ACTION HUMAINE POUR LE DEVEOPPEMENT INTEGRE AU SENEGAL

AHDIS

Projet de Renforcement
des Organisations de la Société Civile dans l'Elaboration,
le Suivi et l'Evaluation des Politiques Economiques et
Sociales au Sénégal (ROSCESEPES)

RAPPORT D'ANALYSE EN FONCTION DE LA STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

ROSA LUXEMBURG FOUNDATION

Juin 2011

AHDIS et la Fondation Rosa Luxemburg remercient très sincèrement toutes les personnes qui de prés ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

Nous voulons nommer :

- les Médecins Chef de Régions de Fatick et de Thiès
- les Médecin Chef de Districts de Fatick de Niakhar et de Mékhé
- les Responsables des communautés rurales de : Médina Dakhar, Koul, Tattaguine, Diouroup et Patar Sine
- les Infirmiers chefs de poste de : Kelle, Médina Dakhar et Koul, Tattaguine, Fayil, Patar Sine et Mbadatte
- les Chefs de villages : Golobé, Santhie Sine, Thiar Thillor, Diokoul Taby, Dalakh, Ndiosmone, Thiamène, Nérane, Wakhaldiame et Lakhar.
- les Populations de : Golobé, Santhie Sine, Thiar Thillor, Diokoul Taby, Dalakh, Ndiosmone, Thiamène, Nérane, Wakhaldiame et Lakhar
- Les membres des Comités régionaux de suivi des politiques économiques et sociales (CRESPES) de toutes les régions du Sénégal

Le Comité de Rédaction

Responsable	Mr Amacodou DIOUF
Membres	Dr Moussa DIAKHATE, Expert en Santé publique Mlle Ndèye Fatou SALL, Experte en Droit de la Santé Mr Laokein COMBO, Expert en Suivi Evaluation de Projets
Designer et Maquette	Mr Ernest Clément MENDY
Impression	Imprimerie

SOMMAIRE

PARTIE I

- APPROCHE METHODOLOGIQUE

PARTIE II

- RAPPORT TECHNIQUE

I INTRODUCTION

II LE SYSTEME SANITAIRE DU SENEGAL

2.1. La Politique de Santé
2.2. Les Ressources
2.3. L'organisation et le Fonctionnement du Système de Santé

III LE STATUT SANITAIRE DES POPULATIONS

3.1. La Situation au niveau National
3.1.1. L'Infection à VIH SIDA
3.1.2. La vaccination des enfants
3.1.3. La santé maternelle
3.1.4. La nutrition
3.1.5. La Tuberculose
3.1.6. Le Paludisme
3.2. : La Situation au Niveau Rural
3.2.1. Données quantitatives
3.2.2. Données qualitatives

IV EXPOSE DES PISTES DE LA REFLEXION

4.1. A propos de la Nutrition
4.2. A propos de l'utilisation des soins
4.3. A propos de la Santé maternelle

4.4. A propos de la Vaccination
4.5. A propos du Programme de lutte contre le paludisme
4.6. A propos du Programme de lutte contre le VIH-SIDA
4.7. A propos des médicaments

V ACQUIS ET DEFIS

5.1. Les Acquis des Politiques de santé publique
5.2. Les Défis engendrés par les Politiques de santé

VI RECOMMANDATIONS

6.1. Recommandations à l'endroit du Gouvernement
6.2. Recommandations à l'endroit de la Société civile et des Partenaires Techniques au Développement (PTF)
6.3. Recommandations à l'endroit des Comités de santé
6.4. Recommandations à l'endroit des Collectivités locales
6.5. Recommandations à l'endroit du Personnel soignant

VII BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES ABREVIATIONS

AHDIS	Action Humaine pour le Développement intégré au Sénégal
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ARV	Anti Rétro Viraux
ASC	Agents de Santé communautaire
BCI	Budget Consolidé d'Investissement
BF	Budget de Fonctionnement
CAFSP	Cellule d'Appui au Financement de la Santé et du Partenariat
CAS/PNDS	Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDSMT	Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CDVA	Centre de Dépistage Volontaire Anonyme
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CP	Consultations Primaires
CPG	Consultations Primaires Globales
CPN	Consultations Pré Natales
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
DLSI	Division de lutte contre le SIDA et les infections
DOT	Direct Observed Treatment
DPL	Direction de la pharmacie et du laboratoire
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRH	Direction des ressources humaines
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EPS	Etablissement Public de Santé
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire
HTA	Hypertension Artérielle

IEC	Information/Education/Communication
ICP	Infirmier chef de poste
IPGP	Inventaire Périodique Générale du Personnel
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MSP	Ministère de la Santé et de la Prévention MSPAS
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIME	Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfant
PEC	Prise en Charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PDIS	Plan de Développement Intégré de la Santé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SONUC	Soin s Obstétricaux Et Néonataux d'Urgence Complet
SR	Santé de la Reproduction
TB	Tuberculose
TPI	Traitement Préventif Intermittent
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

AVANT PROPOS

Le droit à la santé est un droit fondamental reconnu par l'Etat sénégalais à travers notamment sa constitution qui, outre son préambule qui rappelle son attachement et sa reconnaissance aux textes internationaux traite du droit à la santé dans ses articles 8 et 17. Sa réalisation est une préoccupation majeure des acteurs du système de santé dont la société civile. L'Organisation Non Gouvernementale « Action Humaine pour le Développement Intégré au Sénégal» s'est proposée d'évaluer le niveau d'effectivité du droit à la santé en fonction de la stratégie nationale de développement sanitaire mise en œuvre par les autorités sanitaires. Nous avons effectué une collecte de données quantitatives portant sur quatorze (14) postes de santé sur une période de six (6) mois et des données qualitatives recueillies auprès de soixante (60) patients ou accompagnants fréquentant les postes de santé de Mérina Dakhar, Koul, Kelle, Fayil, Patar et de Tattaguine. La disponibilité des soins est faible, même s'il est possible d'atteindre une structure de santé situé à cinq kilomètre en général, la qualité et le coût des services limitent l'utilisation de ces derniers : consultation primaire curative (32%), accouchement assisté (27%), traitement préventif intermittent (25%), consultation prénatale complète (6%). Le respect des patients et la qualité de l'accueil demeure une préoccupation de la communauté. Une meilleure participation de l'élite locale dans la gestion du système de

Le Projet d'appui à l'éducation et à la formation en santé communautaire dans les districts sanitaires de Fatick et de Mékhé : Composante : Amélioration de l'Offre de Formation et Promotion du Droit à la Santé est le fruit d'un partenariat entre l'ONG AHDIS et la Fondation Rosa Luxemburg participe à l'amélioration de l'offre de formation et à la promotion du droit à la santé dans 10 communautés villageoises des districts sanitaires de Fatick et de Méckhé dans les régions de Fatick et de Thiès.

Les objectifs spécifiques se résument à :

- Améliorer l'offre de formation au niveau des districts de Fatick et de Mékhé.
- Mener une campagne thématique de mise à niveau, d'information et de sensibilisation sur le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) dans les 10 villages sites du projet.
- Promouvoir le droit à la Santé dans les 10 villages sites du projet.
- Assurer le suivi et le contrôle de la gouvernance des politiques de santé au niveau local.
- Faciliter un plaidoyer auprès des autorités locales pour une prise en charge effective des priorités en santé communautaire.

Durée : 18 mois

Date de démarrage : 1 er juillet 2009

Bénéficiaires du projet : Comités de santé, les ONG/OCB/ASC villageoises et les collectivités locales.

Site du projet : i) Fatick : Lakhar, Wakhaldiam, Ndiosmone, Thiamène et Nérane ; ii) Mékhé : Golobé, Santhiou-Sine, Dallakh, Thiar-Thilor et Dioukoul-Tabby

santé peut améliorer significativement le droit à la santé dans toutes ses composantes.

Durant dis huit (18) mois, l'Organisation Non Gouvernementale (ONG), grâce à l' appui de la Fondation Rosa Luxemburg d'Allemagne, a initié un Projet d' Appui à l'Education et à la Formation en Santé Communautaire dans la zone d'étude.

Cette période d'observation de dix huit mois a facilité le processus de rapportage sur la problématique du droit à la santé et de son effectivité par rapport à la stratégie nationale de développement sanitaire en vigueur.

PARTIE I

APPROCHE METHODOLOGIQUE

Cette partie présente les différentes étapes qui ont marqué l'élaboration du rapport et qui ont permis d'atteindre les résultats escomptés.
En d'autres termes, il s'agit de la présentation des différents outils dont nous avons fait recours afin de mettre en œuvre ce présent rapport sur « l'évaluation du droit à la santé des populations en zones rurales ».
Nous avons considéré deux moments du processus d'élaboration du rapport. Il s'agit de la phase N° 1, appelée phase pré rapport et de la phase N° qui traite du rapport à proprement parlé.
Le travail qui a été fait s'inspire fondamentalement sur le contenu de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire (SNDS) à travers une revue documentaire.
Dans le même temps, nous avons procédé à une collecte et à une analyse de l'information portant sur la législation et la réglementation du secteur sanitaire et de la protection des droits humains.
En pratique, dans le cadre de l'exécution du projet « d'appui à l'éducation et à la formation en santé communautaire dans les districts sanitaires de Fatick et de Mékhé : composante : amélioration de l'offre de formation et promotion du droit à la santé » ; deux activités phares ont été initiées à travers l'organisation de campagne d'information et de sensibilisation sur la charte populaire pour la santé. A la suite de cela, des fora populaires d'échanges sur le droit à la santé ont été organisés sur le terrain.

A fin de renforcer le qualité du rapport, nous avons procédé à une autre étape comprenant : la conception, l'élaboration et l'administration d'un questionnaire d'enquête dont les résultats ont été analysés et contenus dans un rapport.
Ce dernier rapport servira (avec celui issu de la revue documentaire) à l'élaboration du rapport final qui sera restitué et validé.

I. La phase d'exécution du projet ou la phase pré rapport

Elle consiste à des activités de terrain à travers l'exécution du projet d'appui à l'éducation et à la formation en santé communautaire.
Il s'agissait de d'organiser une campagne sur la charte populaire pour la santé à travers tous les sites du projet avec comme objectif la vulgarisation des principes de la charte.

A la suite de cette activité, un cadre beaucoup plus vaste d'échange appelé fora populaire à été instauré pour permettre de distinguer de façon plus approfondi les principes du droits à la santé.

1-1- Les campagnes sur la charte populaire pour la santé

Les campagnes étaient les supports devant permettre aux populations de se familiariser avec les concepts relatifs au droit de la santé. A cet effet, la charte populaire pour la santé a été traduite en langues nationales et constituée un outil pour l'introduction de débats populaires sur les principes de droit à la santé.

Il s'agissait de l'organisation de séances populaires de discussions à travers les dix (10) villages en présence des populations, des autorités sanitaires, et locales.

Le schéma de conduite des activités reposait sur l'introduction du débat par un facilitateur.

Ensuite des « questions – réponses » sont formulées et les débats engagés.

Les résultats issus des rencontres constituent une première ébauche de rapport d'évaluation populaire de la santé des populations.

Les campagnes villageoises sur la charte populaire pour la santé est une phase importante du processus d'élaboration du rapport en cela qu'elles permettent de diagnostiquer rapidement le niveau d'accès de la qualité des soins de santé des populations.

