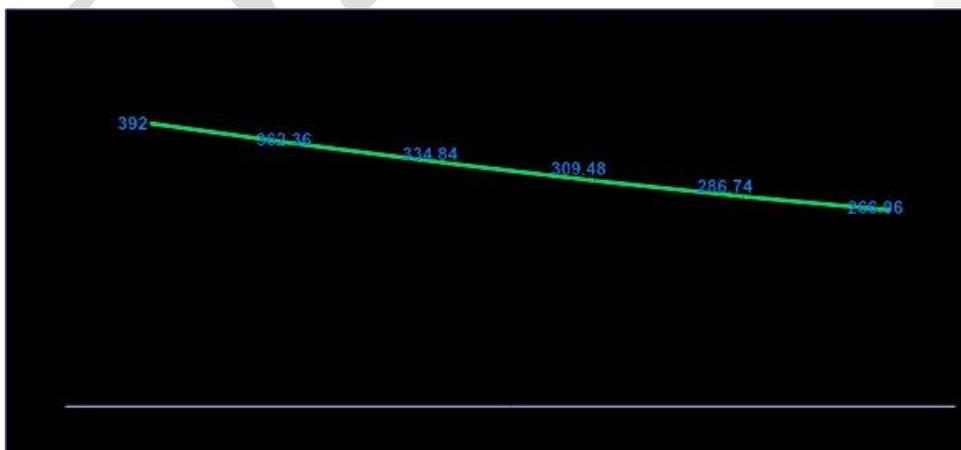


Figure 18 : Evolution du ratio de mortalité maternelle selon les projections de l'outil



Figure 19 : Evolution des taux de mortalité néonatale et infanto-juvénile selon les projections de l'outil OneHealth

V. CADRE DE PERFORMANCE DU PLAN SRM NIA

DRAFT

N°	LIBELLE DE L'INDICATEUR	DONNEE DE BASE			FREQUENCE	RESULTAT ATTENDU					SOURCES	DESAGREGATION
		Valeur	Année	Source		2016	2017	2018	2019	2020		
I.	RENFORCEMENT DE L'OFFRE DE SERVICES DE QUALITE A TOUS LES NIVEAUX (INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENT, QUALITE DES SERVICE)											
I.1	Réduire la mortalité maternelle de 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2010 (EDS5-2010) à un maximum de 285 pour 100 000 naissances vivantes en 2020					371	349	328	306	285	EDS	
	Taux d'achèvement en consultation prénatale	48%	2015	DHIS2-Données routine	Annuelle	52	56	61	66	70%	DHIS2-Données routine	(15-19 et 20-24) et 25 ans et +
	Taux de couverture en VAT des femmes enceintes	83%	2015	DHIS2-Données routine	Annuelle	85%	85%	87%	90%	90%	DHIS2-Données routine	
	Taux de couverture en SP3 des femmes enceintes	43,00%	2015	DHIS2-Données routine	Annuelle	80%	80%	80%	80%	83%	DHIS2-Données routine	À confirmer PNLP
	Pourcentage de Femmes enceintes ayant effectuées le test VIH	85,00%	2015	Rapport DLSI 2015	Annuelle	85%	85%	90%	90%	95%	DHIS2/Rapport PNMLS	(15-19 et 20-24) et 25 ans et +)
	Pourcentage d'avortements pris en charge par AMIU	31%	2015	DHIS2-Données routine	Annuelle	37%	43%	51%	61%	71%	DHIS2-Donnée routine	(15-19 et 20-24) et 25 ans et +)

N°	LIBELLE DE L'INDICATEUR	DONNEE DE BASE			FREQUENCE	RESULTAT ATTENDU					SOURCES	DESAGREGATION
		Valeur	Année	Source		2016	2017	2018	2019	2020		
	Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié (médecins, sages-femmes, infirmiers)	65,00%	2015	DHIS2-Données routine	Annuelle	65%	68%	72%	76%	80%	DHIS2-Données routine	
	Pourcentage de PPS offrant l'accouchement à style libre par rapport à l'ensemble des PPS (PS, Centre de santé, EPS 1-2-3) *	2,56%	2015	Rapport DSRSE	Annuelle	3%	4%	30%	55%	80%	DHIS2/Données Routine	
	Proportions de PPS offrant des SONUC	ND	2015	DHIS2	Annuelle	4%	7%	15%	25%	40%	Données Routine	
	Proportions de PPS offrant des SONUB	ND	2015	DHIS2	Annuelle		50%	70%	90%	100%	Données Routine	
	Taux Prévalence Contraceptive (TPC)*	21,20%	2015	EDSc	Annuelle (EDSc) et Tous les 5 ans (EDS/MICS)	27,40%	31,80%	36,20%	40,60%	45%	EDSc et EDS-MICS)	(15-19 et 20-24) et 25 ans et +

