

République du Sénégal
Un Peuple- Un But- Une Foi

Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique

Direction Générale de la Santé

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



PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE LA SANTE REPRODUCTIVE, MATERNELLE, NEONATALE, INFANTILE, DE L'ADOLESCENT-E ET DE LA NUTRITION (PSI SRMNIA-N) 2024 - 2030

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

Direction Générale de la Santé

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

PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE LA SANTE REPRODUCTIVE, MATERNELLE, NEONATALE, INFANTILE, DE L'ADOLESCENT-E ET DE LA NUTRITION

(PSI SRMNIA-N) 2024 - 2030

Table des matières

LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES I
LISTE DES TABLEAUX VI
LISTE DES FIGURES VII
REMERCIEMENTS IX
PREFACE X
RESUME EXECUTIF XII
INTRODUCTION 1
RAPPEL DU PROCESSUS 3
CONTEXTE ET PROFIL DU PAYS 5
I. SITUATION GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE 5
I.1 Situation géographique 5
I.2 Situation démographique 6
I.3 Situation économique 9
I.4 Contexte socio-culturel 10
II. SYSTEME DE SANTE 11
II.1 Politique nationale de santé 11
II.2 Organisation du système de santé 12
II.3 Organisation de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant 13
II.4 Multisectorialité et participation communautaire 13
II.5 Résilience du système face aux urgences sanitaires 13
ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE DE LA SRMNIA-N 15
III. ANALYSE DE LA SITUATION 15
III.1 Indicateurs d'impact 15
III.2 Offre de service 22
III.3 Santé du nouveau-né 48
III.4 Survie de l'enfant 52
III.5 Santé de l'adolescent-e et jeunes 62
III.6 Questions transversales 68
III.7 Laboratoires 78
III.8 Infrastructures, équipements et maintenance 79
IV. ANALYSE DE LA REPONSE 82
IV.1 Gouvernance, Leadership, Coordination et Partenariat 82
IV.2 Financement de la SRMNIA-N 83
IV.3 Ressources humaines de qualité pour la santé 85
IV.4 Renforcement de la disponibilité continue des médicaments et produits SRMNIA-N de qualité au niveau des points de prestation 86
IV.5 Offre, qualité des soins et des services et stimulation de la demande 87
V. ANALYSE SWOT, PRINCIPAUX LACUNES ET DEFIS 92
V.1 Analyse SWOT : Santé de la mère 92

V.2 Analyse SWOT : Santé du Nouveau-Né 94
V.3 Analyse SWOT : Santé de l'enfant 96
V.4 Analyse SWOT : Santé des adolescent-e-s et jeunes 98
V.5 Analyse SWOT : Nutrition 101
V.6 Analyse SWOT de la Sécurité sanitaire 103
STRATEGIE NATIONALE INTEGREE POUR LA SRMNIA-N 108
VI. REFERENTIELS NATIONAUX, INTERNATIONAUX, CADRE INTEGRE MULTISECTORIEL ET THEORIE DU CHANGEMENT 108
VI.1 Référentiels nationaux et internationaux 108
VI.2 Cadre Intégré Multisectoriel 109
VI.3 Théorie du Changement 109
VII. ATTRIBUTS DE LA STRATEGIE 112
VII.1 Vision 112
VII.2 Valeurs et principes directeurs 112
VIII. BUT, OBJECTIFS, AXES STRATEGIQUES ET CADRE DE RESULTATS 112
VIII.1 But 112
VIII.2 Objectif Général 112
VIII.3 Objectifs stratégiques 112
VIII.4 Cadre de résultats 113
VIII.5 Axes stratégiques et interventions prioritaires 122
CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION 141
IX. COORDINATION, SYNERGIE ET COMPLEMENTARITE 141
IX.1 Coordination stratégique 141
IX.2 Coordination opérationnelle 141
IX.3 Mise en œuvre du plan stratégique 146
X. CADRE DE SUIVI EVALUATION ET DE LA RECHERCHE 147
X.1 Gestion des données 147
X.2 Le suivi de la mise en œuvre 147
X.3 Évaluation du plan stratégique 147
X.4 Recherche et gestion de la connaissance 148
CADRE DE PERFORMANCE 150
CADRE BUDGETAIRE 171
ANNEXES I

Liste des sigles, abréviations et acronymes

ACS	Acteurs Communautaires de Santé
ACs	Acteurs Communautaires de soins
ACT	Thérapie combinée à base d'Artémisinine
AEH	Actions Essentielles en Hygiène
AEN	Actions Essentielles en Nutrition
AGR	Activité Génératrice de Revenus
AME	Allaitement Maternel Exclusif
AMIU	Aspiration Manuelle Intra Utérine
AMS	Association des Maires du Sénégal
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ASGO	Association Sénégalaise de Gynécologie-Obstétrique
ASPE	Aliments de Supplément Prêt à l'Emploi
ASU	Association Sénégalaise d'Urologie
ATPC	Assainissement Total piloté par la Communauté
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BNS	Besoins Non Satisfaits
CC	Changement climatique
CCA	Centre Conseil Ado
CDN	Contribution Déterminée Nationale
CDS	Comité de Développement Sanitaire
CDSA	*Clinical Decision Support Algorithm*
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CLIN	Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNDN	Conseil National de Développement de la Nutrition
CPC	Comité de Pilotage et de Coordination
CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation Postnatale
CREN	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle

CS 1	Centre de Santé de type 1
CS 2	Centre de Santé de type 2
CSR	Coordonnatrice en Santé de la Reproduction
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DGAS	Direction Générale de l'Action sociale
DGS	Direction Générale de la Santé
DHIS2	*District Health Information Software version 2*
DI	Dossier d'Investissement
DLSI	Division de la Lutte contre le Sida et les IST
DP	Direction de la Prévention
DPPD	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
ECD	Equipe Cadre de District
ECDRS	Equipe Cadre de la Direction Régionale de Santé
EIG	Evènements Indésirables Graves
EPS	Etablissement Public de Santé
eTME	Elimination de la Transmission Mère Enfant
EVF	Education à la Vie Familiale
FAR	Femmes en Âge de Reproduction
FO	Fistule Obstétricale
FVC	Fonds Vert pour le Climat
GAS	Gestion des Approvisionnements et des Stocks
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement
GEEP	Groupe pour l'Etude et l'Enseignement de la Population
GHM	Gestion de l'Hygiène Menstruelle
GnRH	*Gonadotropin Releasing Hormone*
GSRH	Groupage Sanguin Rhésus
HCG	Hormone Gonadotrophine Chorionique
HPP	Hémorragie du Post-Partum
HTA	Hypertension Artérielle
IDE	Infirmier diplômé d'Etat

IGME	*Groupe Inter Agence des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile*
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISBC	Identification Systématique des Besoins de la Cliente
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infections Sexuellement Transmissible
LPSD	Lettre de Politique Sectorielle de Développement
MAM	Malnutrition aigüe modérée
MAS	Malnutrition aigüe sévère
MCD	Médecin Chef de District
MGF	Mutilation Génitale Féminine
MMH	Maladie des Membranes hyalines
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiéne publique
MUAC	*Mid-upper arm circumference*
NFS	Numération Formule sanguine
NV	Naissances Vivantes
OCB	Organisation Communautaire de Base
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUDC	Office des Nations Unies de lutte contre la Drogue et le Crime
OSC	Organisation de la Société Civile
PANBPF	Plan d'Action National Budgétisé de la Planification Familiale
PANJE	Pratiques Optimales d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
PNBSF	Programme national de Bourse de Sécurité Familiale
PCI	Prévention et Contrôle de l'Infection
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCIME/C	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'enfant au niveau communautaire
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PMA	Procréation Médicalement Assistée
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNA-FEM	Plan national d'Adaptation Sénégal, financé par le Fonds pour l'Environnement mondial

PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNP	Politiques, Normes et Protocoles
PNT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PON	Procédure Opératoire Normalisée
PPS	Point de Prestation de Services
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	Poste de santé
PS SRMNIA	Plan stratégique de la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile et des Adolescent-e-s/jeunes
PS SRMNIA-N	Plan stratégique de la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile et des Adolescent-e-s/jeunes et de la Nutrition
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
RH	Ressources humaines
RNU	Registre National Unique
RPR	*rapid plasma reagin*
RSE	Responsabilité sociétale d'entreprise
S&E	Suivi et Evaluation
SAFI	Sages-femmes Itinérantes
SAMU	Service d'Accueil de Médecine d'Urgence
SAU	Service d'Accueil et d'Urgence
SAJ	Santé des Adolescents/ Jeunes
SDMPR	Surveillance des Décès Maternels, Périnatals et Riposte
SEN-CSU	Agence sénégalaise de Couverture sanitaire universelle
SFE	Sage-Femme d'État
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SIG	Système d'Information à des fins de Gestion
SIGL	Système d'Information de Gestion logistique
SNEEG	Stratégie Nationale d'Equité et d'Egalité de Genre
SNEIPS	Service National de l'Education et de l'Information Pour la Santé

SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
SR	Santé de la Reproduction
SRAJ	Santé de la Reproduction des Ados/jeunes
SRMNIA	Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile et des Adolescent-e-s/jeunes
SRMNIA-N	Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile et des Adolescent-e-s/jeunes-Nutrition
SRO	Sels de Réhydratation Orale
SRSE	Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant
SVAR	Supplémentation en Vitamine A de routine
TBN	Taux Brut de Natalité
TE	Test d'Emmel
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UAU	Unité d'Accueil et des Urgences
UREN	Unité de Réhabilitation et d'Education nutritionnelle
VAT	Vaccin Antitétanique
VBG	Violence Basée sur le Genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VIT A	Vitamine A
WASH	*Water, Sanitation and Hygiene* (Eau, Hygiène et Assainissement)

Liste des tableaux

TABLEAU I : REPARTITION DE LA POPULATION RESIDENTE PAR GRANDS GROUPES D'AGES SELON LE SEXE 7

TABLEAU II : PROPORTION DE DECES MATERNELS AUDITES SELON LES REGIONS EN 2020 41

TABLEAU III : CAUSES DE DECES MATERNELS EN 2019 ET 2020 AU SENEGAL 42

TABLEAU IV : INDICATEURS SUR LES COMPORTEMENTS SEXUELS AVANT 15 ANS 66

TABLEAU V : PROPORTION DES DÉPENSES COURANTES EN SRMNIA-N DANS LES DÉPENSES COURANTES EN SANTÉ 84

TABLEAU VI : CADRE DE PERFORMANCE DU PLAN SRMNIA-N 2024 – 2028 150

TABLEAU VII : REPARTITION DU BUDGET PAR AXE STRATEGIQUE ET PAR ANNEE 171

TABLEAU VIII : RÉPARTITION DU BUDGET PAR INTERVENTION ET PAR LIGNE D'ACTION ..... **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

Liste des figures

FIGURE 1 : PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE SRMNIA-N 2024-2028 3
FIGURE 2: CARTE ADMINISTRATIVE DU SENEGAL (CSSDOS, 2019).....6
FIGURE 3: PYRAMIDE DES AGES DE LA POPULATION DU SENEGAL EN 2023 (ANSD, RGPH-5, 2023).....8
FIGURE 4: REPARTITION DE LA POPULATION PAR REGION EN 2023 (ANSD, RGPH-5, 2023).....9
FIGURE 5: ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE SENEGALAIS..... **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
FIGURE 6: ÉVOLUTION DU RAPPORT DE MORTALITE MATERNELLE (EDS).....15
FIGURE 7 : ÉVOLUTION DU RAPPORT DE MORTALITE LIEE A LA GROSSESSE (EDS).....17
FIGURE 8 : ÉVOLUTION DU QUOTIENT DE LA MORTALITE NEONATALE (‰) (EDS).....18
FIGURE 9 : TAUX DE LA MORTALITE NEONATALE PAR REGION (EDS 2023) 19
FIGURE 10 : CAUSES DE DECES NEONATALS (COUNTDOWN 2019) 20
FIGURE 11 : ÉVOLUTION DE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DE 2005 A 2023 (EDS) 21
FIGURE 12 : TAUX MORTALITE INFANTILE ET INFANTO JUVENILE PAR REGION (EDS 2023) 22
FIGURE 13 : TAUX D'ACHEVEMENT EN CONSULTATION PRENATALE (DHIS2) 23
FIGURE 14 : ÉVOLUTION DU TAUX D'ACHEVEMENT EN CONSULTATION PRENATALE AU NIVEAU REGIONAL (DHIS2) 24
FIGURE 15 : PROPORTION DE MERES AYANT EFFECTUE 4 CPN ET PLUS SELON LE MILIEU DE RESIDENCE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION (EDS 2023).....25
FIGURE 16 : PROPORTION DE MERES AYANT EFFECTUE 4 CPN ET PLUS PAR REGION (EDS 2023).....25
FIGURE 17 : TAUX DE COUVERTURE EN SP (DHIS2).....27
FIGURE 18 : TAUX DE COUVERTURE EN SP PAR REGION (DHIS 2) 28
FIGURE 19 : POURCENTAGE DE FEMMES ENCEINTES AYANT EFFECTUE LE TEST VIH AU SENEGAL ENTRE 2017 ET 2022 (DHIS2).....29
FIGURE 20 : POURCENTAGE DE FEMMES ENCEINTES AYANT EFFECTUE LE TEST DU VIH PAR REGION (DHIS2) 30
FIGURE 21 : TAUX DE COUVERTURE EN VAT DES FEMMES ENCEINTES AU NIVEAU NATIONAL 30
FIGURE 22 : TAUX DE COUVERTURE EN VAT DES FEMMES ENCEINTES SELON LES REGIONS (DHIS2).....31
FIGURE 23 : POURCENTAGE D'ACCOUCHEMENT ASSISTE PAR UN PERSONNEL QUALIFIE AU NIVEAU NATIONAL (DHIS2) 32
FIGURE 24 : POURCENTAGE D'ACCOUCHEMENT ASSISTE PAR UN PERSONNEL DE SANTE QUALIFIE PAR REGION ET PAR ANNEE (DHIS2) 33
FIGURE 25 : ÉVOLUTION DE L'ADMINISTRATION DES ANTIBIOTIQUES, DE L'OCYTOCINE ET DES ANTICONVULSIVANTS PAR VOIE PARENTERALE DE 2020 A 2022.....36
FIGURE 26 : ÉVOLUTION DE LA FONCTION REANIMATION DE BASE DU NOUVEAU-NE.....36
FIGURE 27 : ÉVOLUTION DES FONCTIONS AMIU-VENTOUSE-EXTRACTION MANUELLE DU PLACENTA DE 2020 A 2022. SOURCE : PROJET DE REVISION DES INDICATEURS DES SONU : ÉTUDE DE CAS DU SENEGAL 37
FIGURE 28 : ÉVOLUTION DE LA CESARIENNE ET DE LA TRANSFUSION SANGUINE DE 2020 A 2022. 37
FIGURE 29 : ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DE CESARIENNES (DHIS2) 38
FIGURE 30 : POURCENTAGE DE CESARIENNE PAR REGION ET PAR ANNEE (DHIS2).....39
FIGURE 31 : NOMBRE DE DONNEURS DE SANG POUR 1000 PAR REGION EN 2019 40
FIGURE 32 : REPARTITION DES DECES MATERNELS DE 2019 ET 2020 SUIVANT LE MOMENT DE SURVENUE .43
FIGURE 33 : ÉVOLUTION DU TAUX DE RECRUTEMENT EN PF (DHIS2) 45
FIGURE 34 : TAUX DE RECRUTEMENT EN PF PAR REGION ET PAR ANNEE (DHIS2) 45
FIGURE 35 : PREVALENCE CONTRACEPTIVE MODERNE PAR REGION (EDS 2023).....46