A elles seules, les populations ne peuvent pas s'en servir pour donner leur point de vue quant à la qualité des services de santé offerts et quant à la complexité des relations entre populations et personnels de santé d'une part ; et, d'autre part entre collectivités locales- personnels de santé et populations.

C'est ainsi qu'il importe de susciter d'autres rencontres sous forme de fora, garantissant la libre expression de tous les acteurs sur les sujets ayant trait aux principes de la charte et globalement aux problèmes de santé publique.

1-2- Fora populaires d'échange sur le droit à santé

Les fora populaires d'échange sont le prolongement des campagnes sur la charte populaire pour la santé.

Le forum est un cadre régional qui regroupe les cadres de santé publique au niveau de la région et des districts ainsi que les membres des comités de gestion des cases et postes de santé et les représentants des collectivités locales.

Le forum est animé par un facilitateur qui coordonne différents exposés sur les thèmes ayant trait au programme national de développement sanitaire.

Durant toute une journée, tous les acteurs de santé publique discutent des problèmes d'accès et de qualité des soins de santé ; de financement de la santé ; du rôle des collectivités locales dans la mise en œuvre de « cette compétence transférée ».

Il s'agit globalement des contraintes, limites et acquis de la santé communautaire dans le dispositif des politiques nationales de santé.

Le forum capitalise toutes les informations ayant trait aux thèmes discutés à travers un rapport de synthèse devant servir à orienter les personnes ressources en charge de l'élaboration du rapport national annuel de la société civile sur la stratégie nationale de développement sanitaire du Sénégal.

2- Phase élaboration rapport national annuel de la société civile sur le SNDS

Cette phase tourne autour de l'administration, du dépouillement de questionnaires et de l'analyse des données collectées auprès des populations des zones cibles du projet.

Elle consiste aussi à l'organisation d'une restitution sur le plan interne afin de préparer la restitution générale et de la validation du rapport.

2-1- Administration questionnaire

Nous avons confectionné trois (3) types de questionnaires à l'adresse du corps soignant, des comités de santé et des autorités locales en vue de recueillir des informations sur l'état du système de santé au niveau rural. Pour l'administration des questionnaires, nous avons effectué un travail de terrain au niveau des dix (10) villages, des centres de santé, des districts sanitaires, des régions médicales, et des maisons communautaires en vue d'obtenir des données factuelles que nous n'avons pas pu obtenir lors des précédentes étapes. Ces questionnaires sont soumis au dépouillement des consultants.

2-2- Dépouillement et analyse

Cette tache qui précède la collecte des données est rendue possible grâce à la combinaison des expériences et de l'utilisation de méthode informatique. Nous avons fait appel aux instruments juridiques nationaux et internationaux pour une analyse pertinente des données obtenues.

Mais aussi nous avons utilisé des méthodes quantitatives d'analyse.

Une étude comparative a été faite entre la situation sanitaire internationale et nationale d'une part, et celle nationale et rurale d'autre part.

Il s'agissait aussi de prendre en compte les résultats des campagnes sur la charte populaire pour la santé ainsi que des rapports de fora.

Tout ceci a fait l'objet d'un draft de rapport élaboré par les consultants. Ce document est soumis pour un premier temps à l'approbation de l'équipe ; et ensuite à une validation regroupant une cinquantaine d'acteurs et la presse spécialisées sur les questions de santé.

2-3- Restitution interne

A la fin des travaux, nous avons procédé au partage interne du rapport qui s'est fait entre l'équipe d'AHDIS, le consultant, et le partenaire.
Cette restitution interne vise à recueillir leur avis et recommandation en vue de compléter le rapport pour sa restitution finale.

2-4- Restitution finale et validation

Un séminaire national est organisé avec les autorités locales, les autorités sanitaires, les membres de la société civile, les comités de santé en vue de procéder à la présentation et la validation du rapport. Aussi, nous avons organisé des travaux de groupes afin d'avoir l'avis de tous les participants sur les différents obstacles à la réalisation du droit à la santé et les solutions à entreprendre. Les idées reçues au cours de ce séminaire ainsi que les amendements serviront à compléter le rapport en vue de sa version finale.

En conclusion, cette méthodologie au regard de son caractère complexe prend un éventail de temps assez considérable. Par contre, il s'agissait du démarrage d'un travail pluri-annuel devant créer les bases d'un travail de recherche mais aussi d'un travail de développement qui n'est pas simple.

Si la première étape du processus n'est pas obligatoire selon l'approche classique d'investigation sur une situation, la deuxième étape reste cruciale pour un travail scientifique de ce genre.
L'existence d'un comité scientifique devant jouer un rôle de conseil et d'orientation est un bonus pour le travail effectué.

PARTIE II

RAPPORT TECHNIQUE

I INTRODUCTION

Le Sénégal a adhéré à l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 1960 et a adopté le scénario de développement sanitaire élaboré en 1985 à Lusaka pour la zone Afrique qui propose une organisation des systèmes de santé en trois niveaux (niveau opérationnel, niveau régional et niveau central) pour atteindre la santé pour tous.

En outre, en dehors de la constitution du 22 janvier 2001 qui réserve les articles 8 et 17 à la santé, le Sénégal réaffirme son attachement aux textes internationaux applicables en la matière. Ainsi, nous pouvons citer la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948, la Convention relative aux droits des enfants, la Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels…

La stratégie des soins de santé primaire, moteur de la Santé Pour Tous, renferme l'essence du droit à la santé au travers de ses mécanismes qui visent à accélérer sa mise en place efficace et efficiente en s'appuyant sur huit composantes et quatre principes fondamentaux qui sont : la globalité de l'approche, l'équité, l'utilisation de technologie appropriées pour la santé et la participation communautaire.

Elle dégage un certain nombre de principes tournant essentiellement autour des points suivants :

- Une éducation sur les méthodes de prévention et de lutte contre les principaux problèmes de santé
- La promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles.
- Un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base.
- La protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale.
- La vaccination contre les grandes infectieuses
- La prévention et le contrôle des endémies locales
- Le traitement des maladies et des lésions courantes
- La fourniture de médicaments essentiels.

Enfin, la déclaration de politique sanitaire et sociale de juin 1989, le premier programme national de développement sanitaire (1998-2007), le deuxième (2009-2018) et les documents de la stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP I et DSRP II) traduisent en filigrane l'engagement du Gouvernement à assurer le droit à la santé à tous les citoyens.

Ainsi, le droit à la santé en tant principe constitutionnel fait l'objet d'une exigence très forte d'égalité entre les citoyens. Cela s'est matérialisé par un accroissement des dépenses publiques totales consacrées à la Santé.

C'est ainsi que les orientations stratégiques découlant des documents ci-cités se sont cristallisés dans le Plan National de Développement Sanitaire en cours, à savoir :

- L'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;
- L'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- La promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- La protection des groupes vulnérables ;
- Le renforcement du partenariat public privé ;
- La promotion de la multisectorialité ;
- L'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- La culture de la gestion axée sur les résultats.

AHDIS est une organisation de la société civile qui concentre son action sur le respect du droit à la santé des sénégalais en général et particulièrement en milieu rural dans la zone de Mékhé et de Fatick. Pour renforcer la qualité de ses activités , il parait opportun de procéder à un état des lieux des différentes composantes du droit à la santé à savoir la disponibilité, l'accessibilité sous toutes ses dimensions, l'acceptabilité et la qualité des biens et services en matière de santé.

Pour réaliser l'évaluation de la politique de santé sous l'angle du droit à la santé une enquête qualitative et quantitative ont été menées dans les districts de Fatick et de Mékhé au niveau de six (7) postes de santé abritant dix (10) villages du projet AHDIS.

L'enquête d'archive porte sur des données quantitatives produites par les structures sanitaires dans la zone d'intervention en y associant des structures sanitaires bénéficiaires ou non. La disponibilité, l'accessibilité géographique et financière, indirectement la qualité des soins sont évaluées. Les données sont recueillies périodiquement par les prestataires de soins et transcrites sur les rapports d'activité des Infirmiers Chef de Poste. Une vingtaine de variable sont colligés pour une période de six mois en 2010. L'enquête de terrain qualitative est constituée par un guide d'entretien simple pour recueillir la perception des utilisateurs des structures sanitaires par rapport à la qualité des prestations reçues. Toutefois, des variables quantitatives afférentes au prix des médicaments sont collectées. Une soixantaine de patient ou accompagnant sont interviewés à Fatick et Mékhé.

Les limites de la méthodologie sont surtout liées aux ressources temporelles (quatre jours de collecte de données qualitatives et quantitatives). Aussi, toutes les dimensions du droit à la santé ne peuvent pas être saisies profondément avec les outils utilisés et surtout la durée du travail très limité et le mouvement d'humeur des personnels médicaux rendant quasi impossible l'accès aux données.

II LE SYSTEME SANITAIRE DU SENEGAL

2.1. La Politique de santé

Le Sénégal a adopté en 1998 son premier plan national de développement sanitaire (PNDS) et en 2002 son premier document de stratégie de réduction de la pauvreté. La stratégie de réduction de la pauvreté (SRP) accorde une place de choix au secteur de la santé, et l'a largement pris en compte dans le pilier renforcement des capacités et accès aux services sociaux de base. Cette priorité accordée à la santé découle des liens étroits entre santé et pauvreté. En effet le mauvais état de santé influe négativement sur la croissance économique surtout dans nos pays où la création de richesse est fortement tributaire du facteur du travail. D'un autre coté, la maladie est elle-même facteur de pauvreté du fait des dépenses engagées par les ménages au titre des soins et des médicaments.

Aussi, les documents I et II du DSRP ont-ils fortement influencé les orientations définies dans le document de la deuxième phase du PNDS-I (2004 -2008) et le PNDS-II. Ils ont mis particulièrement l'accent sur l'approfondissement de la décentralisation, le meilleur ciblage des groupes vulnérables et le renforcement de la prévention en rapport avec les OMD . Les activités du secteur de la santé sont mises en œuvre à travers le CDSMT pour atteindre les objectifs fixés en terme de réduction de la charge de morbidité et mortalité des mères et des enfants en mettant un accent particulier sur les groupes vulnérables.

2.2. Les ressources

2.2.1 Sur le plan humain

La répartition du personnel de santé, à l'instar de la répartition des infrastructures sanitaires est loin d'être équitable. Il existe en effet une disparité régionale au profit des régions de Dakar et Thiès. Les autres régions qui ont connu une évolution favorable de leur couverture en personnels infirmiers sont respectivement Diourbel et Louga.

La situation des médecins spécialistes directement concernés par la réalisation des OMD notamment les OMD 4 et 5 présente un déséquilibre entre Dakar et les autres régions. Elle est très manifeste en ce qui concerne le personnel directement impliqué dans la prise en charge de la mère et de l'enfant. En effet, sur 50 gynécologues, les 43 sont à Dakar soit 86% ; 32 pédiatres sur 38 et 20 chirurgiens généralistes sur 29 exercent à Dakar. Le volet développement des ressources humaines a connu beaucoup de réalisations avec le PDIS. Les effectifs du ministère de la santé et de la prévention ont été mieux maîtrisés à la suite de deux études (IPGP et l'étude sur la DRH).

Ces effectifs ont été sensiblement augmentés avec le respect du programme annuel de recrutement de 250 agents et par le biais de la contractualisation même si le déficit actuel est encore estimé à 3000 agents. La plupart de ces nouveaux agents ont été affectés dans les régions .