N°	LIBELLE DE L'INDICATEUR	DONNEE DE BASE			FREQUENCE	RESULTAT ATTENDU					SOURCES	DESAGREGATION
		Valeur	Année	Source		2016	2017	2018	2019	2020		
	Taux de besoins non satisfaits en PF (TBNS)	22,50%	2015	EDSc	Annuelle (EDSc) et Tous les 5 ans (EDS-MICS)	< 20%	< 18%	< 15%	< 13%	< 10%	EDSc et EDS-MICS)	(15-19 et 20-24) et 25 ans et +
	Taux de recrutement en PF	6%	2015	Données Routine		Annuelle	7,20%	8,40%	9,60%	10,80 %		
	Pourcentage de césariennes	5%	2015	DHIS2	Annuelle	5%	6%	7%	8%	10%	DHIS2	
	Pourcentage de décès maternels audités	ND	2015		Annuelle	ND	10%	30%	50%	70%	DHIS2	
I.2	Réduire la mortalité des nouveau-nés de 23 pour 1000 NV en 2015 à 17 pour 1000 naissances vivantes en 2020					21,8	20,6	19,4	18,2	17		Selon le genre
	Pourcentage Nouveau-nés de faible poids de naissance pris en charge par les soins maternels kangourou	27,00%	2015	DHIS2	Annuelle	31%	36%	40%	45%	50%	DHIS2-Données routine	
	Pourcentage Nouveau-nés ayant bénéficié du paquet de soins immédiats* à la naissance	74%	2015	DHIS2	Annuelle	77%	80%	84%	87%	90%	DHIS2-Données routine	

N°	LIBELLE DE L'INDICATEUR	DONNEE DE BASE			FREQUENCE	RESULTAT ATTENDU					SOURCES	DESAGREGATION
		Valeur	Année	Source		2016	2017	2018	2019	2020		
I.3	Réduire la mortalité des moins de cinq ans de 59/1000 NV (EDS-C) en 2015 à 42 pour 1000 naissances vivantes en 2020	59	2015	EDS C 2015	Annuelle (EDSc) et Tous les 5 ans (EDS-MICS)	59	54	50	45	42	EDSc et EDS-MICS	Selon le genre
	Taux de couverture des enfants de moins de 12 mois (complètement vaccinés)	72%	2015	EDSc	Annuelle	76%	80%	84%	86%	90%	DHIS2-Données routine	
	Pourcentage de Poste de santé qui applique la démarche PCIME	50%	2015	Rapport annuel DSRSE	Annuelle	70%	75%	80%	85%	90%	rapport région	
	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une fièvre ayant un TDR positif et traités par ACT	ND	2015	Routine rapport PNLP	Trimestrielle Annuelle	100%	100%	100%	100%	100%	Routine rapport PNLP	
	Pourcentage d'enfants âgés de 0-5 ans présentant une diarrhée et traités	92%	2015	DHIS2	Annuelle	92%	93%	94%	95%	95%	DHIS2-Données routine	

N°	LIBELLE DE L'INDICATEUR	DONNEE DE BASE			FREQUENCE	RESULTAT ATTENDU					SOURCES	DESAGREGATION
		Valeur	Année	Source		2016	2017	2018	2019	2020		
	par SRO/ZINC											
	Pourcentage d'enfants âgés de 0 -5ans présentant une pneumonie et traitée avec un antibiotique (amoxicilline)	96%	2015	DHIS2	Annuelle	96%	97%	98%	100%	100%	DHIS2-Données routine	
	Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'une malnutrition aiguë globale P(T)	7,80%	2015	EDSc	Annuelle (EDSc) et Tous les 5 ans (EDS-MICS)	7,80%	7,50%	7,70%	6,60%	6,00%	EDSc et EDS-MICS)	
	Proportion des enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein	33%	2015	EDSc	Annuelle EDS	33%	35%	37%	39%	41%	EDSc et EDS-MICS)	
	Pourcentage enfants 6 -59 mois supplémentés en routine en vit A	56%	2015	DHIS2	Annuelle routine	56%	65%	70%	75%	80%	DHIS2-Données routine	
II.	RENFORCEMENT DE LASANTE DES ADOLESCENT(E) S /JEUNES											