FIGURE 36 : TENDANCES DE LA DEMANDE EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE (EDS) 47
FIGURE 37 : ÉVOLUTION DE L'INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE ENTRE 2005 ET 2023 (EDS).....48
FIGURE 38 : ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DE NOUVEAU-NES AYANT BENEFICIE DU PAQUET DE SOINS IMMEDIATS (DHIS2).....49
FIGURE 39 : POURCENTAGE DE NOUVEAU-NES AYANT BENEFICIE DU PAQUET DE SOINS IMMEDIATS PAR REGION ET PAR ANNEE (DHIS2).....50
FIGURE 40 : ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DE NOUVEAU-NES DE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE PRIS EN CHARGE PAR LES SOINS MATERNELS KANGOUROU (DHIS2).....51
FIGURE 41 : ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DE NOUVEAU-NES DE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE PRISE EN CHARGE PAR LES SOINS MATERNELS KANGOUROU PAR REGION 51
FIGURE 42 : TAUX DE COUVERTURE VACCINALE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 12 MOIS 52
FIGURE 43 : TENDANCES DE LA COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS DE 12 A 23 MOIS DE 2005 A 202353
FIGURE 44 : ÉVOLUTION DU POURCENTAGE D'ENFANTS DE 0 -59 MOIS PRESENTANT UNE PNEUMONIE TRAITEE AVEC UN ANTIBIOTIQUE APPROPRIE (EDS 2023).....54
FIGURE 45 : POURCENTAGE D'ENFANTS DE 0 -59 MOIS PRESENTANT UNE PNEUMONIE ET TRAITEE AVEC UN ANTIBIOTIQUE APPROPRIE PAR REGION ET PAR ANNEE (DHIS2) 54
FIGURE 46 : TENDANCES DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A EN ROUTINE CHEZ LES ENFANTS 6-59 MOIS (DHIS2).....55
FIGURE 47 : TENDANCES DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A CHEZ LES ENFANTS DE 6-59 MOIS PAR REGION (DHIS2).....56
FIGURE 48 : TENDANCES DES CAS DE DIARRHEES CHEZ LES ENFANTS DE 0-59 MOIS TRAITES PAR SRO/ZINC (DHIS2) 56
FIGURE 49 : PROPORTION DE CAS DE DIARRHEE CHEZ LES ENFANTS DE 0 A 59 MOIS TRAITES PAR SRO/ZINC PAR REGION ET PAR ANNEE (DHIS2).....57
FIGURE 50 : ÉVOLUTION DE L'ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS.....58
FIGURE 51 : PREVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE PAR REGION EN 2023.....59
FIGURE 52 : PREVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGÜE PAR REGION EN 2023 60
FIGURE 53 : PREVALENCE DE L'INSUFFISANCE PONDERALE PAR REGION EN 2023 60
FIGURE 54 : PREVALENCE DU SURPOIDS PAR REGION EN 2023 (EDS 2023) 61
FIGURE 55 : ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DES ENFANTS 0-6 MOIS ALLAITES EXCLUSIVEMENT AU SEIN...62
FIGURE 56 : TENDANCES DU TAUX DE FECONDITE CHEZ LES ADOLESCENTES DE 10 A 14 ANS (EDS 2023).63
FIGURE 57 : TENDANCES DU TAUX DE FECONDITE CHEZ LES ADOLESCENTES DE 15 A 19 ANS (EDS 2023).63
FIGURE 58 : TENDANCES DU TAUX DE FECONDITE CHEZ LES JEUNES DE 20 A 24 ANS 64
FIGURE 59 : CADRE OPERATIONNEL POUR RENFORCER LA RESILIENCE DES SYSTEMES DE SANTE FACE AU CHANGEMENT CLIMATIQUE (OMS, 2016) 70
FIGURE 60 : STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA SANTE PAR SOURCE (COMPTES DE LA SANTE 2017-2021) 84
FIGURE 61 : SCHEMA RECAPITULATIF DE LA THEORIE DU CHANGEMENT..... **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
FIGURE 62 : REPARTITION DU BUDGET PAR ANNEE.....172

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP) tient à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont participé activement à l'élaboration de ce plan stratégique. Il s'agit des membres du comité de pilotage de la SRMNIA-N, composé de parlementaires, de la Primature, du représentant des élus locaux, de l'équipe de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), des directions générales, nationales et régionales, services et programmes du MSHP, des autres secteurs ministériels, des partenaires techniques et financiers, des représentants de la société civile, des sociétés savantes, des universités, du secteur privé, des associations de professionnels de la santé et de l'action sociale.

Soyez assurés que le MSHP continuera d'accorder une importance capitale à la concertation et à la collaboration pour assurer à chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent-e et jeune un accès équitable à des services de santé de qualité pour leur bien-être physique, mental et social.

PREFACE



Le Gouvernement du Sénégal accorde une priorité à l'amélioration de la santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent-e/ jeune.

A travers des politiques nationales adaptées, le pays a investi dans les infrastructures, les équipements, les ressources humaines et financières pour répondre aux besoins de santé reproductive maternelle, néonatale, infantile, de l'Adolescent-e/ jeune et de la nutrition.

Malgré les progrès importants enregistrés, d'importants défis persistent encore, rendant nécessaire l'élaboration d'une nouvelle stratégie pour tendre vers l'atteinte des Objectifs de Développement Durable de 2030.

La lutte contre la morbi-mortalité maternelle, infanto-juvénile et des adolescents nécessite la contribution de plusieurs secteurs clés tels que la sécurité sanitaire, la nutrition, la lutte contre les maladies non transmissibles, la protection sociale, etc.

La sécurité sanitaire, levier majeur, renvoie à l'ensemble des actions coordonnées et collaboratives entre les secteurs de la santé humaine, de la santé animale et de l'environnement.

Aussi, les maladies non transmissibles (MNT), telles que l'hypertension artérielle (HTA), le diabète et l'obésité, ainsi que les cancers gynécologiques et pédiatriques ont un impact significatif sur la santé maternelle, infanto-juvénile et des adolescents/jeunes.

Le renforcement des interventions nutritionnelles au niveau communautaire a démontré son potentiel dans l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.

Pour faciliter la prise en charge des cibles vulnérables en levant les barrières d'accès d'ordre financier, diverses stratégies et interventions en rapport avec la couverture sanitaire universelle sont mises en œuvre à travers le système d'assurance maladie.

Le présent Plan Stratégique Intégré de la Santé Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile, des Adolescent-e-s et jeunes et la Nutrition 2024-2030, prenant en compte les composantes suscitées, s'inscrit dans la dynamique de transformation et de renforcement du système de santé du Sénégal.

Il se distingue par son approche intégrée et multisectorielle, répondant à des exigences de continuum des soins, d'équité, de genre, de décentralisation, de protection des droits humains et de respect des valeurs et croyances de la société sénégalaise.

Il vise à garantir que chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent-e et jeune jouisse de son droit fondamental à la santé et au bien-être de façon équitable dans une optique de Couverture sanitaire Universelle.

Ce plan stratégique, élaboré selon une approche inclusive et participative avec la pleine participation de l'ensemble des parties prenantes de la SRMNIA-N, repose sur cinq axes principaux que sont

l'amélioration de la gouvernance à tous les niveaux, la qualité des services, la promotion et la prévention, le renforcement des services destinés aux adolescents et jeunes, ainsi que la sécurité sanitaire selon une approche *One Health*.

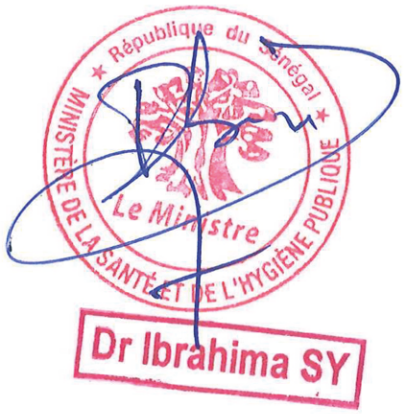
Cet engagement pour la santé est une étape cruciale vers la réalisation des Objectifs définis dans la Vision Sénégal 2050, contribuant ainsi à un Sénégal souverain, juste et prospère, ancré dans nos valeurs.

Ce document sert de cadre de référence pour tous les acteurs et partenaires, afin de relever ensemble les défis de la SRMNIA-N au Sénégal.

J'exhorte l'ensemble des acteurs à une bonne appropriation et à une mise en œuvre effective des orientations de ce document stratégique.

Dr Ibrahima SY

Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique



RESUME EXECUTIF

L'amélioration de la santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent-e et jeune a toujours été une priorité pour le gouvernement du Sénégal.

Dans ce cadre, d'importants investissements ont été consentis par l'État du Sénégal en termes d'infrastructures et d'équipements, de ressources financières et humaines. Malgré ces efforts, d'importants défis persistent encore pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD).

Ce présent plan stratégique intégré de la santé maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescent-e-s et jeunes et de la Nutrition 2024-2030, répond à des exigences d'intégration et du continuum des soins, d'équité, de genre, de respect des droits humains, de multisectorialité, de décentralisation, d'une approche *One Health* tout en respectant les valeurs et les croyances de la société sénégalaise. Il a pour ambition d'ici 2030, d'amener chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent-e et jeune à jouir de son droit à la santé et au bien-être de façon équitable dans une optique de Couverture Sanitaire Universelle et de pouvoir participer pleinement à l'édification d'un Sénégal souverain, juste, et prospère, rejoignant ainsi la vision *Sénégal 2050*.

Son élaboration s'est faite selon un processus inclusif avec la participation des différents acteurs des secteurs du public et du privé, de la société civile et des partenaires techniques et financiers.

L'objectif général de ce plan est de réduire la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescent-e-s/jeunes au Sénégal d'ici 2030.

Les objectifs stratégiques sont de :

(i) Réduire la mortalité maternelle de 153 à 70 décès pour 100.000 naissances vivantes entre 2023 et 2030 ;

(ii) Réduire la mortalité néonatale de 23 à 12 décès pour 1000 naissances vivantes entre 2023 et 2030 ;

(iii) Réduire la mortalité infantile de 31 à 25 décès pour 1000 naissances vivantes entre 2023 à 2030 ;

(iv) Réduire la mortalité infanto-juvénile de 40 à 25 décès pour 1000 naissances vivantes entre 2023 et 2030.

Conformément à la vision et aux objectifs, cinq principaux axes stratégiques ont été retenus pour atteindre les différents résultats du plan stratégique SRMNIA-N 2024-2030 : (i) Amélioration de la gouvernance, de la coordination, de la collaboration et du partenariat à tous les niveaux ; (ii) Amélioration de l'équité, de la qualité de l'offre de services et de soins pour une CSU réussie (infrastructures, équipements, Ressources Humaines, disponibilité des médicaments et produits SRMNIA-N) ; (iii) Renforcement de la Promotion et de la prévention pour une utilisation précoce

et accrue des services de santé et d'une prise en charge de qualité; (iv) Renforcement de la santé des adolescent-e-s et jeunes(V)Renforcement de la prévention, la préparation, la détection, la riposte et le relèvement post-crise pour une sécurité sanitaire durable et résiliente selon l'approche «One Health ».

La coordination stratégique est assurée par le Comité de Pilotage et de Coordination des interventions en SRMNIA-N. Il s'agit d'un cadre de concertation élargi qui regroupe l'ensemble des parties prenantes de la santé de la mère et de l'enfant.

Le plan stratégique sera mis en œuvre à travers l'élaboration de plans annuels consolidés par les différentes entités. L'atteinte des objectifs du Plan Stratégique SRMNIA-N 2024-2030 nécessite la mise en place de mécanismes de suivi et d'évaluation pour guider la prise de décision basée sur des données probantes.