2.2.2 Sur le plan des médicaments

Dans le domaine du médicament et de la pharmacie aussi, le programme des réformes a été exécuté. Le décret relatif au droit du pharmacien à la substitution a fait l'objet d'un arrêté d'application dont les outils nécessaires pour la mise en œuvre ont tous été élaborés. La liste de médicaments essentiels génériques est régulièrement révisée selon les délais prescrits. La promotion des génériques dans le privé a été mise en route. Les médicaments essentiels génériques (MEG) sont maintenant disponibles dans les officines. Il faut également souligner le renforcement des capacités de la direction de la pharmacie et des laboratoires par la formation de cinq inspecteurs en pharmacie parmi ses cadres. La cohérence de l'ensemble de ces actions sera assurée dans le document de politique pharmaceutique en cours.

Malgré l'avancée notée dans ces réformes, les médicaments restent relativement chers dans les formations sanitaires publiques. Il convient de prendre les dispositions nécessaires pour le respect des marges bénéficiaires fixées en la matière. Cependant, il faut engager la campagne nationale de promotion des génériques sur la base d'un plan de communication pour arriver à une bonne sensibilisation des prescripteurs, des dispensateurs et du grand public.

2.2.3 Sur le plan financier

Au cours du PDIS, le secteur de la Santé a bénéficié d'un flux de ressources financières qui en termes courants peut être estimé à 351 milliards FCFA soit près de 59 milliards par an en moyenne.

Le budget de fonctionnement du Ministère de la Santé a connu une hausse régulière sur la période supérieure à celle du PIB et à celle du budget total de fonctionnement de l'Etat, sans cependant atteindre la part relative de 9% de ce dernier. Ces allocations budgétaires annuelles ont été exécutées à des niveaux de plus de 85%. Le budget est passé de 30 milliards en 2000 à 106 milliards FCFA en 2011.

Le financement de l'Etat est surtout allé au personnel et au fonctionnement. Les partenaires ont financé le fonctionnement hors personnel et l'investissement, les Collectivités Locales et les Populations se sont surtout investies dans les charges récurrentes des structures de santé. En ce qui concerne le médicament, les principaux financiers de cette dépense ont été l'Etat (52%) et les populations (38%).

Les données sur la répartition des ressources financières et non financières montrent que les régions pauvres sont défavorisées sur ce plan. Le processus d'allocation budgétaire de l'Etat ne permet toujours pas de tenir compte des nouvelles orientations du secteur.

Si on prend l'exemple de Tattaguine, le budget de l'Etat alloué à la santé par tête d'habitants ne dépasse pas 100 F CFA.

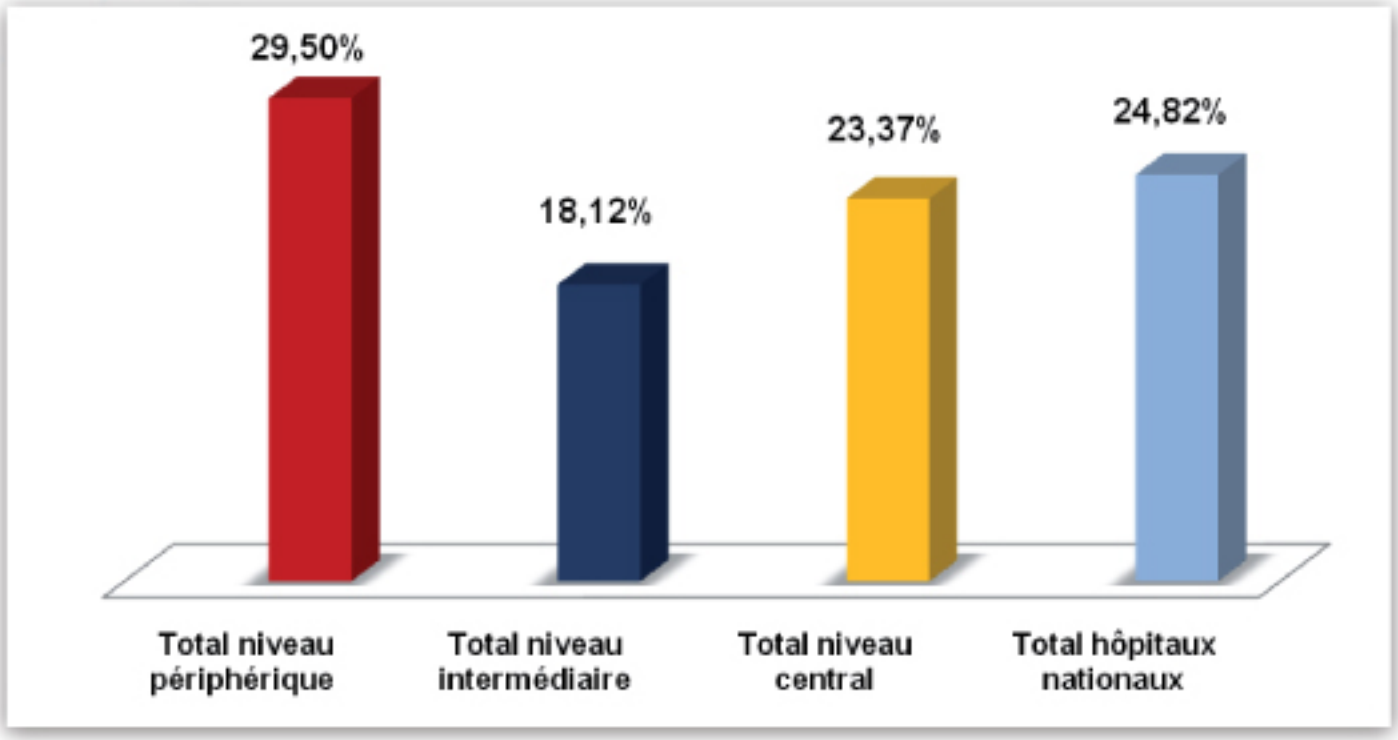
Les principaux programmes ont bénéficié pour leurs activités d'importantes ressources financières s'élevant à 37 milliards FCFA dont les 80% sont allés aux trois programmes majeurs (VIH/SIDA 30% ; PEV 26% ; Paludisme 25%).

Les dépenses sont concentrées par ordre de priorité au niveau périphérique, des hôpitaux nationaux et structures spécialisées de santé, central et intermédiaire.

Toutefois, le niveau intermédiaire et central regroupant les hôpitaux régionaux et nationaux (sommet de la pyramide) se réservent 41,49% des dépenses totales alors que le niveau périphérique ne fait que 29,50%.

Ventilation des dépenses publiques de santé par niveau

La part de la Santé dans le budget Fonctionnement de l'Etat était estimée à 8,25% à la fin du PDIS.



2.2.4 Infrastructures

Répartition des bénéficiaires selon la distance parcourue pour atteindre le service de santé

Distance au service de santé	Lieu de résidence				
	Dakar	Autres villes	Milieu urbain	Milieu rural	Total
Moins d'1 km	45,4	55,4	50,6	39,3	43,9
1 à 3 km	27,5	29,0	28,3	16,9	21,6
3 à 5km	8,0	5,4	6,7	8,5	7,8
5km et +	17,7	8,7	13,0	32,9	24,8
NSP	1,3	1,5	1,4	2,3	2,0
Total	100,0	100	100,0	100,0	100,0

Source: ESAM-II

2.3. Organisation et fonctionnement du système de santé

L' organisation du Ministère de la Santé a été particulièrement instable au cours de la première phase du PNDS. Les multiples changements, intervenus dans l'organigramme du ministère depuis 1998, n'ont pas permis d'expérimenter un seul des schémas organisationnels proposés, parce que le ministère n'a jamais eu le temps de finaliser les arrêtés d'application des trois décrets qui se sont succédé. Cependant, la création de la direction des études, de la recherche et de la formation (DERF) a permis de mettre en œuvre avec succès le plan national de formation (PNF) et de faire de la décentralisation de la formation des paramédicaux une réalité. On a noté aussi la reprise du système d'information à des fins de gestion (SIG) malgré le retard qui a été accusé sur le volet informatisation. La mise en place de la Direction des Etablissements de Santé (DES) a également aidé à l'avancement de la réforme hospitalière. De la même façon, le renforcement du laboratoire national de contrôle des médicaments (LNCM) commence à porter ses fruits avec la possibilité actuelle d'assurer la surveillance de la qualité des médicaments et des vaccins utilisés au Sénégal grâce à l'élargissement des compétences du personnel et le renforcement des équipements de cette structure. Enfin, la création de la Direction de la Prévention a consacré la prévention au rang des priorités du secteur avec, comme effet direct, la relance effective du Programme Elargi de Vaccination (PEV).

III LE STATUT SANITAIRE DES POPULATIONS

3.1. LA SITUATION AU NIVEAU NATIONAL

La situation sanitaire au niveau des régions n'est pas satisfaisante, sauf quelques exceptions. Les disparités du point de vue de l'accès et de la qualité des services sont assez frappantes. L'offre en services de santé de qualité demeure encore insuffisante dans les régions de Kolda, Sédhiou et Ziguinchor.

L' analyse de la situation sanitaire à partir des Objectifs du Millénaire pour le Développement en rapport avec le secteur se présente comme suit :

3.1.1. Infection au VIH et SIDA

Globalement les taux de prévalence sont très encourageants mais doivent être actualisés parce que datant de 2005. Dans la région de Tambacounda qui est frontalière des régions à forte prévalence (Kolda, Ziguinchor et Matam), le taux de prévalence du VIH/SIDA est élevé (2,6%) et 3,5% chez les femmes de plus de 24 ans. Selon l'EDS IV, les régions de Tambacounda et de Kédougou situées à la frontière avec la Guinée, ont un taux cumulé de séroprévalence qui est de 0,4% pour les 2 sexes, de 0,3% chez les femmes et de 0,5% chez les hommes.

Le nombre de malades du SIDA pris en charge (PVVIH) et suivi avec ou sans ARV a augmenté sur la période 2008-2009 de 37% pour Kolda et 52% pour Sédhiou. De même, ce nombre de malades pris en charge a régulièrement augmenté durant ces dernières années dans toutes les régions de l'axe centre sauf à Kaolack. En effet, il a presque doublé dans la région de Diourbel entre 2008 et 2009 en passant de 492 à 915. A Fatick, le nombre de malades pris en charge est passé de 63 en 2006 à 176 en 2007. Concernant la région de Kaolack, ce nombre est passé de 270 en 2008 pour redescendre à 211 en 2009 et demeure ainsi en deçà de l'objectif régional fixé à 301 PVVIH en 2007.

En termes de résultats à Dakar, le nombre de PV VIH pris en charge a augmenté, passant de 3 648 en 2007 à 4 857 en 2009. Le nombre de personnes dépistées au niveau des CDVA est passé de 16 892 en 2007, à 31 715 en 2008, puis à 36 962 en 2009. S'agissant de la lutte contre le VIH/SIDA, la prise en charge des PVVIH a augmenté entre 2007 et 2008 avec respectivement 420 et 600 personnes sous ARV, alors qu'en 2009 le nombre a baissé jusqu'à atteindre 417 personnes.

Ces résultats ont été en partie atteints grâce aux efforts incommensurables déployés par les Organisations Communautaires de Base (OCB) et des ONG qui ne cessent de se mobiliser dans toutes les localités du pays. 16,9

Des efforts peuvent être davantage faits avec une meilleure rationnalisation des ressources au profit de la prévention et des PVVIH.