N°	LIBELLE DE L'INDICATEUR	DONNEE DE BASE			FREQUENCE	RESULTAT ATTENDU					SOURCES	DESAGREGATION
		Valeur	Année	Source		2016	2017	2018	2019	2020		
	Taux d'utilisation des services de santé sexuelle et de la reproduction par les adolescents (féminin+ masculin) âgés de 15-19 ans	ND	2015	Données de routine	Annuelle	10%	20%	35%	50%	65%	Données Routine	Selon le genre
	Taux d'utilisation des services de santé sexuelle et de la reproduction par les jeunes (de sexe féminin et masculin) de 20-24 ans	ND	2015	Données de routine	Annuelle	10%	25%	50%	60%	75%	Données Routine	Selon le genre
	Taux de fécondité des adolescentes et jeunes de 15-19 ans	80‰	2015	EDSc	Annuelle	77‰	74‰	71‰	68‰	65‰	EDSc	
III	DEVELOPPER DES RESSOURCES HUMAINES DE QUALITE											
IV	INTENSIFICATION DE LA PROMOTION EN VUE DE DISPOSER D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA SRMNA											
	Pourcentage de personnes déclarant posséder un acte	79,70%	2015	Rapport ANSD	Annuelle	82%	85%	88%	91%	95%	Rapport ANSD	

N°	LIBELLE DE L'INDICATEUR	DONNEE DE BASE			FREQUENCE	RESULTAT ATTENDU					SOURCES	DESAGREGATION
		Valeur	Année	Source		2016	2017	2018	2019	2020		
	d'état civil											
	Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont déclaré avoir été excisées	25%	2014	EDSc	Annuelle	NA	21%	19%	17%	15%	EDSc et EDS-MICS)	(15-19)(20-24 ans) et 25-49 ans
V.	AMELIORER LA DISPONIBILITE DES PRODUITS ET EQUIPEMENTS SRMNI DE QUALITE ET A MOINDRE COUT AU NIVEAU DES POINTS DE PRESTATION											
	% de PPS ayant connu des ruptures sur la gamme traceur de produits SRSE/PF durant la période objet de reportage	*2,39%	2015	PNA/PM	Annuelle	*2,37%						
	% de produits de la gamme traceur de produits SRSE/PF ayant été en rupture dans les PPS durant la période objet de reportage	*100%	2015	PNA/IPM	Annuelle	*80%						
VI	AMELIORER LA GOUVERNANCE A TOUS LES NIVEAUX											

N°	LIBELLE DE L'INDICATEUR	DONNEE DE BASE			FREQUENCE	RESULTAT ATTENDU					SOURCES	DESAGREGATION
		Valeur	Année	Source		2016	2017	2018	2019	2020		
	Taux de réalisation du plan de communication	ND	2015	Rapport annuel DSRSE	Annuelle	ND	75%	75%	80%	80%	Rapport annuel DSRSE	
	Nombre de plans opérationnels de la DSRSE intégrés validés en début d'année	ND	2015	Rapport annuel DSRSE	Annuelle	NA	1	1	1	1	Rapport annuel DSRSE	
	Nombre de revues nationales tenues	1	2015	Rapport annuel DSRSE	Annuelle	1	1	1	1	1	Rapport annuel DSRSE	
	Taux d'exécution du budget annuel	ND	2015	Rapport annuel DSRSE	Annuelle	ND	80%	90%	95%	95%	Rapport annuel DSRSE	
	Nombre de réunions du comité de pilotage et de coordination tenues	ND	2015	Rapport DSRSE	Trimestrielle	ND	2	4	4	4	Rapport annuel DSRSE	
	Nombre d'ateliers de planification régionale ayant enregistré la participation de la DSRSE	ND	2015	Rapport DSRSE	Annuelle	ND	0	14	14	14	Rapport annuel DSRSE	

* Il s'agit de la gamme de produits traceurs PF ; les produits essentiels SRSE n'étaient pas encore intégrés

Taux Prévalence Contraceptive (TPC)* : Pourcentage des Femmes âgées de 15 à 49 ans en union utilisant actuellement une méthode moderne de contraception

N°	LIBELLE DE L'INDICATEUR	DONNEE DE BASE			FREQUENCE	RESULTAT ATTENDU					SOURCES	DESAGREGATION
		Valeur	Année	Source		2016	2017	2018	2019	2020		

Problème de référence de la note de bas de page

Tx de BNS: Pourcentage des femmes fécondes qui n'utilisent pas la contraception mais qui souhaitent retarder la prochaine naissance (espacement) ou qui ne veulent plus d'enfant (limitation). Ne correspond pas à la définition des BNS en PF

DRAFT

VI. CADRE ORGANISATIONNEL DE LA MISE EN ŒUVRE

Il s'agit d'une description des modalités de mise en œuvre du plan stratégique intégré SRMNIA 2016-2020, mais aussi des rôles et responsabilités des différents acteurs clés stratégiques et opérationnels.

VI.1. Conception et mise en œuvre des plans opérationnels

VI.1.1. Elaboration d'un plan annuel consolidé par la DSRSE

Chaque année, un plan annuel consolidé devra être élaboré par la DSRSE sur la base des ressources disponibles et/ou mobilisables (Etat et collectivités, comité santé, PTF, etc.)