Le budget global du PS SRMNIA-N est estimé à **675 673 503 937 FCFA**.

INTRODUCTION

&

RAPPEL DU PROCESSUS

INTRODUCTION

Le Sénégal avait élaboré un plan stratégique de la Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile et des Adolescent-e-s et jeunes 2016-2020, conformément à l'objectif sectoriel n°1 défini dans son Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) qui était de « Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto-juvéniles ». Ce plan avait comme objectifs prioritaires : (i) la réduction de la mortalité maternelle de 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 à 285 pour 100 000 naissances vivantes en 2020, (ii) la réduction de la mortalité néonatale de 23‰ naissances vivantes en 2015 à 17 ‰ naissances vivantes en 2020, (iii) la réduction de la mortalité infanto-juvénile de 59‰ naissances vivantes en 2015 à 42 ‰ naissances vivantes en 2020 et l'amélioration de la santé des adolescent-e-s et jeunes.

L'évaluation de la mise en œuvre du plan SRMNIA 2016-2020 n'a pas pu être réalisée à la date échue compte tenu des restrictions liées à la pandémie de la COVID 19. La mise en œuvre a été prolongée de deux années. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, a procédé à l'évaluation du plan stratégique de la SRMNIA en prenant en compte la contribution d'autres entités comme le SAMU, la DLMNT, la DIEM, la DSISS, la CSDOSS, la Sécurité sanitaire, la Nutrition communautaire, la Protection sociale etc.

Cette évaluation a pris en compte tous les niveaux d'offre de soins, de tous les acteurs et de tous les aspects liés à la SRMNIA-N et a servi de dresser une analyse situationnelle exhaustive pour l'élaboration du plan stratégique intégré de la SRMNIA-N 2024-2030.

Ainsi, ce plan vise à contribuer à l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent -e /jeune et à relever les défis notés dans l'évaluation du précédent plan. Son processus d'élaboration a été participatif, inclusif et itératif à toutes les étapes.

En effet, des rencontres et consultations ont été menées sur l'ensemble du territoire avec l'ensemble des directions et services du MSHP, les associations des professionnels de la santé, les parlementaires, les autres secteurs ministériels, la Primature, le secteur privé, la société civile, les acteurs des niveaux central, régional et opérationnel ainsi que les partenaires techniques et financiers (PTF).

Ce plan sera mis en œuvre selon les cinq grands axes stratégiques que sont :

- **Axe stratégique 1** : Amélioration de la gouvernance, de la coordination, de la collaboration et du partenariat à tous les niveaux ;
- **Axe stratégique 2** : Amélioration de l'équité, de la qualité de l'offre de services et de soins pour une CSU réussie (infrastructures, équipements, Ressources Humaines, disponibilité des médicaments et produits SRMNIA-N) ;
- **Axe stratégique 3** : Renforcement de la Promotion et de la prévention pour une utilisation précoce et accrue des services de santé et d'une prise en charge de qualité ;
- **Axe stratégique 4** : Renforcement de la santé des adolescent-e-s et jeunes ;
- **Axe stratégique 5** : Renforcement de la prévention, la préparation, la détection, la riposte et le relèvement post-crise pour une sécurité sanitaire durable et résiliente selon l'approche « One Health ».

Ce présent document s'articule autour de cinq chapitres qui sont :

- Contexte et profil du pays ;
- Analyse de la situation et de la réponse de la SRMNIA-N ;
- Stratégie nationale intégrée pour la SRMNIA-N ;
- Cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation ;
- Cadre budgétaire.

RAPPEL DU PROCESSUS

Le processus d'élaboration du plan stratégique intégré SRMNIA-N 2024-2030 qui a impliqué toutes les parties prenantes a démarré par la note de service N°015121/MSHP/DGSP/DSME/CSE du 19 septembre 2022 mettant en place le comité technique chargé de la coordination et du suivi du processus d'évaluation du plan stratégique intégré SRMNIA-N 2016-2020, de la revue du dossier d'investissement et de l'élaboration du nouveau plan.

Il est présidé par le Directeur général de la Santé (DGS) secondé par le Directeur de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME).

Ensuite, après le recrutement du cabinet de consultance pour la conduite du processus, le plan stratégique intégré SRMNIA 2016-2020 a été évalué ainsi que les activités SRMNIA-N de 2021 et 2022. Cela a permis d'élaborer le cadre de mesure de performance fixant les objectifs du nouveau plan puis d'élaborer ce dernier qui couvre la période 2024-2030.

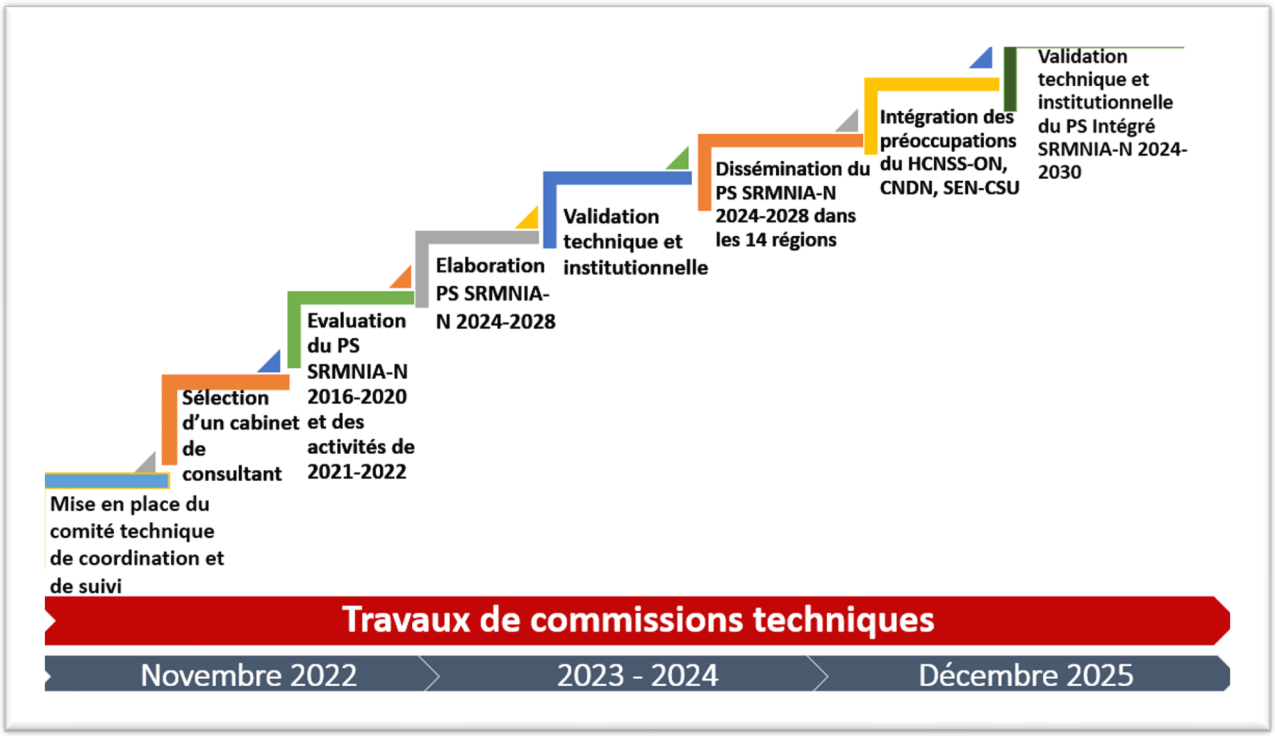


Figure 1 : Processus d'élaboration du plan stratégique SRMNIA-N 2024-2030

CHAPITRE I :
CONTEXTE ET PROFIL
DU PAYS

CONTEXTE ET PROFIL DU PAYS

La République du Sénégal, conformément à la constitution, garantit le droit à la santé à tout citoyen sans distinction de race, d'ethnie, de religion et de sexe. A cet égard, la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent-e et du jeune constitue une priorité. Cette volonté politique s'est traduite par la souscription aux engagements internationaux et régionaux : ODD, Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030, Cibles mondiales de nutrition 2025, FP2030, Agenda 2063 de l'Union africaine, Plan d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD, 1994), Charte africaine de la jeunesse, Protocole de Maputo, etc.

Au niveau national, elle s'est matérialisée par l'élaboration de plusieurs plans (LPSD, PNDSS, SNEEG, plan stratégique intégré SRMNIA 2016-2020, PANBPF, Stratégie Nationale Pour l'Abandon des MGF, Plan d'Action National pour l'abandon des mariages d'enfants, Agenda national de la fille, Stratégie nationale de protection de l'enfance…).

I. Situation géographique, démographique et socio-économique

I.1 Situation géographique

Le Sénégal est situé à l'Extrême Ouest du continent africain. Il se situe entre 12 et 17 degrés de latitude nord et entre 11 et 18 degrés de longitude ouest. Il couvre une superficie de 196 712 km² avec une façade maritime occidentale de plus de 700 km. Il est limité au Nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'Est par la République du Mali, au Sud par les Républiques de Guinée et de Guinée Bissau et à l'Ouest par l'océan Atlantique. La République de Gambie constitue une enclave de 25 km de large et de près de 300 km de long à l'intérieur du territoire sénégalais.

Le Sénégal a opté pour une politique de déconcentration administrative avec un découpage en 14 régions, 46 départements et 123 arrondissements. Il met également en œuvre une politique de décentralisation progressive et irréversible avec 599 Collectivités Territoriales.

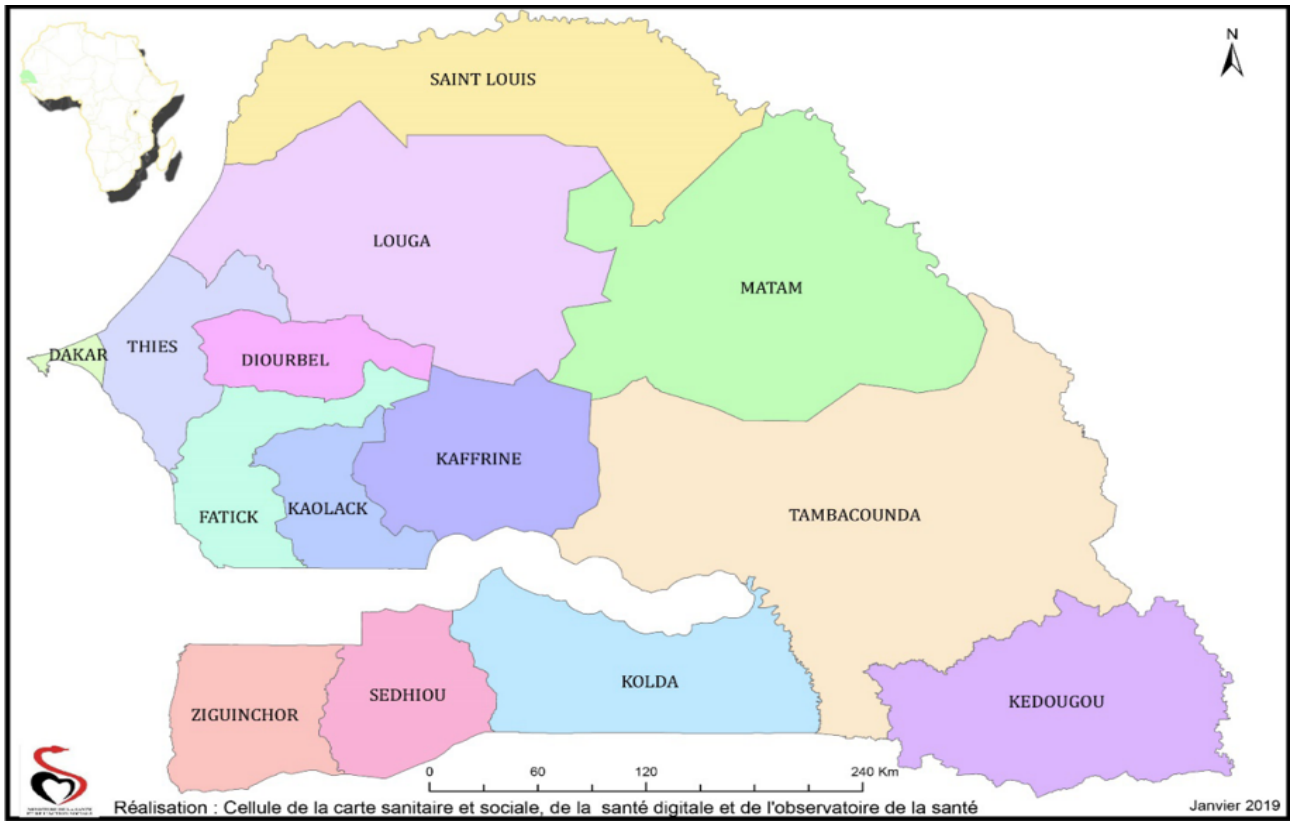


Figure 2: Carte administrative du Sénégal (CSSDOS, 2019)

I.2 Situation démographique

Selon le Rapport Provisoire du 5ème Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH-5) en 2023, la population résidente au Sénégal est de 18 126 390 habitants. Elle s'établissait à 13 508 715 habitants en 2013, soit un taux d'accroissement moyen annuel intercensitaire de 2,9% qui est resté constant entre les deux périodes. Avec une population de 4 958 085 en 1976 et 6 881 919 en 1988, les taux d'accroissement intercensitaires étaient respectivement de 2,7 % et 2,5 % pour 1976-1988 et 1988-2002. Entre 2002-2013, le taux d'accroissement intercensitaire s'est maintenu à 2,5%.