3.1.2 Vaccination des enfants

Les résultats concernant la vaccination des enfants de 0 à 11 mois ont régulièrement évolué positivement pour l'ensemble des antigènes jusqu'en 2009 où une baisse des performances du programme pour tous les antigènes a été observé notamment a Kolda ou l'on observe une baisse allant de 86% en 2007 à 61,5% en 2009).

Il importe de souligner ici la très faible implication des OCB dans les programmes de vaccination quoique l'effort des relais communautaires soit immense.

Année	Couvertures vaccinales en %					
	BCG	PENTA1	PENTA3	VAR	VAA	VAT+
2008	98	94	88	77	77	81
2009	74	82	82	65	56	68

Source : Direction de la Prévention Médicale

S'agissant de la vaccination complète des enfants âgés de 0 à 11 mois, l'indicateur a suivi une évolution en dent de scie passant de 73,4% en 2007 à 79,9% en 2008, avant de connaître une baisse en 2009 de 65%.

3.1.3 Santé maternelle

La mortalité maternelle est estimée en moyenne à 401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2005 par l'EDS IV, cependant dans la zone Sud-est du pays, une étude réalisée avec l'appui de la JICA à Tambacounda en utilisant la méthode des besoins obstétricaux non couverts estime à 785 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2005 et de 650 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2006.

La proportion d'accouchement assisté par du personnel formé croit régulièrement mais n'a pas atteint un niveau ou tous les accouchements ont lieu dans un environnement rassurant, elle est de 66,57% en 2009. Il existe des disparités notoires entre les régions ; c'est ainsi qu'à Ziguinchor et Kolda elle a connu une baisse au cours de ces trois dernières années, alors qu'à Sédhiou la tendance reste positive (32% en 2008 et 37,40% en 2009). La proportion d'accouchements effectués dans les structures sanitaires (assistés par du personnel qualifié) pour la région de Tambacounda, malgré une évolution positive de 2007 à 2009, passant de 25,60% à 30,80%, puis à 46,20% demeure en deçà de la moyenne nationale. La même situation est observée à Kaolack, Fatick et est moins nette à Diourbel.

A Dakar, les efforts ont permis d'améliorer le taux d'accouchement des femmes dans les infrastructures sanitaires qui est passé de 38,60% en 2008 à 59,70 en 2009. En outre, une grande partie des accouchements se fait dans les cliniques privées qui, au demeurant ne fournissent pas les statistiques sanitaires dans leur grande majorité. La couverture nationale en accouchement assisté par un personnel formé augmenterait de 3% si l'ensemble des statistiques des structures privées de Dakar sont prises en compte.

Les taux de consultation prénatale ont connu des tendances acceptables durant ces trois dernières années : 84% de CPN1 en 2007 ; 72,63% en 2008 et 88% en 2009. Il faut noter que le taux d'achèvement pour la CPN est très faible malgré une hausse entre 2008 et 2009 passant de 22% à 35%. Par ailleurs le taux de couverture en CPN3 est de 58,8% en 2009 et est très faible comparé à la couverture en CPN1 qui est de 81%.

3.1.4 Nutrition

Pour la malnutrition notamment l'insuffisance pondérale, les prévalences montrent une tendance baissière entre 1992 et 2005 (EDSII et EDSIV), les taux sont passés de 20% à 17%. En revanche, selon l'enquête SMART de 2008, qui est actuellement la référence, le niveau de cet indicateur apparaît plus élevé, dépassant les 17%. Les enquêtes SMART de 2009 (faites seulement dans 5 régions) ont confirmé cette tendance dans certaines régions comme Matam, même si dans d'autres c'est le contraire qui est observé .

Le nombre d'enfants sous surveillance nutritionnelle au niveau des régions a connu une évolution irrégulière dans la région de Thiès, a augmenté à Kaolack et même doublé à Diourbel.

3.1.5 Tuberculose

Le taux de dépistage a augmenté entre 2007 (61,4%) et 2008 (74%) pour ensuite connaitre une légère baisse en 2009 (67%). Par ailleurs, le taux de guérison s'est amélioré au courant des années 2007(79%) et 2009 (83%) avec un fléchissement en 2008 (73%).

Les taux de détection et de guérison sont respectivement sont très variables selon la zone : 62% en 2007 et 87% en 2008 dans la région de Diourbel ; 33% et 75% durant la même période à Fatick ou beaucoup d'efforts restent à faire pour atteindre les objectifs en 2015.

3.1.6 Paludisme

On a noté une régression du taux de prévalence du paludisme dans toutes les localités, la lutte contre le paludisme a donné beaucoup de satisfaction avec des résultats positifs. Au niveau des districts, la distribution des moustiquaires aux populations a été renforcée. De 43 395 moustiquaires imprégnées distribués en 2007, le nombre est passé à 293 458 en 2008 et à 494 736 en 2009. L'introduction des ACT, et la prise en charge des femmes enceintes a contribué à la réduction des la morbidité palustre. Le taux de couverture en TPI 2 a connu une dynamique de progression passant 50,6% en 2007 à de 55,2% en 2008 et à 54,8% en 2009. La morbidité proportionnelle du paludisme est passée de 25,32% en 2007, 5,7% en 2008 à 1,33% en 2009.

Le taux de couverture en TPI 2 a connu en 2009, une baisse après une évolution positive entre 2007 et 2008. De 54,89%, l'indicateur est passé à 89,48% avant de chuter à 71,05%. Concernant la zone Sud, on note une série de contreperformances. A Kolda, de 48% en 2007, l'indicateur est passé à 47% en 2008, puis à 44% ; pour les régions de Ziguinchor (49% en 2007, 60% en 2008) et de Sédhiou (37% en 2008 et 56% en 2009), les résultats ont évolués positivement.

3.2 LA SITUATION EN MILIEU RURAL

3.2.1 : Données quantitatives

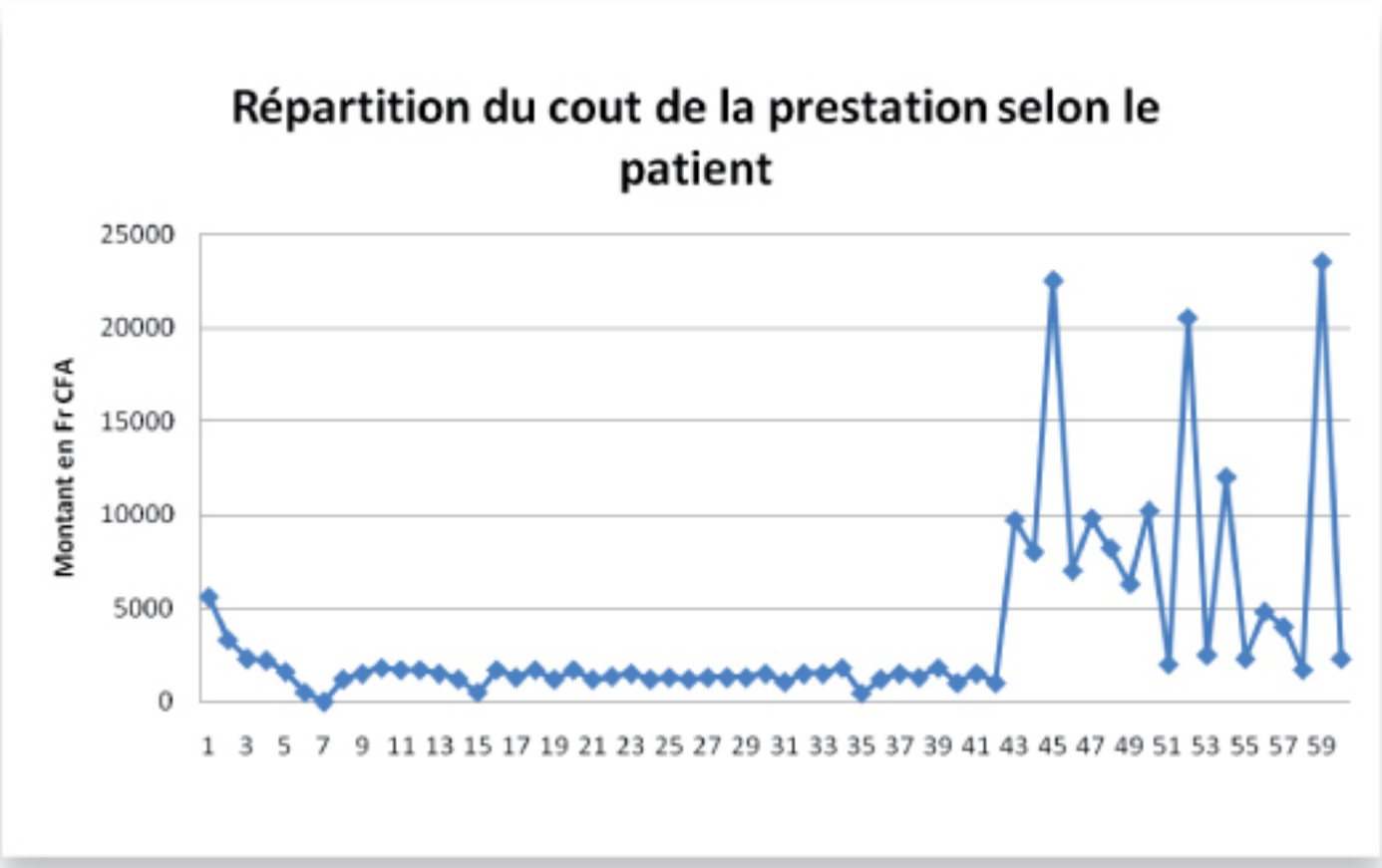
3.2.1.1 Disponibilité des services et des soins.

Les structures de santé, notamment les postes de santé ou officie, soit un ICP ou une Sage femme sont disponibles à 6 kilomètres en moyenne . Sur 57 patients : 17 habitent à plus de 5 Kilomètres du Poste de santé (soit 30%) et 39 habitent à 5 kilomètres et ou plus soit 68,4%. Autrement dit, sept (7) patients sur 10 habitent à 5 kilomètres ou plus du lieu de consultation. Il faut noter que sept (7) patients habitent à 10 kilomètres et un (1) à 11 kilomètres.