VI.1.2. Elaboration des plans opérationnels annuels régionaux :

Des plans opérationnels régionaux devront être élaborés et basés sur des cadres de performance. Ils seront intégrés dans le système de planification existant au niveau du MSAS à travers les Plans de Travail Annuels (PTA).

VI.2. Rôles des acteurs clés

L'approche de résolution des problèmes de santé de la reproduction fait intervenir plusieurs acteurs et entre autres le ministère de la santé, les autres secteurs de l'Etat, les collectivités locales, les populations, la société civile, le secteur privé et les partenaires techniques et financiers. Cela implique une dynamique partenariale nécessitant un développement d'un bon cadre de coordination et des instruments de mise en œuvre adaptés au contexte de la redevabilité. Pour la mise en œuvre du plan, l'implication des autres acteurs à travers un cadre multisectoriel à tous les niveaux est nécessaire.

VI.2.1 Rôles du ministère de la santé et de l'action sociale (MSAS)

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale est responsable de l'élaboration des plans d'opération, des outils de formation et de gestion, des supports de communication et de plaidoyer. Il sera aussi chargé de l'impulsion et de la coordination des interventions, du suivi / évaluation et de la mobilisation des ressources.

Le MSAS intervient sur le plan technique à travers trois mécanismes :

- Le Comité de Pilotage et de Coordination (CPC) des interventions :
Ce comité, présidé par le Ministre de la Santé et de l'Action sociale, est chargé d'orienter, de piloter et de coordonner l'ensemble des interventions SRMNIA à l'échelle du pays. Il se réunit tous les 03 mois pour prendre connaissance du niveau de mise en œuvre à travers le rapport présenté par le comité technique.
- le comité technique SRMNIA, bras technique du CPC, présidé par le Directeur Général de la Santé et constitué d'experts du ministère et PTF, ONG, Société Civile, Secteur privé, collectivités locales). Il assiste la DSRSE sur toutes les questions indiquées par le comité de pilotage. Il dispose de sous-comités techniques pour instruire les questions.
- Le comité des Partenaires techniques et financiers de la santé est présidé par le secrétaire général du ministre ou son représentant. Il regroupe l'ensemble des partenaires du secteur santé.
- Il existe un sous-comité dédié à la SRMNIA : cluster des partenaires SRMNIA.

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale mobilise les moyens destinés au programme à travers le Document de programmation budgétaire Economique et pluriannuelle (DPBEP) et

le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses de santé (DPPD). L'ordonnancement des fonds de l'Etat est assuré par le MEF par l'entremise de l'ordonnateur délégué. L'administration des ressources au sein du MSAS est assurée par le Directeur de l'Administration Générale et de l'Equipeement (DAGE). Le Directeur de la SRSE sera l'administrateur délégué du plan SRMNIA.

Dans le contexte de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et de la multiplicité des intervenants, l'option de la contractualisation (en référence au cadre de performance) est vivement recommandée.

La Direction des Ressources Humaines a un important rôle à jouer dans la mise en œuvre du plan SRMNIA. L'analyse de la situation a révélé un déficit criard de RH en qualité et en quantité. C'est une étape critique à surmonter et qui ne relève pas de la DSRSE mais plutôt d'un autre secteur et de la DRH du MSAS. La DRH interviendra dans le recrutement, le développement des compétences et la fidélisation des agents dans les postes dits d'accès difficile mais aussi prioritaires en termes d'interventions.

Rôles Spécifiques de la direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant (DSRSE)

La DSRSE assure la coordination globale de la mise en œuvre des interventions de SRSE, en particulier du plan intégré, la gestion des ressources matérielles et financières qui lui sont déléguées par le Ministre de la santé. Elle assure la planification au niveau central, appui le niveau opérationnel, assure le monitoring des résultats à travers les revues SRMNIA (centrales et régionales).

Rôles spécifiques des autres programmes du ministère de la santé et de l'action sociale

La coordination avec les autres programmes de santé publique reste un défi pour la DSRSE car la santé de la mère, du nouveau-né et des adolescents et jeunes est fortement dépendante des interventions d'autres directions et programmes :

- La direction de la Prévention, s'occupe du PEV et de la surveillance épidémiologique
- La direction de la lutte contre la maladie est responsable du PNLN, du PNT, de la lutte contre le VIH/sida, etc.
- Le service National de l'hygiène est en charge des questions liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Ce service est fortement impliqué dans toutes les activités de communication et de promotion de la santé ;
- Le programme national de Santé communautaire ;
- Le service national de l'éducation et de l'information pour la santé ;

La documentation des indicateurs de ces programmes inscrits dans le cadre de performance global de ce plan SRMNIA revient aux unités de suivi évaluation de ces programmes.