La population sénégalaise se caractérise par l'importance de la jeunesse : la moitié de la population est âgée de moins de 19 ans (18 ans chez les hommes contre 20 ans chez les femmes) et les enfants âgés de moins de 15 ans constituent 39,1% de la population globale. Cette catégorie est plus importante chez les garçons (52,5%) que chez les filles (47,5%). En outre, 3,8% de la population est âgée de 65 ans et plus.

I.2.1 Répartition de la population

En considérant les grands groupes d'âges, on observe un rapport Homme/Femme qui balance en faveur du sexe masculin chez les moins de 15 ans, soit 110 garçons pour 100 filles. Pour les tranches

d'âges 15-34 ans et 60 ans et plus, la tendance s'inverse en faveur des femmes avec respectivement 98 et 93 hommes pour 100 femmes.

Tableau I : Répartition de la population résidente par grands groupes d'âges selon le sexe

Groupes d'âge	Sexe		Ensemble	Rapport de masculinité
	Masculin	Féminin		
Moins d'un an	233 612	213 738	447 350	109,3
Moins de 5 ans	1 162 066	1 081 671	2 243 737	107,4
10-14 ans	1 278 085	1 127 934	2 406 019	113,3
15-19 ans	1 094 123	1 042 380	2 136 503	105,0
20-24 ans	858 540	897 640	1 756 180	95,6
15 – 34 ans	3 212 348	3 274 930	6 487 277	98,1
35 – 59 ans	1 719 211	1 748 252	3 467 462	98,3
15-49 ans	[redacted]	4 528 260	-	-
60 ans et +	522 022	558 501	1 080 523	93,5

Source : ANSD. RGPH-5, 2023

I.2.2 Structure par âge et par sexe de la population

La pyramide des âges est une illustration de la structure par âge et par sexe de la population. L'analyse de son allure est marquée par une base légèrement élargie et un sommet effilé, caractéristiques des pays en développement.

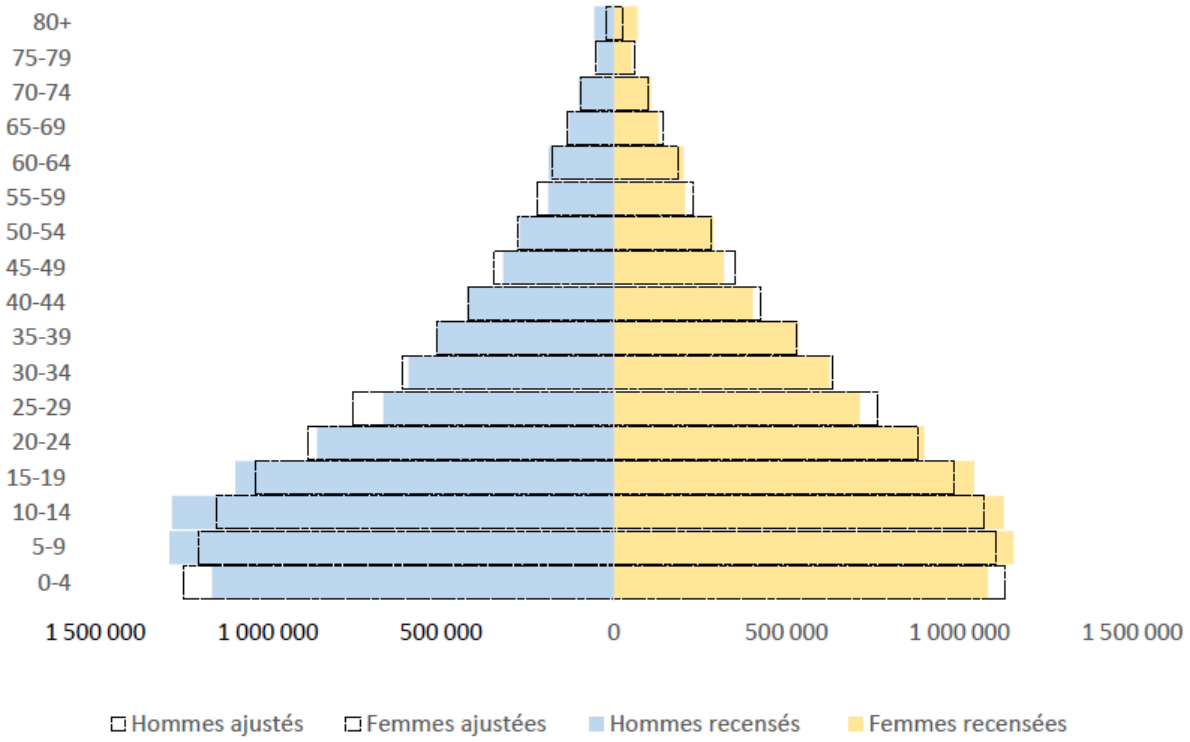


Figure 3: Pyramide des âges de la population du Sénégal en 2023 (ANSD, RGPH-5, 2023)

La population du Sénégal est répartie de façon inégale dans l'espace. Les plus fortes concentrations humaines s'observent à l'Ouest du pays, au Centre et au Nord-Ouest, tandis que l'Est et le Nord-Est demeurent faiblement peuplés.

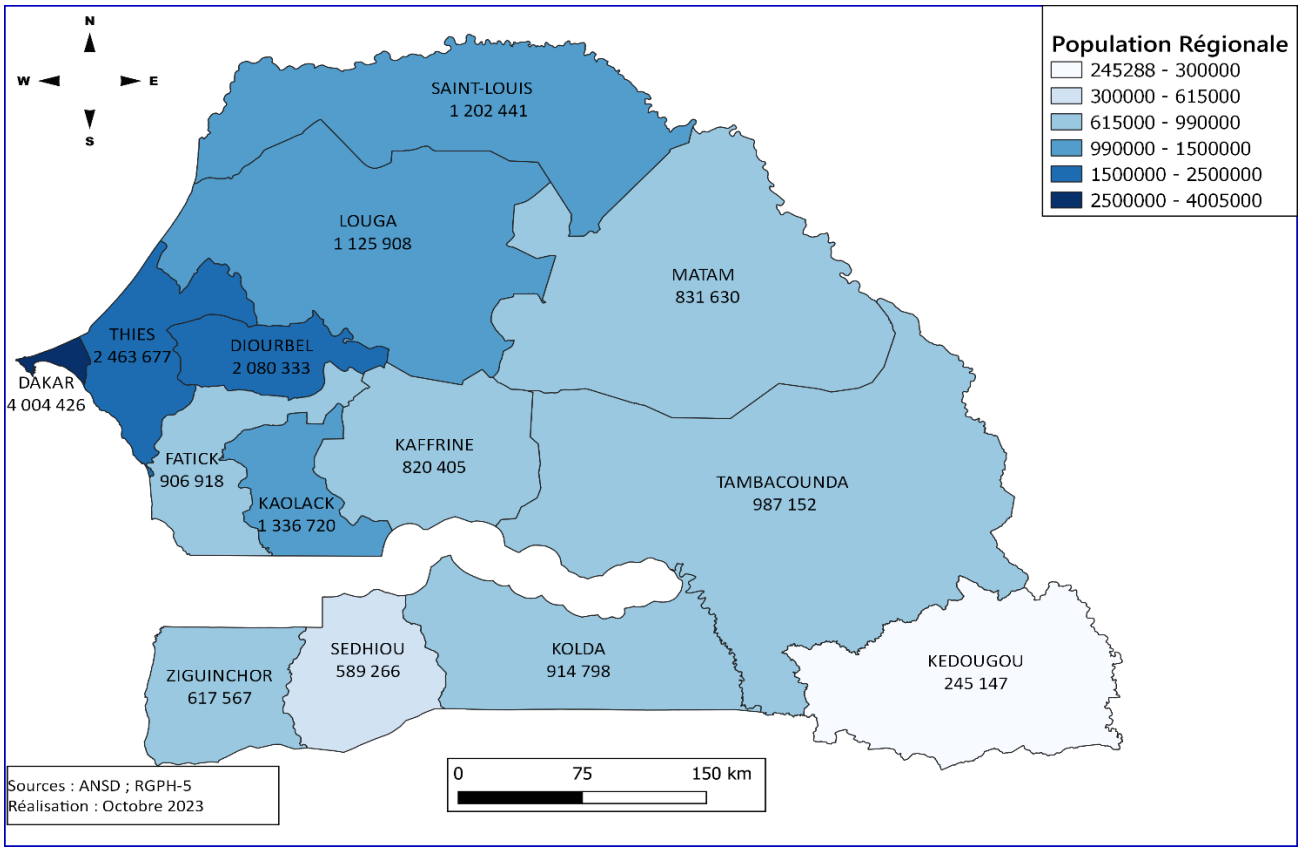


Figure 4: Répartition de la population par région en 2023 (ANSD, RGPH-5, 2023)

La densité de la population, initialement à 65 habitants au kilomètre carré (km$^{2)}$ en 2013, est passée à 92 habitants au km^2 en 2023. La région de Dakar se démarque des autres avec une densité de 7 478 habitants au km^2. Toutefois, les régions de Diourbel (428), de Thiès (374) et de Kaolack (252) se caractérisent aussi par des densités de peuplement au km^2 assez élevées. La région de Kédougou est la moins peuplée avec une densité de 15 habitants au km^2.[1]

I.3 Situation économique

I.3.1 Produit Intérieur Brut (PIB) et inflation

En 2022, l'activité économique interne a été singulièrement marquée par des tensions géopolitiques, notamment, la crise entre la Russie et l'Ukraine et l'embargo du Mali au premier semestre de l'année. L'économie du Sénégal est caractérisée par un taux de croissance du PIB réel qui est passé de 3,8% en 2022 à 4,6% en 2023[2].

[1] ANSD. RGPH-5, 2023
[2] Situation économique et financière 2023 et perspectives 2024.

L'inflation mesurée par l'indice national harmonisé des prix à la consommation (INHPC) est ressortie à 5,9% en 2023 contre 9,7% en 2022. Cette valeur en 2023 est expliquée par le renchérissement des produits alimentaire.

I.3.2 Chômage

Le taux de chômage élargi est estimé à 22,3% au quatrième trimestre de 2023 au niveau national contre 21,9% sur la même période en 2022, soit une légère hausse de 0,4 point de pourcentage. Il est plus élevé en milieu rural (24,3%) qu'en milieu urbain (20,3%) ; aussi les femmes (35,0%) sont plus touchées que les hommes (12,7%)[3].

Selon l'Enquête harmonisée des Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) 2018 -2019 de l'ANSD, le taux de chômage est estimé à 12,9% à Dakar urbain, 12,3% dans les autres milieux urbains et 10,4% en milieu rural.

Au niveau régional, Matam (27,7%), Ziguinchor (19,6%) et Kaffrine (16%) ont les taux de chômage élargi les plus élevés. Il s'ensuit Sédhiou et Dakar avec respectivement 13,2% et 12,7%. Le plus faible taux est noté dans la région de Kédougou (3,7%).

I.3.3 Pauvreté

Le taux de pauvreté est passé de 37,8 % en 2018-2019 à 37,5 % en 2021-2022[4] , soit une baisse de 0,3 point de pourcentage au niveau national. Malgré cette baisse, le nombre de personnes pauvres a augmenté au Sénégal en passant de 6 032 379 en 2018- 2019 à 6 553 429 en 2021-2022 soit une augmentation de 521 373 personnes pauvres.

Par rapport au milieu de résidence, la pauvreté est plus accentuée en milieu rural (53,3%) qu'en milieu urbain (20%).

En ce qui concerne le niveau de pauvreté par région, Kédougou (65,7%), Sédhiou (64,4%), Tambacounda (62,8%), Kolda (62,5%), Kaffrine (58,2%) et Kaolack (49,6%) sont les régions les plus touchées. Par contre, la région de Dakar de par ses opportunités économiques présente le niveau de pauvreté le plus bas avec moins d'une personne sur dix, soit un taux de 9,3%. Elle est suivie de la région de Thiès où 29,9%de la population sont touchées par la pauvreté.

I.4 Contexte socio-culturel

Le Sénégal jouit d'une riche diversité ethnique. Les principales ethnies sont le Wolof représentant 53,5% de la population, le Pulaar (26,2%), le Sérère (9,6%), le Mandingue (2,8%) et le Diola (2,9%).

[3] Rapport ENES T4 2023 ANSD
[4] EHCVM 2021-2022

Divers autres groupes et sous-groupes ethniques composent les 5% restants : Arabes hasanyas, Manjackes, Balantes, Bambaras, Arabes d'origine libano-syrienne, etc.[5]. Le français est la langue officielle du pays. La langue majoritairement parlée est le Wolof.

Sur le plan religieux, la population du Sénégal est composée majoritairement de musulmans (94,7%). Les chrétiens représentent 4,9% tandis que les autres religions concernent 0,4% de la population [6].

II. Système de santé

II.1 Politique nationale de santé

Les orientations politiques et stratégiques du secteur de la santé pour l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD) sont déclinées dans la lettre de politique sectorielle de développement de la santé et de l'Action sociale.

Arrimé à cette dernière, le PNDSS 2019-2028 énonce les objectifs du gouvernement dans ce domaine et régit la manière dont ces objectifs seront atteints. Ce plan, élaboré après trois cycles de planification stratégique, repose sur la vision « **d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé et d'Action sociale de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé et de bien-être économiquement et socialement productif ».**

Son objectif est de contribuer à l'amélioration des conditions de vie socio-sanitaires de la population sénégalaise sans aucune forme d'exclusion. Avec la mise en œuvre du PNDSS 2019-2028, trois résultats sont attendus au niveau sectoriel :

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

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

[5] RHPH-5
[6] PNDSS 2019 - 2028

II.2 Organisation du système de santé

L'organisation du secteur socio-sanitaire est de type pyramidal (figure 5), adossée au découpage administratif du pays.