3.2.1.2 Accessibilité.

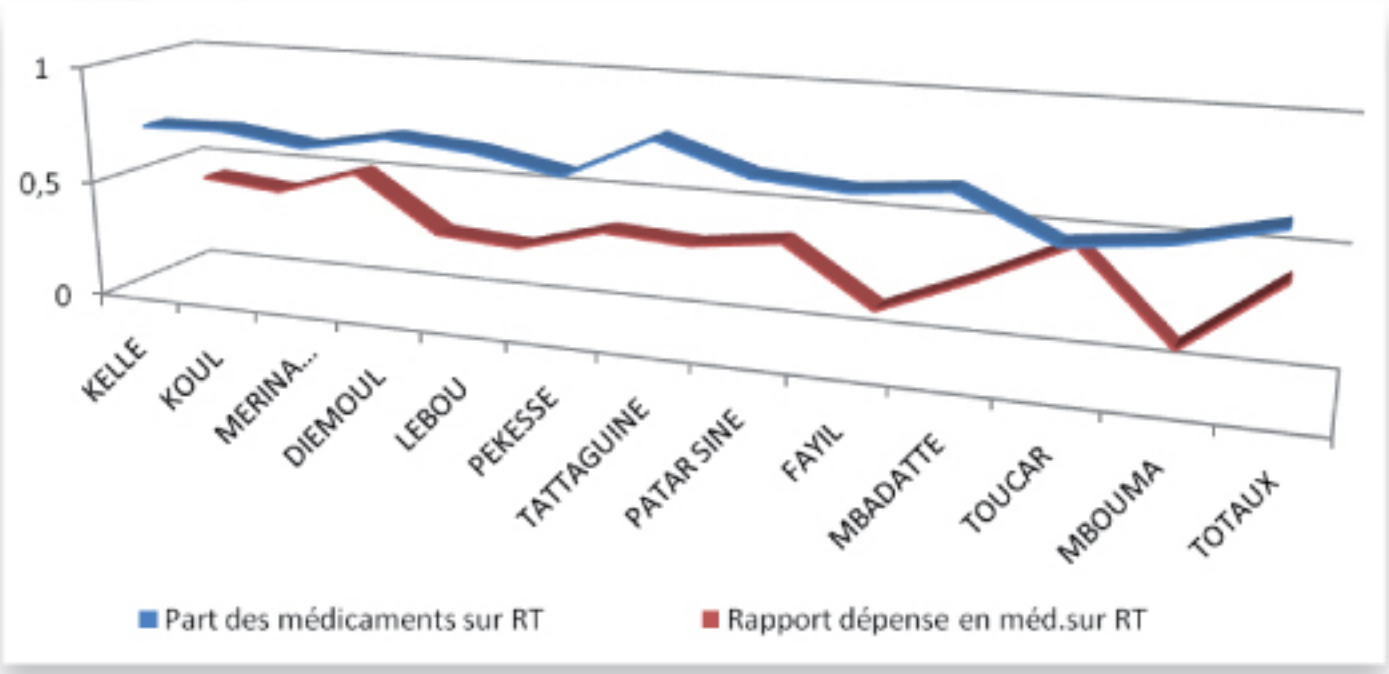
3.2.1.2.1 Accessibilité économique

Le cout moyen des soins observé durant le mois d'avril 2011 dans la zone d'intervention est de 3733 F cfa avec un minimum de 450 F cfa et un maximum de 23500 F cfa. On note une grande variation entre le coût moyen des soins de santé entre Mérina Dakhar et les autres structures de santé ou la collecte a eu lieu. A Merina Dakhar, il est de 8278 F cfa contre 1434 F cfa pour les autres structures observées.



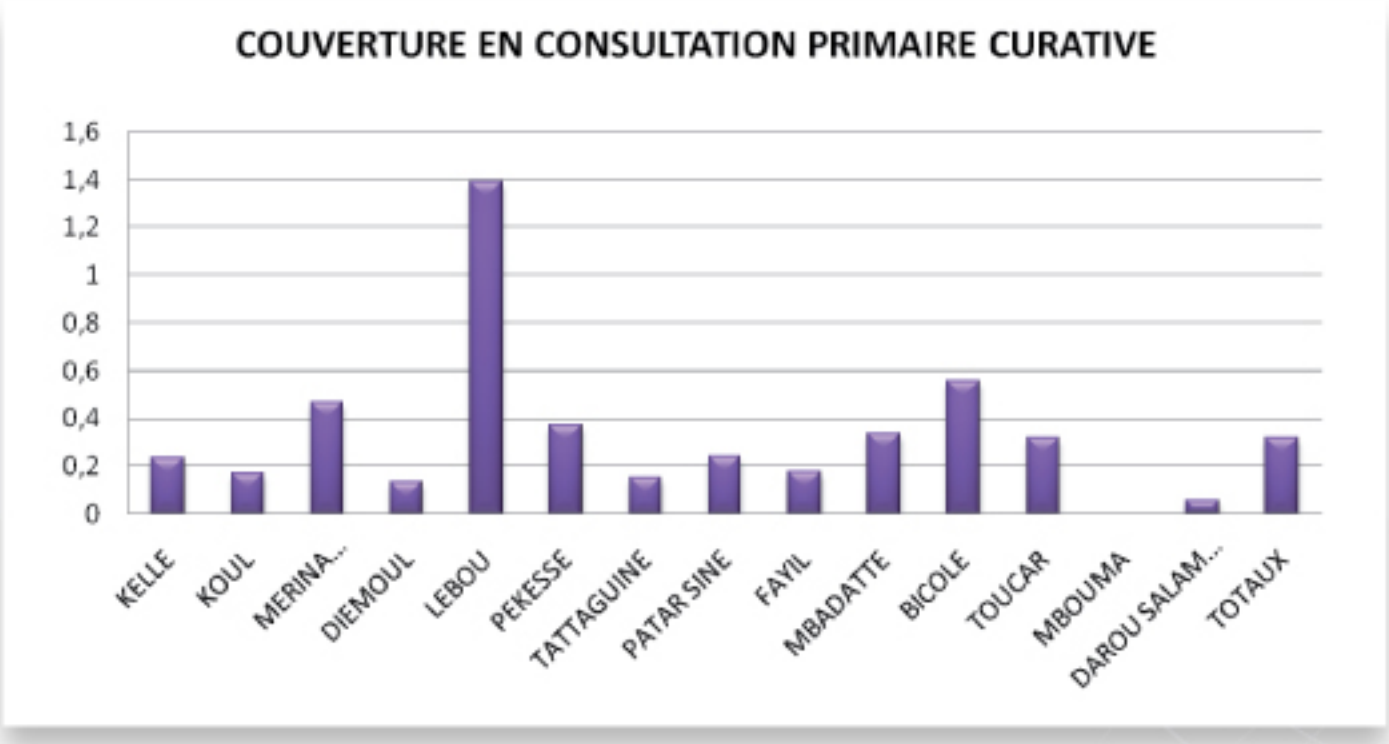
Durant le premier semestre de 2010, les activités financières des structures de santé révèlent que la recette totale moyenne par patient est de 1526 F cfa et varie entre 408 F cfa et 2253 F cfa. Durant la même période, la recette moyenne médicament par cas est de 1069 F cfa avec un maximum de 2277 F cfa et un minimum de 345 F cfa.

Presque les trois quart (70%) des recettes viennent des médicaments alors que le montant utilisé pour l'achat des médicaments ne représente que 40% des recettes.



3.2.1.2.2 utilisation des services

L'utilisation des services de santé pour des soins est très faible en moyenne, seule 32% pour cent des patients attendus ont utilisé les services de santé. Pour cinq structures moins de 2 sur 10 attendus ont utilisé les services durant le semestre.



L'utilisation des services de santé en rapport avec les interventions mises en œuvre est très variable et se présente comme suit :

-A peine quatre femmes sur dix (37%) accouchent dans les structures de santé durant la période considérée. Sur treize structures, c'est seulement au niveau de deux ou une femme sur deux accouche dans une structure de santé. Certaines structures sont presque désertées par les patientes : Darou Salam (9%), Kelle (19%),Koul(22%), Toucar (23%) et Patar Sine (29%).
-Six femmes (56%) des femmes enceintes ont effectué au moins une consultation prénatale durant leur grossesse mais une seule avait poursuivi ses consultations prénatales jusqu'à la

Couverture	KELLE	KOUL	MERINA DAKHAR	DIEMOUL	LEBOU	PEKESSE	TATTAGUINE	PATAR SINE	FAYIL	MBADATTE	BICOLE	TOUCAR	DAROU SALAM RURAL	Total ZONE
Consultation générale	23%	17%	46%	13%	139%	37%	15%	24%	18%	34%	56%	32%	6%	**32%**
Accouchement	19%	22%	47%	32%	ND	52%	48%	29%	39%	46%	113%	23%	9%	**37%**
Accouchement assisté	5%	18%	17%	27%	ND	44%	48%	34%	39%	43%	106%	10%	4%	**27%**
Consultation prénatale	57%	22%	88%	56%	30%	44%	89%	54%	32%	83%	62%	28%	9%	**56%**
Traitement préventif Intermittent	ND	ND	ND	Nd	ND	64%	41%	36%	19%	41%	41%	38%	9%	**25%**
Consultation prénatale n°4	4%	9%	4%	6%	1%	3%	3%	19%	1%	7%	69%	2%	0%	**6%**

3.2.1.3 Qualité des services

3.2.1.3.1. Qualité de l'offre

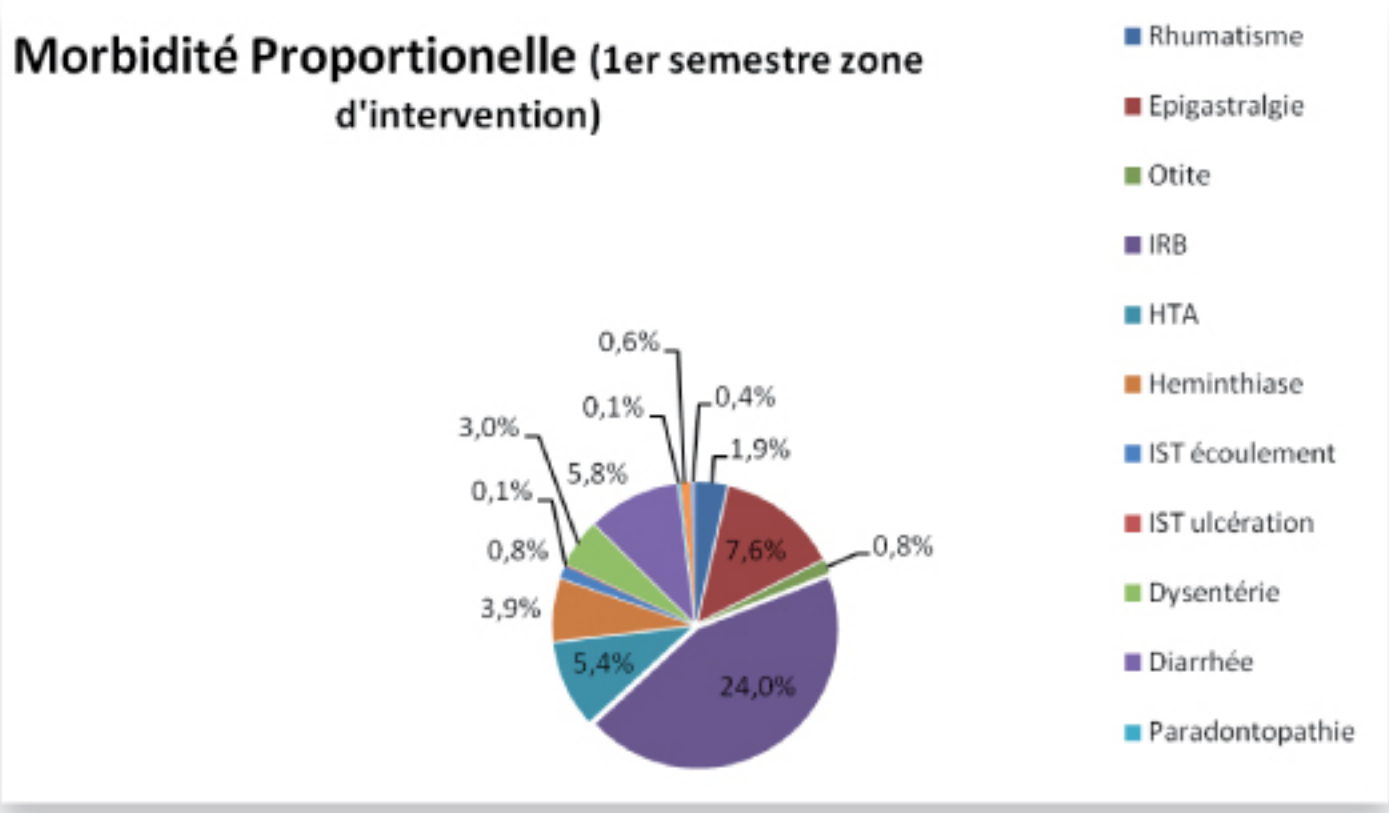
Les femmes enceintes qui fréquentent les structures pour la consultation prénatale effectuent la quatrième consultation (CPN4) à 11%, soit une femme sur 10 suit sa grossesse jusqu'à terme auprès des structures de santé. Plus de la moitié n'ont pas bénéficié du deuxième traitement préventif intermittent contre le paludisme soit 54%.