Rôle spécifique des districts et des régions médicales

Ils sont chargés de la planification opérationnelle et de la mise en œuvre du plan SRMNIA au niveau intermédiaire et opérationnel

VI.2.2. Rôles des secteurs publics ministériels

- De vastes programmes avec une forte composante de la SRMNIA pilotés depuis la primature tels que le CNLS, la CLM et le projet financement de la santé / nutrition
Plusieurs départements ministériels interviennent dans les mises en œuvre des activités liées à la santé de la mère et de l'enfant. Ce que confirme le rapport du diagnostic national macroéconomique et santé fait en 2005, révélant que 15 départements ministériels interviennent dans la SRMNIA.

Le Ministère des Forces Armées, dispose de tous les types de structures sanitaires depuis le poste de santé jusqu'à l'EPS de type III. Il applique les directives techniques du MSAS dans le cadre de la gestion des programmes de santé. Ainsi, ce département ministériel, à travers la direction de la santé des armées va contribuer dans la mise en œuvre de toutes les composantes de ce plan.

Les autres Ministères publics disposant de structures sanitaires tels le Ministère de l'Intérieur, le Ministère en charge de la Justice, le Ministère en charge de l'environnement, etc., contribuent à l'atteinte de certains indicateurs.

Le Ministère de la Jeunesse contribue à l'offre de services pour la santé des adolescents et des jeunes dans le milieu extrascolaire à travers ses 15 Centres Conseil pour Adolescent (e)s/jeunes qui sont des structures conviviales dont la vocation est de promouvoir chez les adolescent(e)s/jeunes l'adoption de comportements responsables en matière de SR. Ils mettent en œuvre de nombreuses activités d'IEC-CCC et offrent des services cliniques et des services de laboratoire. Ce partenariat doit être renforcé entre les deux ministères pour un meilleur fonctionnement des CCA.

Le ministère de l'Éducation nationale :

Il intervient dans la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s/jeunes en milieu scolaire. La Direction du Contrôle Médical Scolaire (DCMS) coordonne les programmes et activités de promotion de la santé et de la nutrition en milieu scolaire. Elle a mis en place des inspections médicales scolaires (IME) pour la prise en charge de la santé des élèves. Les lycées disposent d'infirmières scolaires. En collaboration avec le GEEP, il existe plus de 400 clubs EVF au sein des lycées et collèges qui sont des espaces d'information et de sensibilisation sur les questions de population et sur les pratiques néfastes à la vie des adolescent(e)s. Les outils élaborés dans ce ministère tel le curriculum numérique en SRAJ, dénommé « clickinfoado », la téléphonie mobile Bip Info Ado et l'intégration des questions de la population dans les curricula de l'enseignement élémentaire et du secondaire peuvent contribuer grandement à la santé de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes.

Le Ministère en charge des collectivités locales

Il interviendra sur les aspects liés à l'enregistrement des naissances et des décès à l'Etat civil à travers les collectivités locales et en partenariat avec le Ministère en charge de la justice pour les jugements supplétifs. Les ONG et OCB pourront faciliter ce travail au niveau communautaire.

Les Collectivités territoriales

Le processus de réforme de l'administration territoriale et locale (loi 96-07, loi N° 20136 10 du 28 décembre 2013) a conféré dans le temps et dans l'espace un certain nombre de domaines de compétences santé aux collectivités locales. Dans le cadre de la décentralisation des services de santé, la gestion des structures sanitaires et la coopération décentralisée leur ont été confiées. En plus de ces compétences qui leur sont dévolues, les collectivités locales auront un rôle important à jouer dans la mise en œuvre du plan SRMNIA. Elles interviendront dans l'enregistrement de l'état civil des naissances et des décès, l'audit des décès, la lutte contre les VBG, l'amélioration des conditions socioéconomiques des femmes en vertu de leurs compétences de par la loi en matière de CMU.

Le Ministère en charge de la femme, famille et le genre

Il intervient sur les stratégies de lutte contre les violences basées sur le genre, sur les Mutilations génitales féminines, deux programmes dont il assure aujourd'hui le leadership de la planification et de la coordination en partenariat avec le MSAS. Ce Ministère sera chargé de l'institutionnalisation de la prise en charge de la santé des adolescent(e)s/jeunes dans les programmes de formation et d'encadrement (Centre Régional d'Enseignement Technique Féminin (CRETEF), centre de réinsertion sociale...), de sensibilisation et renforcement des capacités des parents (réseau, association de femmes). Il sera aussi responsable de la référence, du suivi et évaluation et de mobilisation des ressources. Il appui aussi la gestion des fistules obstétricales en partenariat avec le Ministère de la Santé

Le Ministère de la Justice

Il intervient dans l'intégration de la problématique de la SRAJ dans les programmes de formation des éducateurs spécialisés, le renforcement des compétences de vie courantes et l'accompagnement des jeunes en situation difficile, l'offre de services de communication pour un changement de comportement et la référence, la facilitation des procédures judiciaires pour les cas d'abus et de Violences Basées sur le Genre et l'application des lois en rapport avec la SRAJ.