Elle comprend :

- un niveau central qui regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions générales, les Directions nationales, les services centraux rattachés, les Centres Nationaux de Réinsertion Sociale (CNRS) et les Établissements Publics de Santé de niveau 3 ;
- un niveau intermédiaire stratégique qui regroupe les Directions régionales de la Santé (DRS), les Brigades régionales de l'Hygiène (BRH), les Directions régionales de l'Action sociale (DRAS), les Centres Régionaux de Formation de la Santé (CRFS) et les Établissements Publics de Santé (EPS) de niveau 2 ;
- un niveau périphérique opérationnel avec les Districts Sanitaires, les Sous-Brigades de l'Hygiène (SBH), les Services départementaux de l'Action sociale (SDAS), les Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS), les Établissements Publics de Santé de niveau 1, les centres de santé (CS) de type 1 et 2 et les postes de santé (PS).

II.3 Organisation de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant

Pour répondre aux priorités nationales dans les domaines de la santé de la reproduction, de la mère , de l'enfant et de l'Adolescent, le Sénégal a mis en place la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant qui comprend :

- la Division de la Santé de la Mère et du Nouveau-né (DSMNN) ;
- la Division de la Survie de l'Enfant (DSE);
- la Division de la Santé de l'Adolescent (DSA) ;
- la Division de l'Alimentation et de la Nutrition (DAN) ;
- la Division de la Planification Familiale (DPF) ;
- la Cellule de la Planification, du Suivi-Evaluation et de la Recherche (CPSER) ;
- la Cellule de la Promotion et du Partenariat (CPP) ;
- la Cellule Logistique (LOG) ;
- le Bureau Qualité (BQ) ;
- le Bureau de Gestion (BG).

II.4 Multisectorialité et participation communautaire

Conformément aux recommandations internationales, le gouvernement du Sénégal a fait de l'approche multisectorielle la stratégie d'intervention de toutes les politiques de la SRMNIA-N.

Cette approche vise essentiellement à :

- prendre en charge la problématique de la SRMNIA-N dans toutes ses dimensions en accélérant les actions visant à lutter contre les déterminants de la mortalité maternelle, néonatale ,infanto-juvénile et des adolescents ;
- renforcer les synergies d'action dans le but d'accroitre l'impact des interventions de la SRMNIA-N qui sont mises en œuvre à l'échelle du pays ;
- renforcer l'engagement du gouvernement en faveur de la SRMNIA-N.

Les populations, à travers leurs différents groupes organisés, sont au centre du développement de la santé communautaire. En effet, elles participent activement à la planification, la prise de décision, la mise en œuvre, la mobilisation de ressources additionnelles, le suivi des interventions menées.

II.5 Résilience du système face aux urgences sanitaires

La maîtrise des risques sanitaires constitue un enjeu stratégique majeur, qu'ils soient de nature biologique, technologique, environnementale ou sociétale.

Dans ce cadre, le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) du Sénégal s'est fixé comme mission de prévenir, détecter et répondre efficacement aux situations d'urgence afin de minimiser les conséquences sanitaires des situations de crise. Ainsi, la collaboration avec les parties prenantes aux niveaux sectoriel et multisectoriel a abouti à de nombreuses réalisations visant à renforcer la résilience face aux urgences sanitaires[7]. Il s'agit de :

- La mise en place d'un cadre multisectoriel fonctionnel pour la prévention et la gestion des crises sanitaires ;
- Le développement d'une plateforme interactive de cartographie à temps réel des ressources disponibles et des risques sanitaires pour chaque région ;
- Le renforcement de la surveillance à base communautaire avec l'utilisation de la plateforme m-infoSanté, qui permet la notification précoce des événements survenant au sein de la communauté ;
- Le développement des capacités du système de gestion des crises sanitaires au sein du secteur de la santé et des autres secteurs.

[7] COUS. Plan stratégique national 2019 - 2023

CHAPITRE II :

ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA RÉPONSE DE LA SRMNIA-N

ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE DE LA SRMNIA-N

III. Analyse de la situation

III.1 Indicateurs d'impact

III.1.1 Rapport de mortalité maternelle (RMM)

Il mesure le risque de décès maternel chez les femmes survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite (OMS, 1993).

Le rapport de mortalité maternelle n'a été renseigné que dans les deux EDS 2017 et 2023. Il est passé de 236 pour 100 000 naissances vivantes en 2017 à 153 pour 100 000 naissances vivantes en 2023. Même si ce taux reste élevé, la tendance montre qu'il y a eu des améliorations grâce aux efforts du gouvernement et des partenaires au développement. Toutefois, ces résultats cachent des disparités entre les différentes régions, les milieux de résidence et les différents groupes socio-économiques. En suivant les tendances actuelles, l'écart par rapport aux ODD est important et ces objectifs risquent de ne pas être atteints si la tendance actuelle de réduction annuelle est maintenue. Par conséquent, des efforts soutenus doivent être déployés afin que le Sénégal atteigne les ODD en 2030 où la cible est de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes avec une réduction annuelle d'au moins 10%.

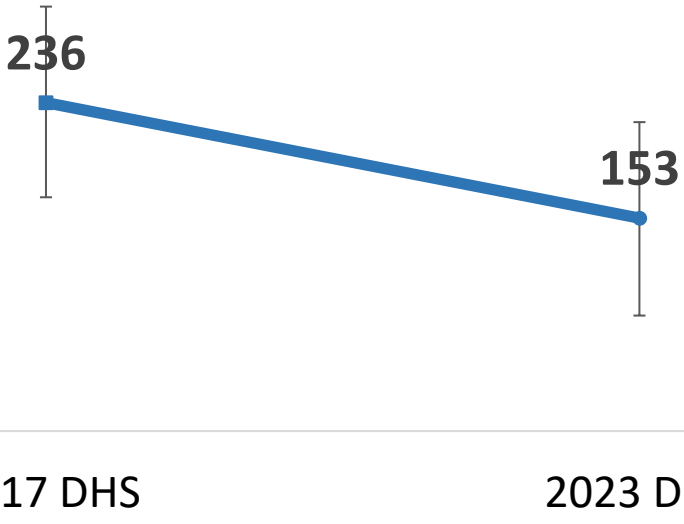


Figure 5: Évolution du rapport de mortalité maternelle (EDS)

Globalement trois (3) retards, identifiés selon le modèle THADDEUS de 1994, contribuent aux décès maternels dans les pays en développement comme le Sénégal : (i) le retard dans la prise de décision pour recourir à une structure sanitaire ; (ii) le retard pour arriver dans une structure sanitaire ; (iii) le retard pour recevoir des soins adéquats dans la structure sanitaire.

Les facteurs contributifs à ces retards sont les principaux déterminants liés à la mortalité maternelle parmi lesquels :

- Le faible pouvoir de décision des femmes ;
- La faible implication des hommes dans la promotion de la SRMNIA-N;
- L'insuffisance d'autonomie financière des femmes ;
- Les croyances socio-culturelles ;
- La faible connaissance des besoins et des opportunités de recours aux soins et services ;
- L'inaccessibilité géographique et financière ;
- L'insuffisance de ressources humaines qualifiées et d'équipements dans les structures ;
- L'insuffisance de la couverture en infrastructures sanitaires ;
- L'insuffisance des moyens de référence (ambulances médicalisées)

III.1.2 Rapport de Mortalité liée à la Grossesse (RMG)

La mortalité liée à la grossesse est un terme plus large et inclut non seulement les décès maternels (comme précédemment décrits), mais aussi les décès dus à toute cause survenue pendant la période de la grossesse (y compris accidents et violence). Autrement dit, cette catégorie englobe tous les décès de femmes enceintes, qu'ils soient directement liés aux complications de la grossesse ou non. Contrairement au rapport de mortalité maternelle, le rapport de mortalité liée à la grossesse est renseigné dans les EDS depuis 1992. Elle a connu une tendance baissière de 1992 à 2023 passant de 498 à 154 pour 100 000 naissances vivantes.

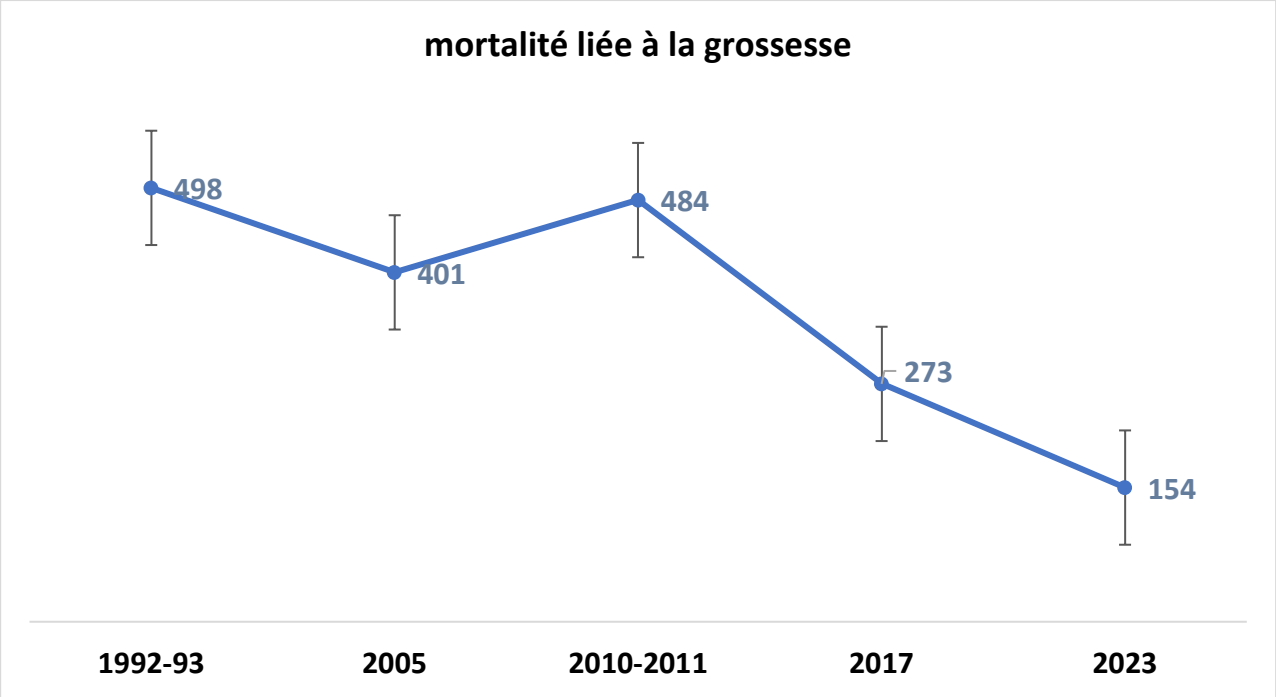


Figure 6 : Évolution du rapport de mortalité liée à la grossesse (EDS)

III.1.3 Mortalité néonatale

Selon les données des EDS, l'évolution de la mortalité néonatale montre une diminution de 12 points entre 2005 (35‰) et 2015 (23‰). Sur la période 2015-2023, l'évolution est en dents de scie, avec un pic à 28‰ en 2017 suivi d'une baisse jusqu'à 21‰ en 2019 avant de remonter à 23‰ en 2023. Ainsi, des efforts plus importants seront nécessaires pour l'atteinte de l'objectif de 12 ‰ naissances vivantes d'ici 2030.

En 2023, le quotient de mortalité néonatale est plus élevé chez les enfants de sexe masculin (27‰ contre 20‰ chez les enfants de sexe féminin)[8], en milieu rural (26‰ contre 18‰ en milieu urbain).

La figure 8 présente l'évolution du quotient de mortalité néonatale entre 2005 et 2023.

[8] EDS 2023

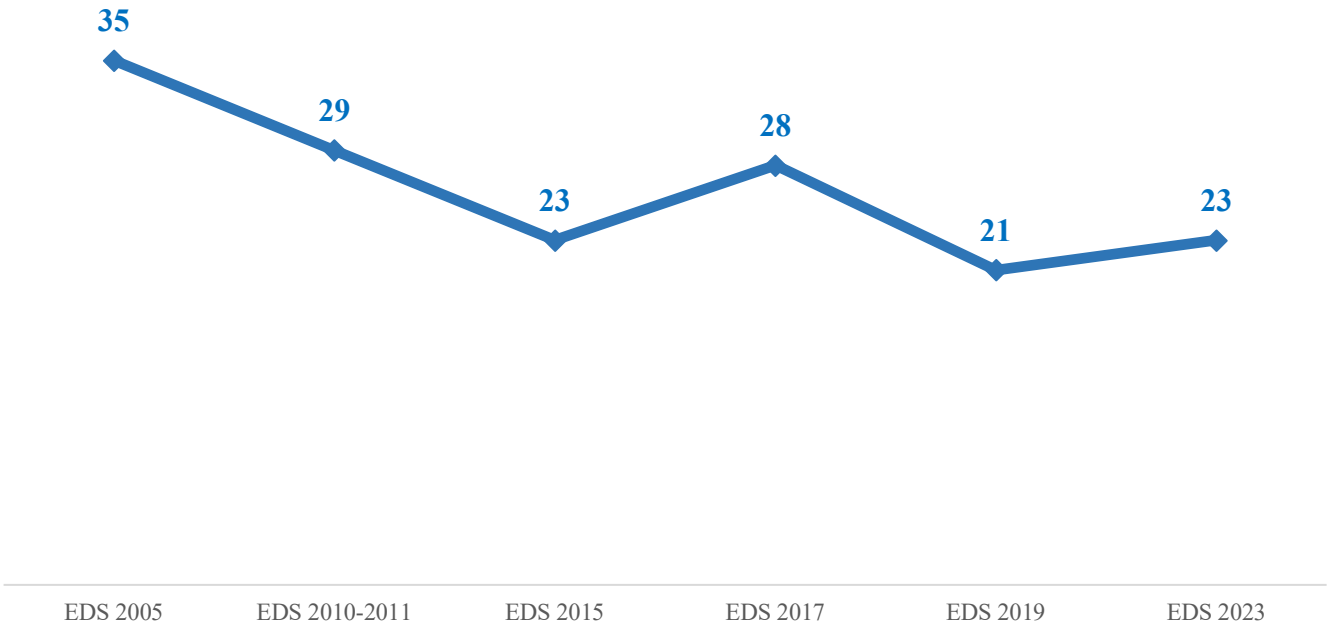


Figure 7 : Évolution du quotient de la mortalité néonatale (‰) (EDS)

Une grande disparité dans les taux de mortalité néonatale est observée entre les différentes régions du pays, allant de 9 à 40 pour 1000 NV. Sédhiou est la région la plus touchée avec un taux de 40 décès pour 1000 NV suivie de près par Kolda (39‰) puis Louga et Kaffrine (34‰). Ziguinchor a le taux le plus bas avec seulement 9 décès pour 1000 NV, suivi de Kaolack avec 11‰. Dakar, la capitale, présente un taux relativement bas de 16 pour 1000 NV.