De même, seulement 58% des patients bénéficiant d'un counseilling ont fait le test de d'un dépistage pour le VIH.

La prise en charge « correcte » des accouchements est faible, sur 10 accouchements effectués dans la structure 3 sont faits à domicile.

3.2.1.3.2. Statut sanitaire de la population

L'impact de l'offre de service sur le statut sanitaire des populations pourrait s'expliquer par : une prévalence assez importante du déficit nutritionnel chez les nourrissons suivis dans les structures de santé (26%); une baisse de la morbidité proportionnelle du paludisme (0,4%), des infections sexuellement transmissibles (0,8%) ; un état stationnaire de la morbidité liée aux parasitoses intestinales(3,9%), à la diarrhée(5,8%), à la dysenterie (3%); une augmentation de la morbidité afférente aux épigastralgies (7,6%), à l'hypertension artérielle (5,4%) et les infections respiratoires basses (24%).



3.2.2 : Données qualitatives

Les répondants sont essentiellement des femmes (70%), l'âge moyen est de 34 ans ; les femmes sont toutes des ménagères et les hommes sont répartis entre cultivateur, maçon, marchand et menuisier.

3.2.1.3.2. Statut sanitaire de la population

L'insuffisance de la disponibilité des prestataires est évoquée par les utilisateurs en ces termes : l'absence de personnel « qualifié », le non respect des horaires de travail,

recyclage du personnel, accroitre les structures de santé. Une patiente manifeste son désespoir en ces termes :

« accès un peu difficile surtout pour les femmes car la sage-femme commence tardivement son travail ».

La disponibilité des médicaments constitue une contrainte pour les populations qui soulignent les ruptures fréquentes de médicament.

3.2.2.2 Acceptabilité

Les prestataires ne sont pas toujours bien appréciés par les populations qui les jugent comme inexpérimentés, irrespectueux, manquant de « sutura ». Un patient exprime sa colère en disant que, je cite : l'infirmier pose trop de questions.

3.2.2.3 Satisfaction

Le niveau de satisfaction est faible comme en atteste une femme de 30 ans habitant à Thiar Thilor rencontrée à Mérina Dakhar : « Bien que la santé n'ait pas de prix, la vie est dure, je me débrouille pour acheter mes ordonnances ». En outre, la chéreté des médicaments constitue une préoccupation majeure, soulevée par la plupart des patients. Les absences aussi constituent un motif de non satisfaction évoquée à Tattaguine par un homme de 27 ans habitant Ndiosmone : «Essayer de maintenir les prestataires dans les structures en les motivant ».

Globalement la situation décrite confirme le choix et la pertinence de l'intervention d'AHDIS en milieu rural.

Les populations sont en « détresse » au regard de la profondeur de la crise économique persistante dans le milieu face à un dispositif sanitaire défaillant et, en dehors de tout respect du droit aux soins pour les patients pauvres.

IV EXPOSE DES PISTES DE LA REFLEXION

Globalement au niveau de la zone d'intervention, le statut sanitaire des populations qui est avant tout le reflet de la qualité des services de santé est mitigé car au moment ou la morbidité proportionnelle du paludisme et des IST semble s'infléchir, celle des infections respiratoires basses et l'hypertension artérielle augmentent.

L'analyse selon les secteurs de la nutrition, des soins de la santé maternelle, de la Vaccination, du paludisme, du VIH-SIDA et de l'accès aux médicaments donne la situation

suivante :

4.1. NUTRITION

Les causes de la contre performance observée dans la réduction de la malnutrition s'expliqueraient, en plus du contexte alimentaire défavorable (hausse des prix des denrées), par des pratiques d'alimentation inappropriées surtout dans la première année de vie : selon EDS IV le taux de mise au sein précoce n'est que de 23%, seules 34% des mères pratiquent l'AME et une alimentation complémentaire tardive est notée chez 61% des 6 à 9 mois.

Le secteur a noté des actions dynamiques d'ONG et de Partenaires techniques au développement tels que Plan International et l'USAID, etc. A côté du Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN), ses structures agissent pour améliorer la surveillance et la prise en charge nutritionnelle des enfants.

4.2. UTILISATION DES SOINS

En milieu rural, l'accessibilité financière est très préoccupante les recettes sur les médicaments supportent le fonctionnement des structures rendant leur coût inaccessible à la population.

Ceci est contraire à l'esprit de l'Initiative de Bamako et dénote un mauvais système de gestion des structures de santé.

En ce qui concerne le cout des prestations (médicaments et consultation) pour un patient il présente une variation importante dans une structure (Mérina Dakhar) et entre structures. Toutefois ses coûts sont hors portée des populations. Cela est en contradiction d'avec les facilités d'accès aux services sociaux de base préconisés par le DSRP (aujourd'hui le DPES).

A propos de l'acceptabilité, certains prestataires ne se soucient pas des exigences culturelles et sociales des populations : discrétion, respect et le sens de l'engagement citoyen.

Les personnes âgées ne semblent pas bénéficier des avantages liés au plan sésame ; contrairement aux déclarations pompeuses des tenants du pouvoir central.

Malgré une amélioration de l'utilisation des services au niveau national, des déséquilibres ont été notés dans certaines zones ou les taux de couverture pour la consultation primaire curative sont faibles et ils varient autours de 25% traduisant des difficultés inhérentes à l'accessibilité financière et géographique des services de santé, à l'insuffisance du personnel qualifié (sages-femmes et médecins), la faible prise en charge des besoins en santé des personnes en situation de handicap et des jeunes et à la faible implication des collectivités locales en charge du secteur. Ce dernier aspect a motivé la démarche d'AHDIS dans cinq (05) Communautés rurales pour la hausse du budget de la santé.

Bien que la couverture passive, en termes de ratios en infrastructures sanitaires et en personnel qualifié soit améliorée significativement, l'accessibilité aux structures de santé est très faible (31,5%), expliquant en partie la faible utilisation des services 42% par les usagers dans certaines localités. Les résultats de l'ESPS 2005-2006 confirment les disparités qui existent en matière d'accès aux services de santé selon le milieu de résidence : 56% des sénégalais en milieu rural font plus de 30mn de marche pour arriver à la structure de santé la plus proche contre 17% seulement en milieu urbain.

L'accessibilité des groupes vulnérables exige des mesures hardies pour un meilleur accès des populations aux soins, avec des modalités particulières de prise en charge. L'amélioration du cadre institutionnel actuel devrait assurer la complémentarité avec les autres formes de solidarité tout en mettant l'accent sur les mutuelles à base communautaire pour renforcer l'accès des démunis aux soins. Cela s'accompagne avec une politique responsable de hausse du budget de la santé.
En termes de soins spécialisés, l'absence de chirurgie et de spécialités dans les structures périphériques de référence pose de multiples problèmes, en particulier pour la population dont une partie des besoins en soins de santé est loin d'être couverte. Il ne fait aucun doute qu'en plus de la persistance des barrières géographiques, financières et socioculturelles, la quasi inexistence d'une offre de soins chirurgicaux et/ou spécialisés de proximité ne fait que rendre encore plus compliquée la situation critique des besoins de soins.

L'automédication et la médecine traditionnelle constituent les deux alternatives de l'inaccessibilité des soins. L'automédication favorise la vente de médicament par des marchands non initiés à la pharmacie, par conséquent ne veillant pas à la qualité de ces derniers. La médecine traditionnelle gagnerait à être mieux soutenue et organisée car elle mieux acceptée et plus disponible surtout en milieu rural. Des actions doivent être menées par l' Etat pour le financement de la recherche sur les médicaments traditionnels.

4.3. SANTÉ MATERNELLE

Ces dernières années, plusieurs initiatives ont été prises par l' Etat pour améliorer la santé de la reproduction à travers l'introduction progressive de la gratuité des césariennes et des accouchements, la création d'une ligne budgétaire pour l'achat des contraceptifs, l'élaboration de la feuille de route multisectorielle pour la réduction de la mortalité, l'initiative « Bajenu Goxx », etc.

Il s'agit d'un geste du gouvernement vis-à-vis de la Convention sur l'élimination de toute les formes de discriminations à l'égard des femmes qui entre autres recommande au états signataires de prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir dans la limite du possible la gratuité de l'accouchement et des soins médicaux y afférents.

Cependant, malgré les efforts, des cas de mortalité maternelle sont encore notés surtout en zone rurale.

Les couvertures en soins ou interventions pour l'atteinte des Objectif du Millénaire pour le Développement sont très faibles, notamment celles orientées vers la santé maternelle.

Les causes de cette forte mortalité maternelle sont soit directes soit indirectes. Parmi les causes obstétricales directes (66%) on peut noter les hémorragies, l'HTA et ses complications, les dystocies et infections, les avortements. Les causes obstétricales indirectes (34%) sont dominées par l'anémie, le paludisme, le VIH.

En outre, dans certaines localités au Sud du pays, le taux d'achèvement de la CPN est très faible du fait de l'inaccessibilité géographique, financière et socioculturelle.)

4.4. VACCINATION

La difficulté dans la mobilisation de la ligne budgétaire pour l'achat des vaccins et consommables, la vétusté de la chaîne de froid (frigos, glacière, dépôt de district et de région, etc.) et l'absence de logistique roulante pour les stratégies avancées et mobiles (motos, véhicules de supervision, etc.) limitent l'immunisation des enfants surtout dans le milieu rural et enclavé. L'absence ou la réduction des activités de la stratégie avancée ou mobile constitue une entrave majeure à l'accessibilité de la vaccination des enfants et même si les enfants sont vaccinés, la qualité des vaccins reste préoccupante du fait de la chaine de froid qui est défaillante au niveau des postes de santé. Ce qui pourrait expliquer l'apparition de certaines maladies ciblées par le PEV.

Il importe de saluer les actions menées par l'UNICEF en milieu rural dans ce domaine. Par ailleurs, une meilleure implication des OCB dans le secteur, pourrait être un bénéfice pour les communautés.

4.5. PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Des résultats spectaculaires ont été obtenus dans la lutte contre le paludisme, il s'agit actuellement de maintenir les acquis. En effet, la prévalence palustre à subit une baisse progressive et se situe aux alentours de 5%. Cependant la rupture de médicaments destinés à la prise en charge du

paludisme et de sa prévention chez les femmes enceintes risque d'anéantir tous les efforts obtenus. La couverture universelle en moustiquaire est aussi menacée par la non disponibilité de ces derniers en niveau des structures de santé.