Le Ministère des Sports

Il sera chargé de consolider la prise en charge des adolescent(e)s/jeunes dans les écoles de sport et les programmes de formation, l'offre de services de communication pour un changement de comportement, la référence et la mobilisation des ressources.

Le Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan

En dehors des financements de l'Etat à travers le DPPD, certains financements de PTF impliquent le ministère en charge des finances dans le cadre des accords de coopération (appuis budgétaires de la Banque Mondiale, financements d'organismes comme le Global Financing Facility ou d'institutions bilatérales comme l'USAID, le Japon, etc.). Ce ministère sera aussi chargé de la facilitation de l'intégration de la SRMNIA dans le programme national d'actions et d'investissements prioritaires et de la mobilisation des ressources. Il a aussi la charge de faciliter les décaissements pour un bon taux d'absorption et une atteinte des résultats attendus dans les délais fixés.

Les Ministères de la Culture et de la Communication

Ils s'occuperont du renforcement des compétences des acteurs du secteur, de la consolidation de la prise en charge de la SRMNIA dans les programmes et activités de ses structures. Ils contribueront en outre à la promotion de comportements favorables à la SRMNIA (Planification Familiale, SRAJ, lutte contre les Fistules, la lutte contre les VBG, etc.), la facilitation de l'accès aux médias, la diffusion de l'information et la mobilisation des ressources.

Les Ministères du Tourisme et des transports aériens

Ils seront chargés de la protection des adolescent(e)s/jeunes dans les établissements relevant de leur compétence, la sensibilisation des acteurs des deux secteurs, la référence, la mise en œuvre de programme de prévention des IST/SIDA, et la mobilisation des ressources.

VI.2.3 Rôles des organisations de la société civile

Les ONG et OCB joueront un rôle important dans les activités IEC-CCC pour la promotion des CPN, des accouchements dans les structures de santé, des consultations post-natales, de la planification familiale, de la lutte contre les IST/VIH/SIDA, les violences basées sur le genre et les mutilations génitales féminines. Elles peuvent grandement contribuer en collaboration avec les collectivités locales à combler au niveau communautaire les gaps pour l'enregistrement des naissances et des décès à l'état civil. Les collectivités locales, en partenariat avec la communauté, les ONG et les mouvements associatifs y compris les associations professionnelles, seront impliqués dans la mobilisation des ressources financières, l'acquisition des compétences requises en matière de SRMNIA, la participation à l'offre des services au niveau communautaire, la référence vers les structures de prise en charge, et la transmission des bonnes valeurs.

La société civile jouera un rôle de veille citoyenne pour le suivi des engagements pris par l'Etat, les PTF et par elle-même.

VI.2.3 Rôles des partenaires techniques et financiers

Dans un cadre harmonisé, l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) multilatéraux et bilatéraux est nécessaire dans les domaines :

- Du renforcement de la coordination et des capacités des acteurs ;
- De la mise à disposition des instruments de planification et d'analyse situationnelle ;
- De l'amélioration des données de statistiques sanitaires
- De la mobilisation des ressources ;
- Dans l'accompagnement dans le plaidoyer ;
- Dans l'instauration d'un cadre harmonisé des finances publiques (les budgets-programmes).

Les PTF appuieront l'élaboration d'un plan consolidé annuel en mettant à la disposition de la DSRSE et du MSAS les financements mobilisés avant chaque début d'année, l'élaboration de la cartographie des dépenses annuelles à des fins de monitoring et d'évaluation.

VII. Résumé du budget global

Revoir le montant global et la répartition du budget conformément au dossier d'investissement et aux priorités définies dans le plan

Le budget global du plan pour l'horizon de planification est de 120 642 875 217 FCFA.

La distribution de ce budget en fonction des impacts de santé publique donne les proportions suivantes :

- 47,5% du budget seront consacrés à la réduction de la mortalité maternelle ;
- 6,2% du budget serviront à la lutte contre la mortalité néonatale ;
- 8,5% serviront à la lutte contre la mortalité infanto juvénile ;
- 3% du budget seront consacrés à la santé des adolescents ;
- 8,1% du budget seront utilisés pour améliorer la disponibilité des médicaments, produits essentiels et équipements de la SRMNIA ;
- 11,1% du budget pour l'amélioration de la gouvernance ;
- 10,2% du budget pour la planification, le suivi/évaluation et la recherche
- 10% du budget pour la communication

Le plan SRMNIA sera financé par les sources suivantes : l'Etat et ses démembrements (collectivités locales et autres), les populations à travers les organisations communautaires de santé, les organisations de la société civile (ONG/OCB/), le secteur privé (à but lucratif et non lucratif) et les partenaires techniques et financiers.