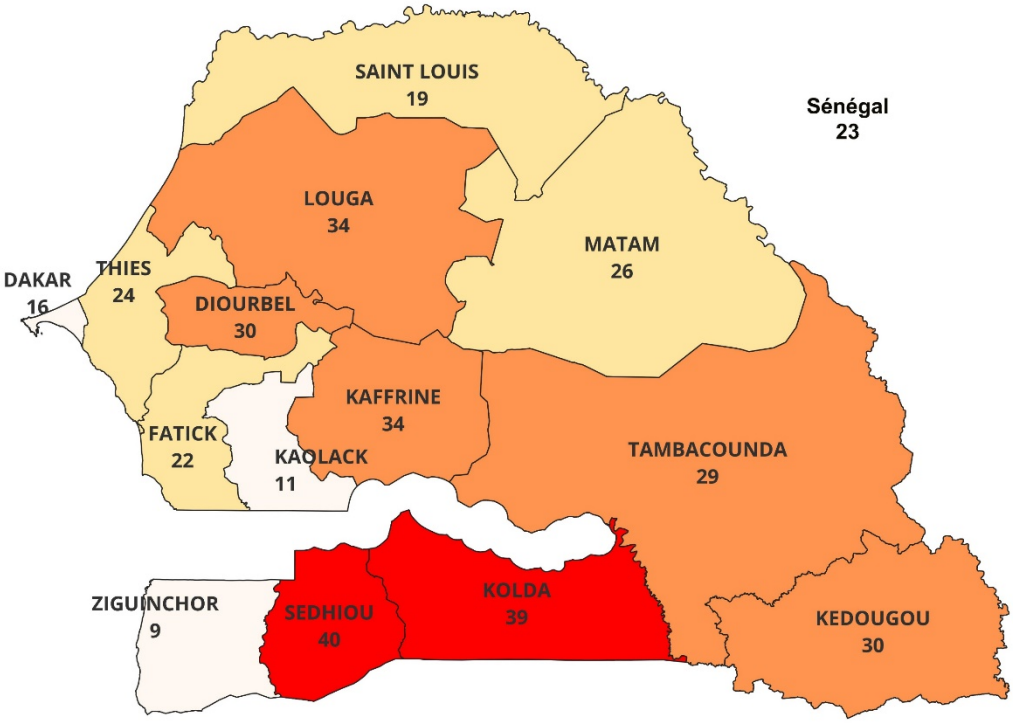


Figure 8 : Taux de la mortalité néonatale par région (EDS 2023)

Les principales causes de décès néonatals sont la prématurité, les asphyxies, les infections néonatales (figure 10). Ces causes sont attribuables à la qualité de la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum.

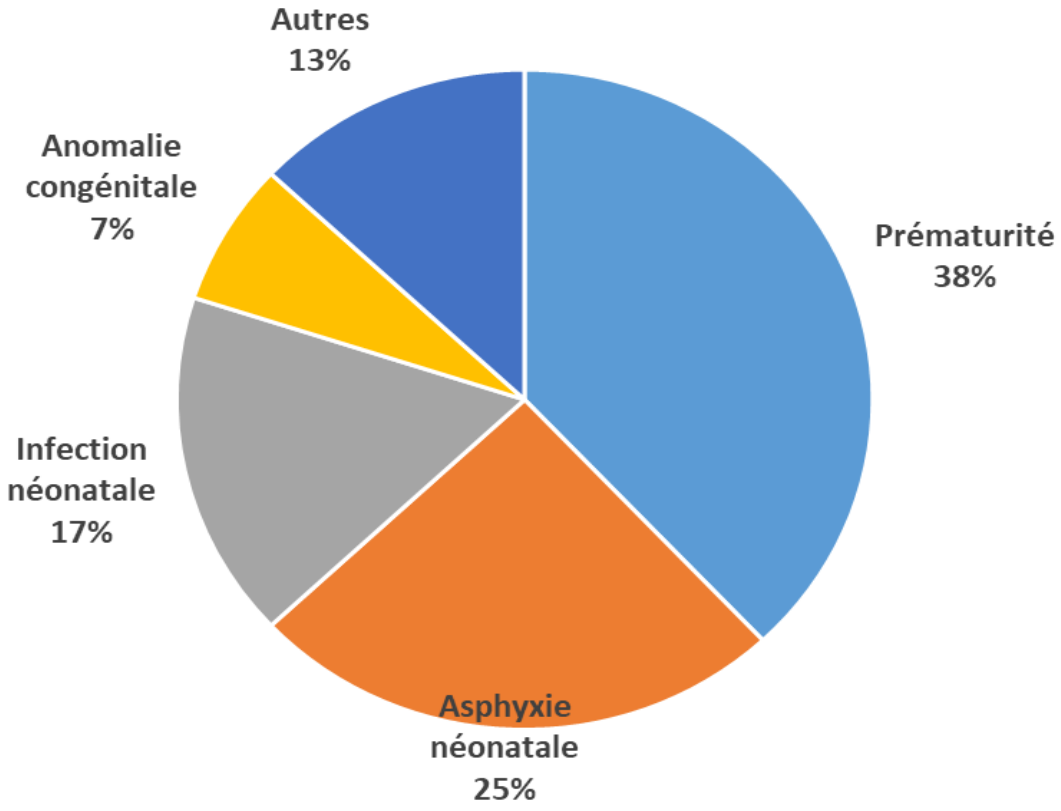


Figure 9 : Causes de décès néonatals (Countdown 2019)

III.1.4 Mortalité infantile et infanto-juvénile

Les quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile ont connu une tendance à la baisse entre 2005 et 2019, passant de 61‰ à 29‰, soit un gain de 32 points. Cependant, en 2023 cet indicateur a subi une légère hausse en atteignant 31‰. L'analyse des performances montre que si la première tendance était maintenue, le pays aurait atteint l'ODD 3.2 à l'horizon 2030 qui est de 25 ‰ naissances vivantes au plus pour la mortalité des enfants de moins de 5 ans. En ce qui concerne la mortalité infanto-juvénile, la tendance est similaire à celle de la mortalité infantile. L'évolution de la mortalité infantile et infanto-juvénile de 2005 à 2023 est représentée par la figure 11.

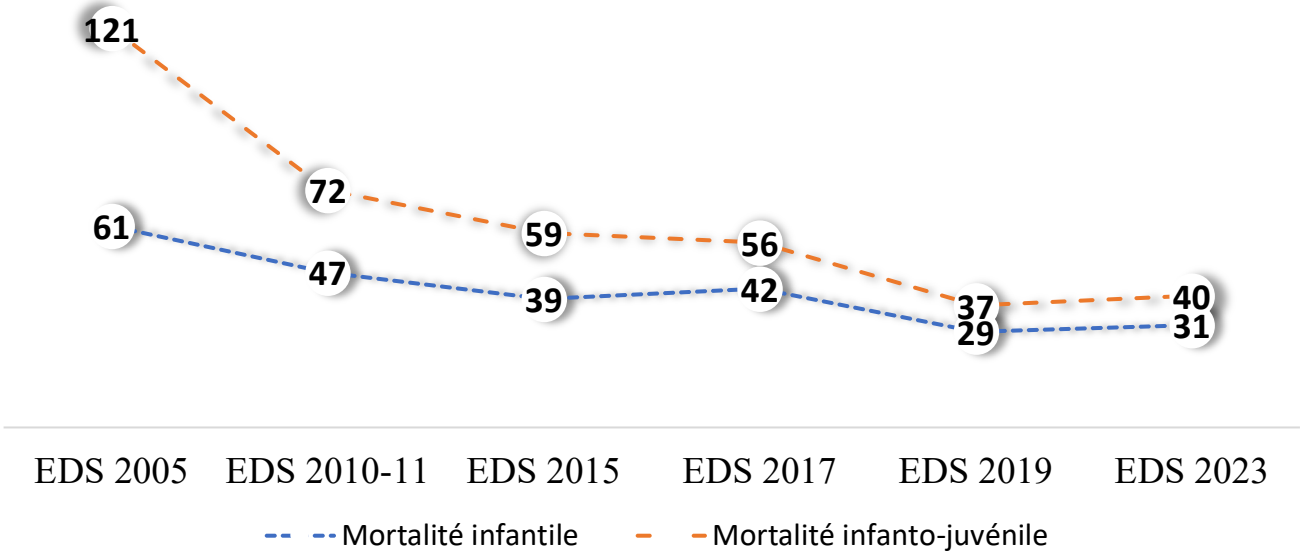


Figure 10 : Évolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 2005 à 2023 (EDS)

Comme le montre la figure 12, le taux de mortalité infantile varie considérablement entre les régions, allant de 17 à 58‰ NV avec une moyenne de 31‰ NV. Les régions qui présentent les taux les plus élevés sont Sédhiou et Kolda avec respectivement 58‰ et 54‰ NV. Louga (43‰), Kaffrine (44‰) et Kédougou (43‰) ont également des taux élevés. La région la moins touchée est Ziguinchor (17‰ NV) suivi de Kaolack (19‰ NV) et Dakar (20‰ NV)

Les taux de mortalité infanto-juvénile montrent des écarts encore plus importants (figure 12), allant de 20 à 77‰ NV avec une moyenne de 40‰ NV. La région de Kolda enregistre le taux le plus élevé (77‰), suivie de près par la région de Sédhiou (71‰ NV).

Les régions de Kédougou (63‰) et Kaffrine (62‰) présentent également des taux très élevés. Par ailleurs, la région de Ziguinchor enregistre le taux le plus bas avec 20‰ NV suivie de Dakar avec 25‰. Kaolack (29‰) et Saint-Louis (31‰) présentent des taux inférieurs à la moyenne (40‰).

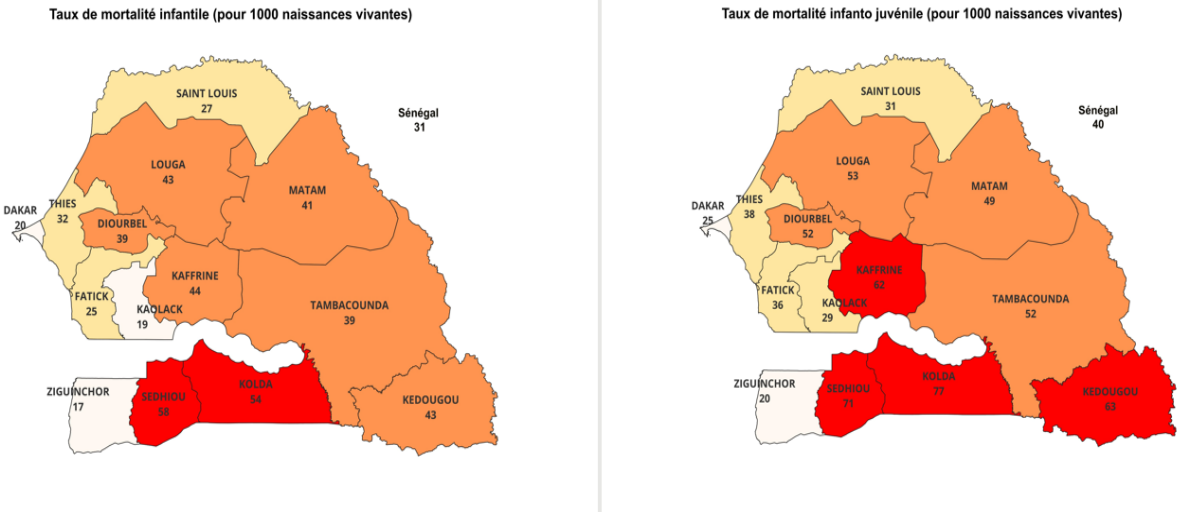


Figure 11 : Taux mortalité infantile et infanto juvénile par région (EDS 2023)

Les principales maladies infantiles qui peuvent entrainer le décès des enfants de moins de 5 ans au Sénégal sont la pneumonie, la diarrhée et le paludisme. La fièvre constitue l'un des symptômes du paludisme ou d'autres maladies. Pour 44% des enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des 2 semaines qui ont précédé l'interview, les parents ont recherché des conseils ou un traitement. En outre, 33% des enfants ayant eu la diarrhée ont reçu des SRO, 17% du zinc et 17% une association de SRO et de zinc. Plus d'un enfant sur dix ayant eu la diarrhée (13%) a reçu des SRO, du zinc et a continué à être alimenté. Pour les enfants de moins de 5 ans ayant présenté des symptômes d'Infections respiratoires aiguës (IRA) au cours des 2 semaines qui ont précédé l'interview, un traitement ou des conseils ont été recherchés pour 59% de ces enfants malades. Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines qui ont précédé l'interview, 42% ont bénéficié de conseils ou d'un traitement[9].