Nous avons noté la mauvaise qualité des moustiquaires imprégnées cette année dans la zone d'intervention.

4.6. PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE VIH /SIDA

Le taux de séroprévalence, établi à 0,7% en moyenne pour l'ensemble du pays, à 2% (ancienne région de Kolda) et 3% (Région de Ziguinchor) en 2005 par l'EDS IV, n'est pas encore actualisé pour permettre de faire une bonne appréciation des résultats engrangés par le dispositif régional de prévention mis en place. Toutefois, au Sud du pays, le Sida constitue la plus grande menace et plus particulièrement dans les sites d'orpaillage ou sont concentrées des communautés venant de plusieurs pays et vivant dans des conditions précaires favorisant la promiscuité et la prostitution. Cependant, des efforts sont réalisés avec les interventions des partenaires. Il s'agit de la prise en charge gratuite des malades sous ARV, les campagnes de dépistage volontaire et la Protection de la Transmission Mère et Enfant (PTME). Etc.

Il faut noter que ce volet mobilise des fonds énormes à travers le concours du Fonds mondial. Une étude approfondie de l'utilisation de ses ressources permettrait de mesurer leur contribution effective en rapport avec les actions réalisées jusqu'ici.

4.7. LES MÉDICAMENTS

La disponibilité des soins de qualité n'est pas assurée du fait des ruptures de médicament intempestives.

En outre, avec l'apparition des maladies chroniques comme le cancer, les maladies des reins… les médicaments génériques ne couvrent plus toutes ces pathologies ; pour accéder à ces médicaments, les populations sont obligées de référer dans les officines ou les couts sont très élevés.

La gestion des médicaments au niveau des structures de santé ne respecte plus les principes de l'initiative de Bamako qui voudraient que les médicaments ne supportent qu'une marge bénéficiaire très faible. Cela est d'autant plus vrai que le respect des prix des médicaments n'est assuré ni par les techniciens de santé ni par les acteurs au niveau local.

Des pratiques malsaines de surfacturation de médicaments sont en vigueur dans plusieurs villages visités. Cela crée une véritable déroute des populations du système sanitaire moderne

V ACQUIS ET DEFIS

5.1. LES ACQUIS

L'existence d'un plan national de développement sanitaire constitue un atout non négligeable pour une action sanitaire harmonieuse et efficace.

En cela il faut y ajouter l'accroissement de la part du budget de la santé dans le budget de l'état, l'intérêt croissant des PTF pour la réalisation des interventions en rapport avec la mortalité maternelle et infantile et la performance des programmes comme la lutte contre le paludisme et le VIH ainsi que l'amélioration notable de la couverture passive en infrastructure dans le cadre de la coopération bilatérale ou multilatérale.

Signalons aussi la participation financière notable des populations dans l'effort de santé, l'ouverture de beaucoup d'écoles de santé, le recrutement de personnel et la contractualisation dans le cadre du plan « Cobra ».

Enfin il faut noter les initiatives de gratuité comme le plan Sésame, la dialyse, les ARV, les vaccins, la césarienne, etc. qui dans une certaine mesure participent à améliorer significativement l'accès des démunis aux soins.

Les activités des ONG et OCB dans le domaine de la santé connaissent un accroissement d'année en année. Des ressources énormes sont mobilisées pour des actions de prévention et de prise en charge des malades. Dans le domaine des infrastructures et de l'équipement, les acteurs consacrent des investissements importants pour améliorer la situation du secteur.

5.2. LES DÉFIS

Les contraintes qui plombent le développement du secteur sont nombreuses. Certaines sont communes à presque toutes les régions. D'autres sont spécifiques à certaines localités.

Ainsi nous pouvons citer le manque criard de ressources humaines tant au niveau national qu'au niveau régional et décentralisé, et sa répartition inéquitable, prioritairement concentrés au niveau supérieur et intermédiaire de la pyramide sanitaire des régions de Dakar et Thiès.

Le manque d'infrastructures et d'équipement surtout en milieu rural la vétusté du matériel roulant (autos, motos) et de la chaîne de froid.

Notons aussi le cout élevé de la participation à l'effort de santé, limitant l'accès des soins aux populations qui ne peuvent pas payer le prix des tickets modérateurs et l'inefficacité des initiatives de gratuité, notamment liées à leur coût.

En outre, L'insuffisance de ressources humaines qualifiées, singulièrement les spécialistes (cardiologue, chirurgien orthopédiste, ophtalmologiste dermatologue, gynécologue, néphrologue, urologue, sage femme, etc.) et la pléthore de personnel non qualifié pose un véritable problème d'accès aux soins spéciaux de qualité.

Il faut noter aussi un problème l'absence de discrimination positive en faveur des zones pauvres dans l'allocation des ressources budgétaires, l'absence de mécanismes de prise en charge des retraités non salariés, notamment la grande population de travailleurs précarisés : agriculteurs, éleveurs, pêcheurs, artisans et la stigmatisation excessive et les coûts relativement élevés de la prise en charge de certaines maladies notamment les maladies chroniques.

A cela il s'y ajoute la grande dispersion de la population, un escarpement du relief, la rigueur du climat et ou une inaccessibilité et/ou un enclavement saisonniers (hivernage) des villages et l'existence dans certaines zones de système de croyances et valeurs (MGF, lévirat/sororat, émigration, etc.), ainsi que le faible taux d'alphabétisation et de scolarisation pour le secondaire chez les femmes en particulier, disparité de genre (faible accès des femmes aux pouvoirs/décisions notamment pour le recours aux soins).

Signalons enfin l'insuffisance de l'appui et de l'implication des Collectivités locales sur le plan du financement qui se traduisent par une timidité de l'approche multisectorielle dans la résolution des problèmes de santé.

VI RECOMMANDATIONS DE L'ETUDE

L'analyse de la situation du secteur a indiqué d'une manière exhaustive le comportement de tous les acteurs de la santé publique dans les zones citées. Ainsi avons-nous formulé les recommandations suivantes à l'endroit de chacune des parties (acteurs) :

6.1. GOUVERNEMENT

En vertu des dispositions de l'article 17 de la Constitution de la république du Sénégal de 2001, qui dispose que : «…L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être… » Nous recommandons fortement à l'Etat de procéder sans délai à :

- L'affectation des fonds de dotation qui doit se faire à temps ;
- Le renforcement de la gouvernance sanitaire au niveau national ;
- L'orientation des politiques de santé sur les réalités épidémiologiques tout en luttant pour de meilleures conditions socio-économiques.
- L'élaboration d'une carte sanitaire qui tient compte des priorités épidémiologiques, des disponibilités en ressources humaines et en infrastructures.
- L'amélioration de l'accessibilité financière des soins hospitaliers en renforçant les mécanismes de prise en charge des indigents dans les structures hospitalières.
- La gratuité des activités de soins de santé primaires dans toutes les zones de santé prioritaires notamment les consultations prénatales, la planification familiale.
- La mise à la disposition dans les districts sanitaires d'une ligne budgétaire pour financer la stratégie des soins de santé primaire notamment les activités de prévention et de promotion de la santé.
- La décentralisation des ARV au niveau des pharmacies régionales d'approvisionnement pour une meilleure disponibilité des produits.
- Le relèvement du niveau des plateaux techniques en recrutant du personnel qualifié, prioritairement des médecins spécialistes, des sages femmes en les fidélisant dans les
-
- zones d'accès difficiles et aussi en priorisant l'adéquation entre formation et postes budgétaires en vue de recruter les techniciens en chômage.

- L'Accroissement de la disponibilité des prestations notamment en soins spécialisés en évitant les absences intempestive du personnel, en doublant les agents au niveau des points de prestation.
- Le développement de la protection sociale (mettre en œuvre un programme de mutualisation, mettre en place un fonds d'appui financier aux mutuelles, assurer l'application de la loi d'orientation sociale pour la promotion des personnes handicapées) et renforcer les filets de sécurité.
- L'amélioration de la gestion de l'initiative de gratuité des accouchements et des césariennes (en élaborant un manuel de procédures et en supervisant les activités de gratuité).
- La garantie de la disponibilité des soins de chirurgie et ou spécialisés dans les zones enclavées en renforçant l'équipement et le recrutement du personnel qualifié.
- L'amélioration des conditions de vie des populations rurales comme urbaines sur la base d'une stratégie adaptée de lutte contre la pauvreté.
- Vue l'importance que joue la médecine traditionnelle, il est impérative que l'Etat prend toutes les mesures nécessaires pour une bonne réglementation de ce secteur.

6.2. LA SOCIÉTÉ CIVILE ET LES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS (PTF)

Les recommandations vis-à-vis des OSC et des PTF se résument à :

- L'orientation de l'appui dans le secteur de la santé communautaire pour l'atteinte de l'objectif de « Santé pour Tous Maintenant »
- Le Renforcement de la gouvernance sanitaire au niveau local et national.
- La pérennisation des activités du Programme de Renforcement Nutritionnel surtout en milieu rural.
- Le Renforcement du plaidoyer en faveur de l'augmentation des moyens financiers et logistiques de la SR ; de la lutte contre la tuberculose et la promotion des prestations de vaccination des enfants ;
- La création des espaces d'échange pour partager les problèmes de la communauté en rapport avec la santé notamment sur l'effectivité du droit à la santé ;
- Le renforcement du plaidoyer en faveur du recrutement et de la motivation du personnel qualifié surtout dans les zones éloignées et d'accès difficile.
- La satisfaction à la fois de l'exigence de prise en charge complète et globale, mais également de celle de la gratuité totale du bilan de suivi des PVVIH.

6.3. LES COMITÉS DE SANTÉ

les Comités de santé en vertu du décret n° 92-118 MSPAS, supportent les charges récurrentes de fonctionnement des structures de santé (avec les fonds issus de la contribution des populations à l'effort de santé).

Malgré ces multiples efforts, il reste beaucoup à faire en ce sens que ces financements ne représentent rien face aux besoins des formations sanitaires.
Les comités de santé et les comités de gestion doivent aussi assumer pleinement leur responsabilité et jouer le rôle qui leur revient dans la gestion de la santé communautaire.

Ils doivent collaborer davantage avec les collectivités locales surtout sur le plan du recrutement du personnel afin que les inégalités soient réparées.

A cet effet, leur action doit tourner autour :

- De la Garantie de l'effectivité du droit à la santé des populations dans leurs communautés ainsi que la prise en charge des mères et nouveau-nés ;
- Du Renforcement de la gouvernance sanitaire au niveau local ;
- Du plaidoyer pour les soins maternels notamment la consultation prénatale et les accouchements ;
- De l'investissement dans l'amélioration de la couverture sanitaire et de la prise en charge des groupes vulnérables ;
- De la Participation aux actions de promotion ciblant les groupes vulnérables et les populations les plus défavorisées ;
- Du renforcement de la sensibilisation auprès des populations pour améliorer les comportements en faveur de la santé ;
- De la Promotion de la coopération avec les ONG et les PTF pour un appui substantiel et conséquent à la santé des populations

6.4. COLLECTIVITÉS LOCALES

Avec la loi n° 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales, les collectivités locales ont l'obligation d'assurer la santé de leur population qui fait partie des 9 compétences transférées.