Les poids traditionnels des différentes sources de financement sont connus mais doivent, dans l'esprit de la SRMNIA, faire l'objet d'une négociation, d'une bonne allocation budgétaire, d'un environnement de levée de fonds et dans le contexte de la redevabilité.

Reprendre les budgets annuels à partir de 2016 et par priorité

Commenté [EAM10]: A mettre à jour avec Diallo

N°	COMPOSANTES STRATEGIQUES	BUDGETS ANNUELS				TOTAL 5 ANS	%
		2017	2018	2019	2020		
I.	RENFORCEMENT DE L'OFFRE DE SERVICES DE QUALITE A TOUS LES NIVEAUX (INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENT, QUALITE DES SERVICES)						
I.1	Réduire la mortalité maternelle de 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2010 (EDS5-2010) en 2015 à un maximum de 285 pour 100 000 naissances vivantes en 2020	13956143460	17882073931	14060808103	11439333366	57338358859	47,5%
	Assurer une amélioration qualitative et quantitative de la surveillance Périnatale	5741786260	6336079331	5214202003	5233812766	22525880359	
	Assurer une prise en charge qualitative des Avortements	1210978000	713538000	494635000	42775000	2461926000	
	Améliorer la Prise en charge qualitative et quantitative de l'Accouchement	3681152200	5397093100	4181622100	3947938600	17207806000	
	Augmenter le taux de couverture de la Consultation Post -Natale pour le couple mère enfant -	430768000	430768000	0	0	861536000	

I	Augmenter la couverture contraceptive de 21,2% en 2015 à 45 % en 2020	2753861000	4609984500	3813614000	1994222200	13171681500	
I	Appuyer le dépistage précoce des cancers du col de l'utérus et du sein	137598000	394611000	356735000	220585000	1109529000	
I.2	Réduire la mortalité des nouveau-nés de 29 pour 1000 NV en 2010 à 17 pour 1000 naissances vivantes en 2020	1967321500	3329419000	1862746000	362746000	7522232500	6,2%
I	Promouvoir la mise au sein précoce et l'allaitement exclusif	410567000	315567000	209290000	209290000	1144714000	
I	Augmenter le taux de couverture de la Consultation Post -Natale pour les nouveaux nés de x % en 2015 à x % en 2020	59290000	59290000	59290000	59290000	237160000	
I	lutter contre l'hypothermie dans la prise en charge globale des nouveau-nés de faible poids de naissance (< 2500 g) :	179124500	1541022000	1000000000	0	2720146500	
I	Assurer la mise en œuvre d'un paquet de soins essentiels pour les nouveau-nés (validé et formalisé avec le POPAEN)	448475000	543675000	14166000	14166000	1020482000	
I	Assurer la prise en charge du nouveau né malade	39865000	39865000	0	0	79730000	
I	Renforcer les SONU	830000000	830000000	580000000	80000000	2320000000	
I.3	Réduire la mortalité des moins de cinq ans de 59/1000 NV (EDS-C) en 2015 à 42 pour 1000 naissances vivantes en 2020	1 623 062 377	3 927 147 965	2 863 227 507	1 793 230 267	10 206 668 116	8,5%
I	Renforcer la mise en œuvre du PEV (Programme Elargi de Vaccination)	462131000	1402131000	1016109000	896109000	3776480000	
I	Assurer la prévention et la Prise en charge des cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	337138500	315856000	125000000	125000000	902994500	
I	Renforcer la mise en œuvre de la PCIME	293358377,1	371473965,4	362208007,3	287750266,6	131479061,6	
I	Améliorer le statut nutritionnel des enfants de 0-59 mois	378 227 500	1 560 595 000	783 600 000	143 537 500	2 865 960 000	
I	Renforcer la prise en charge des urgences pédiatriques	138207000	207697000	188773000	23381000	558058000	
I	Assurer la prévention et la Prise en charge des autres affections prioritaires chez les enfants de moins de 5 ans (anémie, accidents et traumatismes, drépanocytose)	14000000	69395000	387537500	317452500	788385000	
II.	Renforcer la sante des adolescent(e) s /jeunes	938352000	1129156500	886622500	649430000	3603561000	3,0 %
I	Développer l'offre de services pour les Adolescents et les jeunes	312500000	312500000	312500000	312500000	1250000000	
I	Renforcer la communication et le Plaidoyer	340660000	341135000	298500000	298500000	1278795000	