III.2 Offre de service

III.2.1 Santé de la mère

III.2.1.1 Achèvement en CPN

L'analyse des résultats montre que le taux d'achèvement en consultation prénatale a évolué en dent de scie au cours de la mise en œuvre du PS SRMNIA 2016-2020 malgré un bon de 17,4 points par rapport à la situation de 2015. Sur toute la période de mise en œuvre du PS SRMNIA, les cibles escomptées n'ont pas été atteintes, comme le montre la figure 13.

[9] EDS 2023

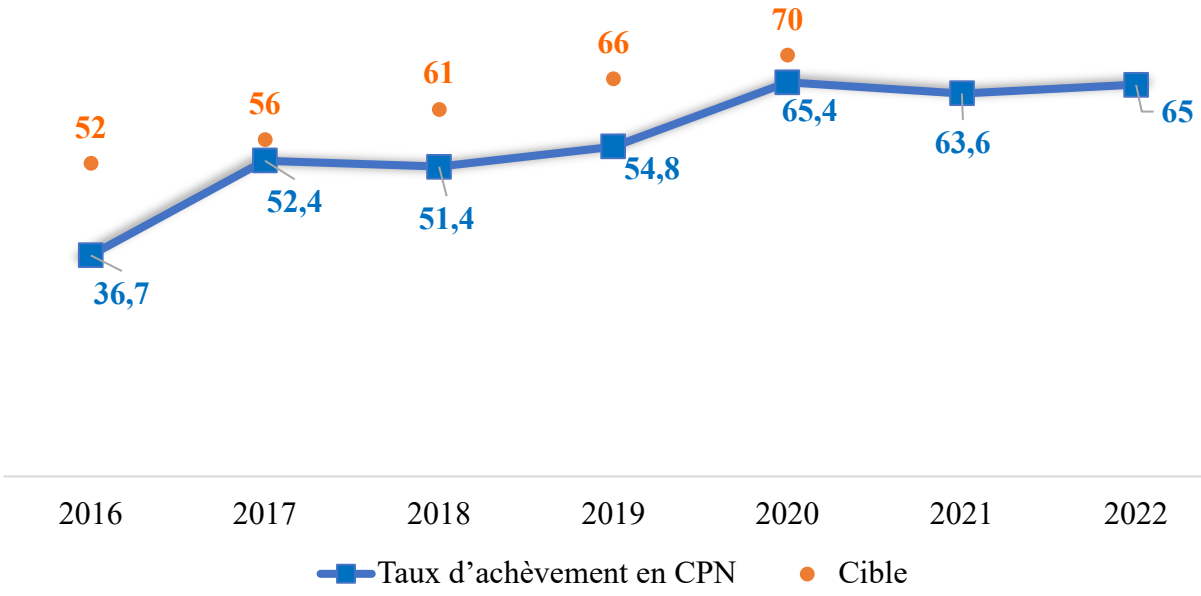


Figure 12 : Taux d'achèvement en consultation prénatale (DHIS2)

L'analyse des données désagrégées montre que les cibles n'ont pas été atteintes dans la majorité des régions. La meilleure performance est réalisée en 2020 avec seulement cinq régions ayant atteint l'objectif de 70% sur les 14 soit 35,7%. Ces résultats ont été obtenus à Ziguinchor, Louga, Kaolack, Kaffrine et Fatick. Les régions de Dakar et de Thiès ont eu des résultats moyens. Les régions de Kédougou, de Matam, de Tambacounda, de Sédhiou, de Diourbel, de Saint-Louis et de Kolda ont eu les taux cumulés les plus faibles comme le montre la figure 14.

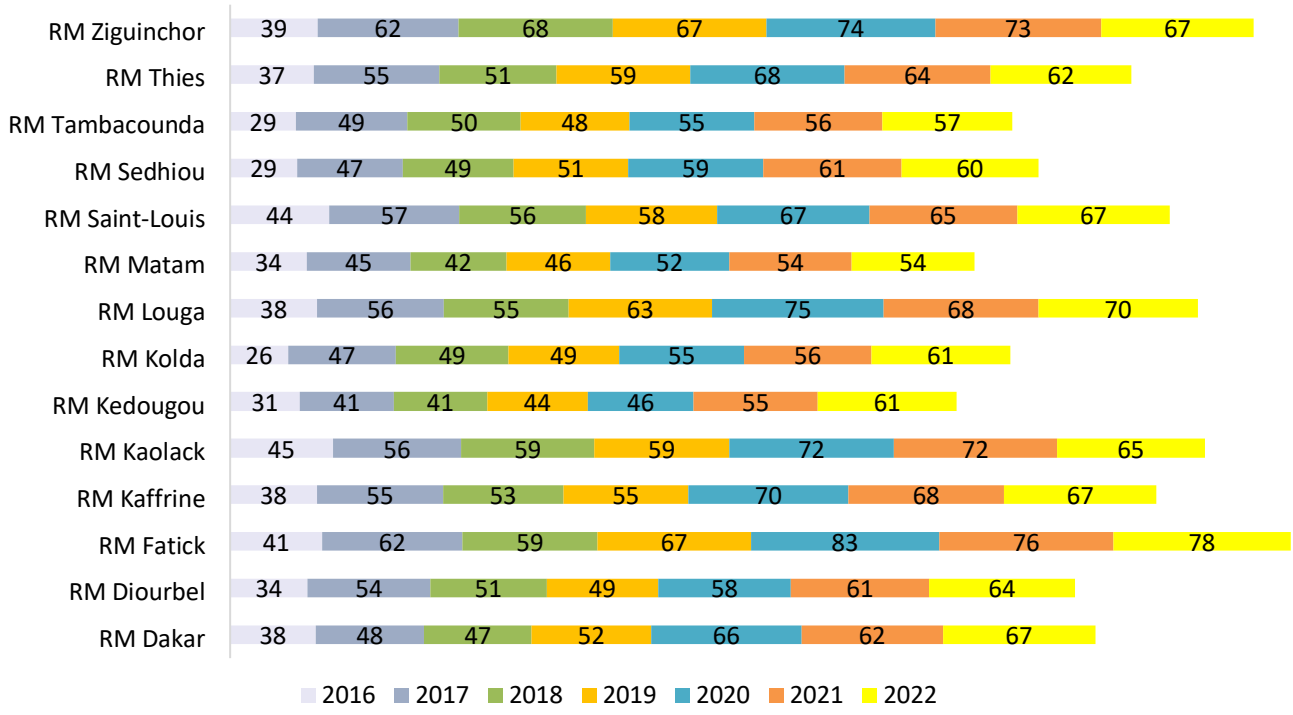


Figure 13 : Évolution du taux d'achèvement en consultation prénatale au niveau régional (DHIS2)

Les contreperformances pourraient s'expliquer par :

- l'inaccessibilité géographique, financière et la mobilité de la population ;
- le recours tardif aux consultations prénatales (CPN) ;
- les pesanteurs socio-culturelles (grossesses cachées au 1er trimestre) ;
- la faible capitalisation des données du secteur privé de santé ;
- la rétention des informations sanitaires liée aux mouvements d'humeur du personnel de santé entre 2021, 2022 et 2023.

III.2.1.2 Proportion de mères ayant effectué 4 CPN et plus

Selon l'EDS 2023, bien que la quasi-totalité des femmes (97%) ait reçu des soins prénatals par un personnel qualifié, seulement 68% ont effectué au moins les quatre visites recommandées. Cette proportion a augmenté comparativement à celle de 2019 (56%). Cependant, elle est plus élevée chez les femmes en milieu urbain qu'en milieu rural, soit 72% contre 66%. Elle est d'autant plus importante chez les femmes ayant un niveau d'instruction moyen/secondaire ou plus (77%) par rapport aux femmes n'ayant aucun niveau d'instruction (63%).

Selon les données désagrégées par région, le niveau de cet indicateur est plus important à Kaolack (77%) contre 50% à Matam où il y'a le taux le plus faible.

La figure 15 présente les proportions des mères ayant effectué 4 CPN et plus selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction.

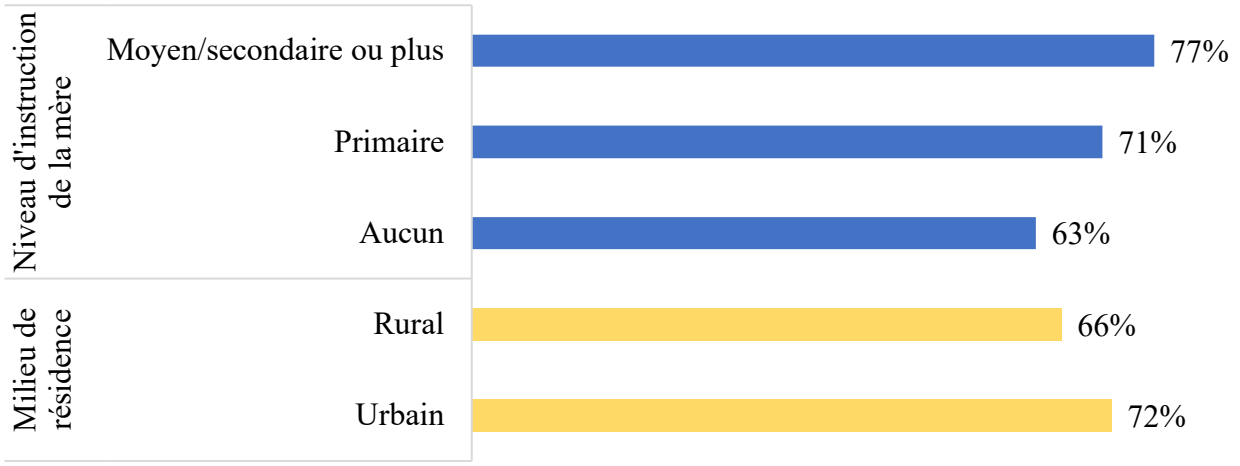


Figure 14 : Proportion de mères ayant effectué 4 CPN et plus selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction (EDS 2023)

Selon l'EDS 2023, les régions de Tambacounda (65%), Saint-Louis (63%), Kédougou (58%), Sédhiou (52%) et Matam (50%) ont des couvertures en 4 CPN les plus faibles, c'est-à-dire en deçà de la cible nationale (68%). La figure 16 présente les proportions des mères ayant effectué 4 CPN selon la région.

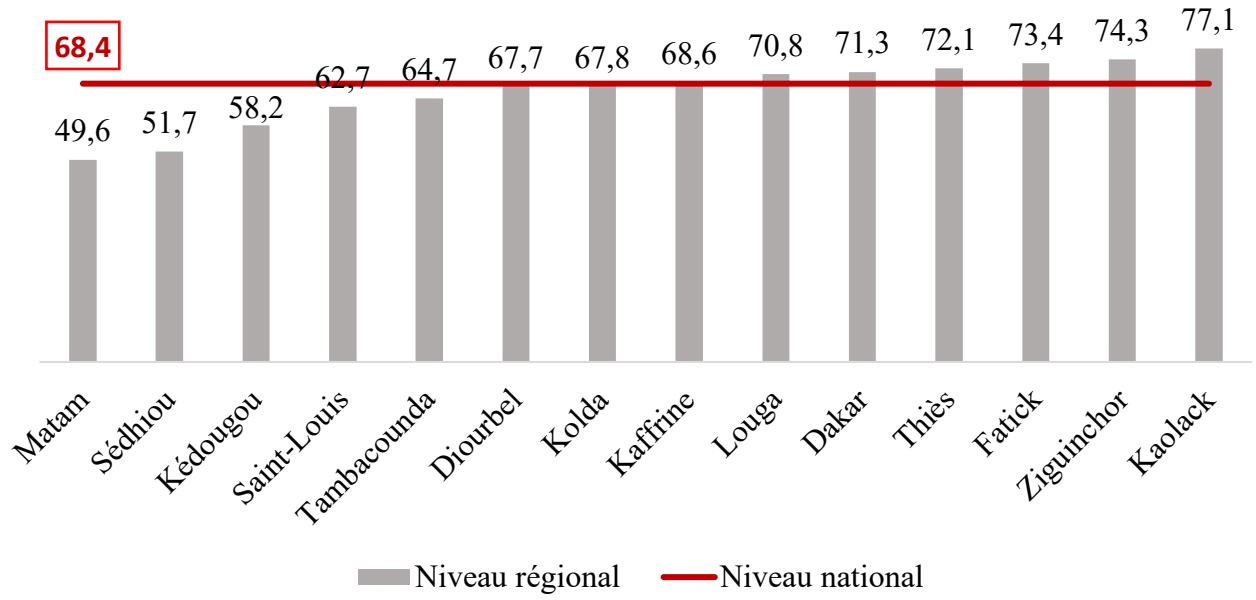


Figure 15 : Proportion de mères ayant effectué 4 CPN et plus par région (EDS 2023)

Selon les résultats de l'enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) de 2019, l'offre des services en CPN au Sénégal est disponible dans 77% des structures de santé. Ces services sont plus offerts dans les hôpitaux (84%) que dans les postes de santé (76%). Dans le secteur public, la disponibilité de ces services est quasi générale (99%) contre seulement 39% dans le secteur privé[10].