A cet effet, elles doivent participer dans la gestion de la santé communautaire, il s'agira notamment de :

- L'augmentation de la part du budget consacré à la santé au niveau national ;
- L'allocation en grande partie des fonds de dotation au secteur de la santé communautaire ;
- Le renforcement de la gouvernance sanitaire au niveau local (implication effective dans la prise en charge des problèmes de santé).
- La participation au respect de la carte sanitaire en veillant sur les critères d'implantation pour la construction de nouveaux établissements de santé là où il n'y en a pas (plus proches des populations) ;
- La réduction du coût des médicaments en impliquant la communauté dans la gestion des structures (affichage du prix des médicaments, respect des principes de l'Initiative de Bamako) ;
- L'amélioration de la dotation de tous les médicaments obligatoires pour un bon traitement des patients, surtout les cas référés sur fonds propre.
- La baisse des coûts des consultations, des médicaments, des actes médicaux pour faciliter l'accès à des services de santé de qualité.
- Le recrutement des personnels qualifiés par les collectivités locales.
- La construction et ou l'équipement d'un Centre de Récupération Nutritionnelle au niveau de tous les centres de santé.
- La prise en charge d'une partie des maladies (sida, tuberculose et les soins destinés aux maladies chroniques : dialyse, insuline etc.).
- La participation à la mise en place des mécanismes sociaux de prise en charge des enfants vulnérables (enfants de la rue, enfants dans la rue, enfants affectés ou infestés par le SIDA, enfants en conflits avec la loi).

6.4. COLLECTIVITÉS LOCALES

Le personnel soignant à un rôle à jouer dans la gestion de la santé ainsi sa participation doit être sentie à travers les points suivants :

- Le respect des droits du patient
- La transparence dans la gestion des médicaments avec l'affichage des prix des ces derniers et le respect des principes de l'Initiative de Bamako.
- La réduction de l'absentéisme au lieu de travail et le respect des horaires de travail.
- L'accommodation aux réalités socioculturelles locales.
- Le renforcement des activités de prévention ayant de fortes externalités positives comme la vaccination, la consultation prénatale, les accouchements assistés et le suivi pondéral et nutritionnel.
- La création des espaces d'échange pour partager les problèmes de la communauté en rapport avec la santé.
- Le renforcement de la gouvernance sanitaire au niveau local.
- Assurer la prise en charge des mères et nouveau-nés au niveau communautaire

En conclusion, le présent Rapport ambitionne de poser les jalons d'une réflexion populaire sur la situation de la santé publique au Sénégal. Si l'étude a voulu se restreindre à un espace géographique précis, le diagnostic du secteur est le même partout dans le pays. C'est pourquoi il urge d'exiger du gouvernement une mise en application des recommandations ci- dessus indiquées.

Cette deuxième édition du Rapport marque un pas important dans l'orientation prise par AHDIS d'évaluer les politiques économiques et sociales grâce à ses partenaires (dont la Fondation Rosa Luxemburg d'Allemagne) pour promouvoir un plaidoyer sur les transformations sociales profondes requises par les populations ; ceci pour le progrès du Sénégal.

VII BIBLIOGRAPHIE

Evaluation du PDIS

Plan National de Développement Sanitaire 2008- 2018

Plan Stratégique de la Chirurgie (Draft)

Rapport de performance CDSMT

Base de données statistiques SNIS

Rapport des revues DSRP 2009 et 2008

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes

Constitution du 22janvier 2001

-La loi numéro 96-06 du 22 mars 1996 portant Code des collectivités locales

-La déclaration sur les soins de santé primaires d'Alma Ata de 1978

Plan stratégique chirurgie (Draft)
CDSMT
La stratégie fixe adoptée au Sénégal est de cinq kilomètres.

Annexes : Le Projet d'Appui à l'éducation et à la formation en santé communautaire dans les districts de Fatick et de Mékhé.

Activités du Projet d'Appui :

- **Activités de formation :**

- Session formation en management de projets de santé publique.
- Session formation en IEC/CCC
- Session formation paludisme
- Session formation en santé maternelle et infantile

- **Activités d'Information, d'Education et de Communication**

- Ateliers de mise à niveau des communautés locales
- Ateliers locaux d'information et de sensibilisation des partenaires (Collectivités locales)
- Fora d'échanges des acteurs locaux (Représentants gouvernements ; Représentants collectivités locales, représentants secteur privé et représentants société civile) sur le PNDS

- **Activités de promotion :**

- Vulgarisation de la charte de mouvement pour la santé.
- Evaluation du droit à la santé et aux services médicaux.

- **Activités de renforcement des capacités :**

- Forum communautaire d'échanges et de partage
- Appui au contrôle citoyen des politiques de santés au niveau local
- Production de rapport

- **Activités de plaidoyer :**

- Visites de proximité
- Audiences avec les autorités locales

- **Activités de suivi-évaluation**

- Organisation Mission suivi et contrôle du projet
- Organisation mission conjointes sur le terrain avec le coordonnateur et le chargé de programme
- Organisation Missions Evaluation

Activités réalisées dans le cadre de l'exécution du Projet d'Appui :

1) Activités de formation

Seize(16) ateliers de formation/recyclages ont été réalisés à raison de 4 par District Sanitaire sur les thèmes suivants : formation en management de projets de santé publique ; formation en IEC/CCC ; formation paludisme et formation en santé maternelle et infantile. Nombre de personnes formées : 358

2) Situation de référence des cases

Dans le but d'établir une situation de référence des cases de santé bénéficiaires du projet, des questionnaires ont été administrés dans les dix cases de santé sites du projet entre le 14 et le 20 Septembre 2009.

3) Evaluation du droit à la santé

Dans le but de faire ressortir la situation sanitaire en milieu rural en général, et l'état du droit à la santé des populations en particulier, deux études ont été réalisées durant la période du 28 septembre au 23 octobre 2009 à Fatick et à Mékhé dans les communautés rurales de Tattaguine, de Diouroup, de Patar-Sine, de Koul, de Mérina Dakhar et de Kelle, entités administratives de base regroupant plusieurs villages renferment une population rurale avec de très faibles moyens financiers. Des questionnaires ont été administrés et deux rapports produits.

1) Réunions communautaires des cases de santés

78 réunions communautaires ont été organisées à travers les 10 villages site du projet pour l'essentiel, il s'est agit d'une mise à niveau des acteurs locaux regroupant les villageois et ce, en présence de l'Infirmier Chef de Poste entre autre il a été question de recenser les difficultés qui bloquent le développement des villages et les solutions pour y faire face: D'où cette principale recommandation : faire de plaidoyer auprès des autorités pour la résolution de tous ces manquements.

2) Forum

Quatre(4) fora communautaires d'échange et de partage sur la stratégie nationale de développement sanitaire et l'évaluation du droit à la santé ont été organisés au Centre d'Entraide et de Formation des Femmes de Mékhé (CEDAF) et au Conseil Régional de Fatick. Avec au total quatre vingt (80) personnes représentant l'Etat (Région Médicale, District Sanitaire, Infirmier Chefs de Poste), les collectivités locales, la société civile (Chefs des villages, les agents de santé communautaires, les associations des jeunes, les groupements des femmes).

L'objectif visé est de Contribuer à la sensibilisation et au développement des capacités des responsables de tous les secteurs politiques afin que la santé, l'équité et la justice en santé soient prises en considération dans le développement des politiques au Sénégal.

Les ateliers permettront aux organisateurs d'offrir à l'ensemble des participants locaux un forum de discussions sur la problématique de la santé communautaire. L'approche opérationnelle axée sur la réflexion autour du processus d'accompagnement du développement local de la communauté rurale sera privilégiée.

1) Visites de proximité

Organisation de visites de proximité et audiences avec les autorités administratives et coutumières locales

Nombre de visite : 05

Nombre de participants : 36

2) Mission suivi et contrôle du projet

Plusieurs missions de suivi évaluation ont été effectuées dans la zone du projet par une équipe d'AHDIS et de de ses partenaires.

Engagements des décideurs locaux et des populations de la zone du projet pour la période à venir
Les responsables (Présidents de Conseil) des collectivités locales ainsi que les représentants des populations (notables, Présidents d'OCB) de la zone d'intervention ont positivement apprécié le travail effectué par le projet.

A cet effet ils ont pris les engagements suivants (et confirment à travers ce geste leur totale adhésion à l'orientation suivi par le projet) :

Engagements des autorités locales

Il s'agit de :

- La réhabilitation des cases et postes de santé en mauvais état ;
- La construction et l'équipement de cases et postes de santé nouveaux, et leur dotation en médicaments essentiels et appareils médicaux ;
- La contribution au financement de la motivation et de la formation du personnel des cases ;

Engagements des populations

Il s'agit de :

- La préservation des acquis du projet au niveau de chaque case de santé par les comités de santé ;
- L'institutionnalisation d'un Comité de suivi et de pérennisation des activités du projet au niveau de chaque communauté rurale ;
- La participation consciente aux efforts de santé et l'exigence de prestations de qualité comme élément fondamental du respect du droit à la santé.

Recommandations issues de l'exécution du Projet d'Appui

Les recommandations suivantes sont issues de l'exécution du projet après dix huit mois d'opérations :
Recommandations à l'endroit de l'Etat (Gouvernement et Collectivités locales) :

- La garantie de l'effectivité du droit à la santé des populations à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et au-delà ;

- La réorientation de la politique de santé publique à travers des actions structurées et urgentes en direction du système de santé communautaire au Sénégal, gage d'une garantie aux citoyens d'une accessibilité totale aux soins de santé publique de qualité;
- Une prise en charge effective et urgente de la construction, de la réhabilitation et de l'équipement des cases ;
- Un renforcement des capacités et une motivation du personnel des cases ainsi que leur suivi et leur évaluation périodique ;
- La dotation en stocks de soutien en médicaments contribue à la stratégie de renforcement des comités de santé pour une facilité de couverture des charges des structures sanitaires de base.

Recommandations à l'endroit des Organisations Non Gouvernementales (ONG) d'appui au Développement

- Le maintien de la pression sur les autorités en vue du respect total et intégral des engagements pris ;

- L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de plaidoyer sur la question du financement de la santé communautaire ;

- Le débat sur les prérogatives de soins des cases de santé doit porter l'attention des autorités sur le type et le niveau des prestations en zone rurale pauvre en médecins spécialistes ;

- L'inclusion dans les programmes de formation et de recyclage des personnels de santé des modules en droit de la santé leur facilitera une compréhension des principes et du respect du droit à la santé des populations ;
- Promouvoir les sessions de recyclage /rattrapage et d'élargir la formation technique sur les méthodes de diagnostic et de suivi de la tuberculose ;

- L'accroissement des investissements dans le sous secteur de la santé communautaire doit être considéré comme une priorité d'intervention

- L'utilisation des radios communautaires dans la sensibilisation des populations sur les actions de santé publique pourrait être un facteur de mobilisation dans les différentes campagnes de vaccination ou de préventio

Recommandations à l'endroit des Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

- L'appui et l'accompagnement des acteurs vers des réformes de la politique de santé communautaire pour une « Santé Pour Tous Maintenant » ;
- L'appui à la formation du personnel communautaire et la participation effective à l'équipement des cases et postes de santé.

AHDIS

SICAP Amitié 1, villa N°3029 Dakar, SENEGAL
B.P. 21395 DAKAR - PONTY /SENEGAL.
Tél : 221 33 824 52 83/ 221 77633 04 76/Fax: 33 864 47 95
www.ahdis.org // E-mail: ahdis2@orange.sn