	Renforcer des capacités	246762000	325891500	137192500	0	709846000	
	Améliorer l'environnement favorable à la promotion de la SRAJ	0	111200000	100000000	0	211200000	
	Renforcer la Gestion coordination de la promotion de la SRAJ	384300000	384300000	384300000	384300000	153720000	
III.	Développer des ressources humaines de qualité						
IV.	Intensification de la promotion en vue de disposer d'un environnement favorable a la SRMNIA.	1768975300	1680862300	1577268300	1522283300	6549389200	5,4 %
	Améliorer l'Environnement légal et Droits humains	55879500	0	37723000	0	93602500	
	Appuyer la fourniture d'une identité juridique à tous à travers l'enregistrement des naissances et des décès	1473305800	1446338300	1317503300	1317503300	5554650700	
	Renforcer le Partenariat International	1440000	1440000	1440000	1440000	5760000	
	Renforcer la prévention des mariages et Grossesses précoces et la lutte contre la les violences faites aux femmes et aux filles, y compris les mutilations génitales féminines	238350000	215822000	203340000	203340000	860852000	
	Prendre en charge la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent dans les situations d'urgence humanitaire	0	17262000	17262000	0	34524000	
V.	Améliorer la disponibilité des produits et équipements SRMNIA de qualité et à moindre cout au niveau des PPS	3021710542	2291369280	2209755200	2234825020	9757660042	8,1 %
	Renforcer l'intégration des médicaments et produits SRSE dans le nouveau schéma de distribution (Jegesina /Yeksinaa	10500000	1500000	1500000	1500000	15000000	
	Améliorer la gestion des kits de césarienne (initiative de gratuité)	770247260	793949280	818335200	843405020	3225936760	
	Renforcer le ment du système d'assurance qualité pour l'ensemble des médicaments et produits de santé et plus particulièrement les produits de la SRSE à tous les niveaux (AMM, contrôle de qualité, notification des effets indésirables pour tous les produits SR, inspections)	456400000	433400000	401400000	401400000	1692600000	
	Renforcer la filière d'approvisionnement en médicaments et produits de santé	245500000	189000000	139000000	139000000	712500000	
	Renforcer les capacités de stockage au niveau central et intermédiaire :(délocalisation, mise en place de	672000000	212000000	212000000	212000000	1308000000	

	PRA pool et la logistique pour les zones insulaires)						
I	Renforcer le sous Système de suivi évaluation logistique	802543282	597000000	573000000	573000000	2545543282	I
I	Renforcer la coordination logistique à tous les niveaux	64520000	64520000	64520000	64520000	258080000	I
VI.	Améliorer la Gouvernance à tous les niveaux	3422347000	3245058500	3384648500	3420865000	13472919000	11,2%
I	Mobilisation nationale autour de la SRMNIA et participation communautaire	75000000	70000000	70000000	70000000	285000000	I
I	Mettre en oeuvre le plan de communication	3126427000	3009638500	2948828500	2930445000	12015339000	I
I	Accroître la contribution intra et inter sectorielle dans le domaine de la SRMNIA	7200000	1200000	1200000	1200000	10800000	I
I	Renforcer la capacité institutionnelle et organisationnelle de la DSRSE	161720000	41720000	6720000	6720000	216880000	I
I	Rendre fonctionnel les des cadres existants	30000000	30000000	30000000	30000000	120000000	I
I	Améliorer de la gestion financière et comptable	3000000	3000000	3000000	3000000	12000000	I
I	Consolider et suivre les activités du niveau communautaire	19000000	89500000	324900000	379500000	812900000	I
VII	Renforcer la planification, le suivi évaluation et la recherche	2919538250	3335321750	3093981250	2843245250	12192086500	10,1%
I	Renforcer les capacités organisationnelles et les ressources humaines en suivi-évaluation	1087682000	1194532000	997256000	997256000	4276726000	I
I	Renforcer le système de planification, de suivi et d'évaluation	1703856250	1928837250	1976725250	1640989250	7250408000	I
I	Assurer la surveillance et les enquêtes	90000000	181952500	90000000	175000000	536952500	I
I	Soutenir la recherche opérationnelle	30000000	30000000	30000000	30000000	120000000	I
I	Appuyer i à la documentation et à la usion de l'information stratégique	8000000	0	0	0	8000000	I
	TOTAL GENERAL	29 617 450 429	36 820 409 226	29 939 057 360	24 265 958 202	120 642 875 217	100%

Commenté [EAM11]: A mettre à jour ou à enlever

VIII. ANNEXES DU PLAN STRATEGIQUE SRMNIA

VII.1 Plan de suivi évaluation du Plan SRMNIA 2016-2020

VII.2 Plan opérationnel Global du Plan stratégique SRMNIA 2016-2020

VII.3

VII.4 Rapport de documentation du processus

VII.5 Le dossier d'investissement (DI)