Les CPN offrent une opportunité de sensibilisation sur l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (eTME), les moyens de prévention contre le paludisme et aussi d'autres maladies.

En 2022, les résultats programmatiques ont permis de noter que le taux de séropositivité du VIH était de 0,13% chez les femmes enceintes.

Les résultats obtenus dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'accélération de l'eTME ayant débuté en 2018, montrent une progression de la proportion de femmes enceintes dépistées qui passe de 76% à 85,3% entre 2018 et 2022, soit un gain de 9,3 points. La couverture des femmes enceintes séropositives qui ont reçu des ARV est passée de 64% à 70% entre 2018 et 2022, soit un gain de 6 points[11].

Concernant la protection contre le tétanos néonatal, 59,1% des naissances vivantes au cours des deux dernières années ont été protégées (EDS 2023). Cette proportion est plus importante en milieu urbain (62,7%) contre 56,8% en milieu rural.

Pour la prévention du paludisme, les données de l'EDS de 2023, le pourcentage de femmes enceintes ayant utilisé une MILDA la nuit avant l'interview était plus élevé en milieu urbain que rural (58 % contre 50 %)[12].

III.2.1.3 Couverture en Sulfadoxine-pyriméthamine (SP)

L'infection paludique lors de la grossesse constitue un défi majeur comportant des risques considérables pour la mère, le fœtus et le nouveau-né. Ainsi, dans le PS SRMNIA de 2016-2020, il a été retenu la mise à l'échelle de l'administration d'un Traitement Préventif Intermittent (TPI) à la Sulfadoxine-pyriméthamine (SP) lors de la grossesse selon les recommandations de l'OMS qui consistent à mettre en œuvre un ensemble de mesures afin de lutter contre le paludisme et ses effets au cours de la grossesse.

[10] EDS, enquête CPS 2019
[11] Rapport CNLS 2022
[12] EIPS 2020-2021

Dans la mise en œuvre du PS SRMNIA 2016-2020, l'objectif est d'avoir une couverture minimale de 80% chaque année et à la fin de l'année 2020 à 83%. En fin de mise en œuvre du plan, malgré une augmentation de la couverture d'une année à une autre, les cibles du cadre de performance ne sont pas atteintes comme le montre la figure 17. Les performances sont passées de 44% à 63% en 2020, soit un gap de 20 points par rapport à la cible finale. Entre 2018 et 2020, on note une progression plus importante qui pourrait s'expliquer par : (i) la disponibilité et la gratuité effective de la SP, (ii) le changement de l'objectif SP2 en SP3 à partir de 2018 et (iii) la mise en œuvre d'une stratégie novatrice du TPI communautaire couplée aux efforts de communication. L'analyse des pas de progression annuelle montre une augmentation entre 0,5% et 9,8%.

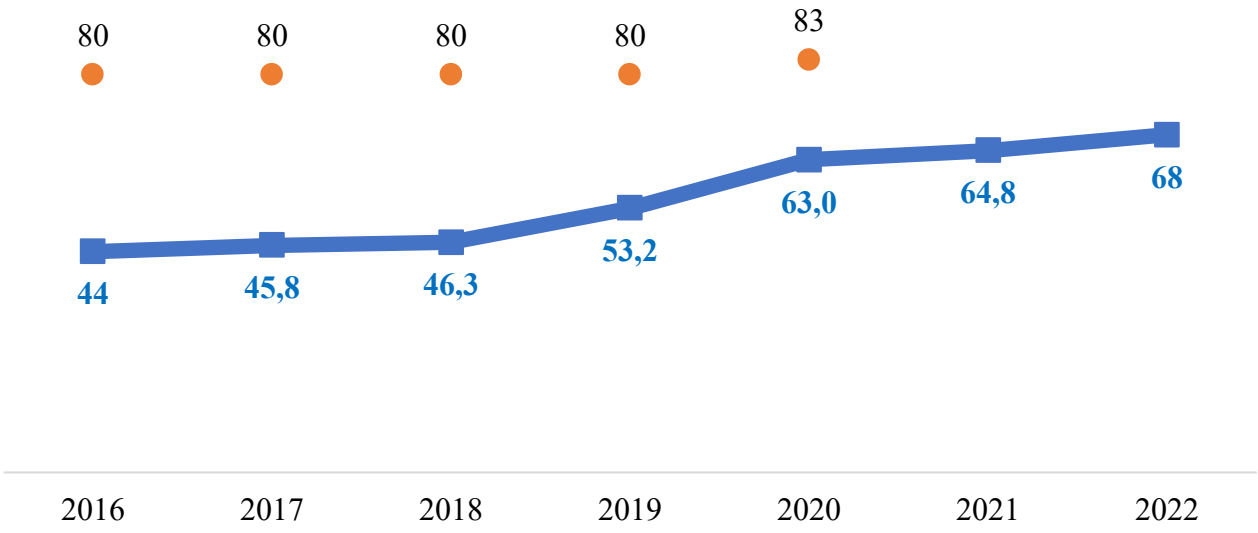


Figure 16 : Taux de couverture en SP (DHIS2)

L'analyse montre qu'aucune des régions n'a atteint la cible de 80% pendant toute la période de la mise en œuvre du PS SRMNIA (figure 18). En 2020, seules cinq régions sur 14 ont pu atteindre 65% au moins. Il s'agit de : Ziguinchor, Louga, Kaolack, Fatick et Kaffrine.

Ces contreperformances seraient liées : (i) aux ruptures de SP de 2016 à 2018 ; (ii) aux mouvements d'humeur des prestataires (2018, 2021 et 2022) avec la rétention des informations sanitaires ; (iii) à l'insuffisance dans la communication ; (iv) à un non-respect des rendez-vous pour les CPN et aux consultations prénatales tardives ; (v) à la faible intégration de certains services lors des stratégies avancées ; (vi) à la non effectivité du TPI communautaire dans tous les PPS ; (vii) à la mobilité de la population ; (viii) à l'inaccessibilité géographique de certaines zones durant la saison des pluies malgré les stratégies avancées et mobiles réalisées.

Cette situation témoigne des efforts importants et urgents à consentir pour réduire les risques considérables de paludisme chez la mère et son fœtus lors de la grossesse.

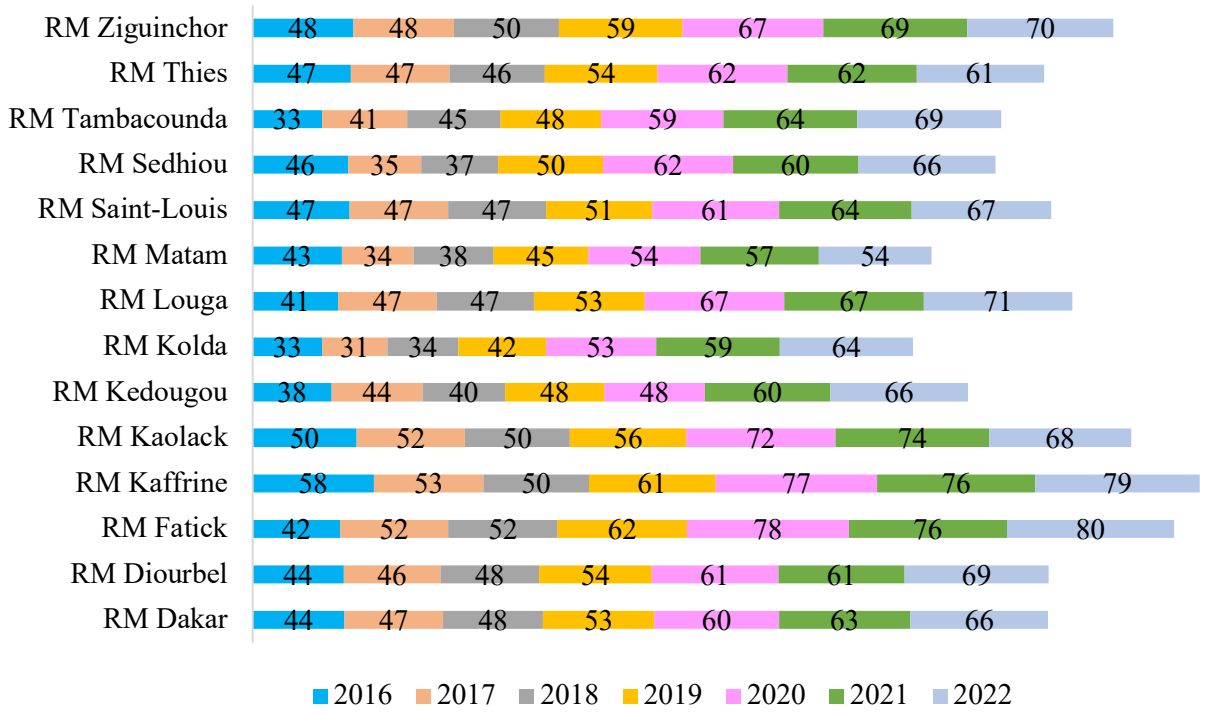


Figure 17 : Taux de couverture en SP par région (DHIS 2)

III.2.1.4 Dépistage du VIH

Malgré l'élargissement de l'offre de service, les cibles pour le dépistage du VIH pour les femmes enceintes ne sont pas atteintes. La couverture a évolué avec une hausse importante entre 2017 (51%) et 2019 (81%). Cette tendance à la hausse coïncide avec la mise en œuvre en 2018 du Plan d'accélération de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH (eTME) au Sénégal (figure 19).

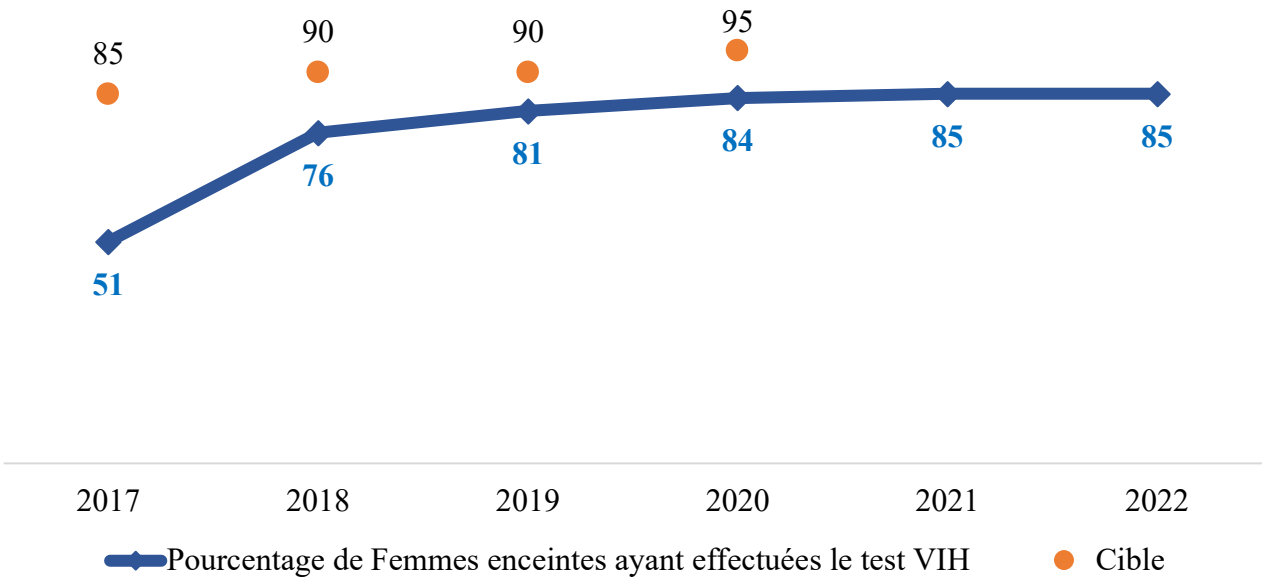


Figure 18 : Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué le test VIH au Sénégal entre 2017 et 2022 (DHIS2)

Cependant, la stagnation observée entre 2021 et 2022 pourrait-être imputée à la pandémie du Covid-19 en 2021 et au mouvement d'humeur en 2022 marqué par la rétention des informations sanitaires.

L'analyse des rapports de revue du CNLS révèle des déperditions sur toute la cascade de dépistage des femmes enceintes justifiant les résultats sous optimaux du dépistage. Chez les femmes enceintes reçues en CPN, les contreperformances suivantes ont été notées : (i) la proposition du test n'est pas systématique et cela traduit la non application des directives nationales par les prestataires ; (ii) parmi celles qui ont bénéficié de proposition, on note une proportion non négligeable qui n'a pas accepté le test ; ce qui pourrait relever de la qualité du counseling ; (iii) pour celles qui ont accepté de faire le test, une part non négligeable n'a pu en bénéficier du fait des ruptures de test Duo et/ ou de la faible intégration des services.

Selon la même source, parmi les femmes enceintes reçues en CPN sur la période 2018-2021, le test de dépistage du VIH n'a pas été proposé dans 40546 cas. Le test proposé n'a pas été accepté dans 97459 cas. Au total, 138 005 femmes enceintes ne connaissaient pas leur statut sérologique. Cette situation montre le volume important d'opportunités manquées de dépistage du VIH dans les structures sanitaires même si par ailleurs le gap a diminué d'une année à une autre. La non capitalisation des données du secteur privé de la santé est également évoquée. L'analyse montre que les régions de Diourbel, Ziguinchor, Matam et Dakar ont les taux de couverture les plus faibles comme le montre la figure 20. La surestimation des cibles est un des facteurs explicatifs de ces contreperformances pour certaines régions.

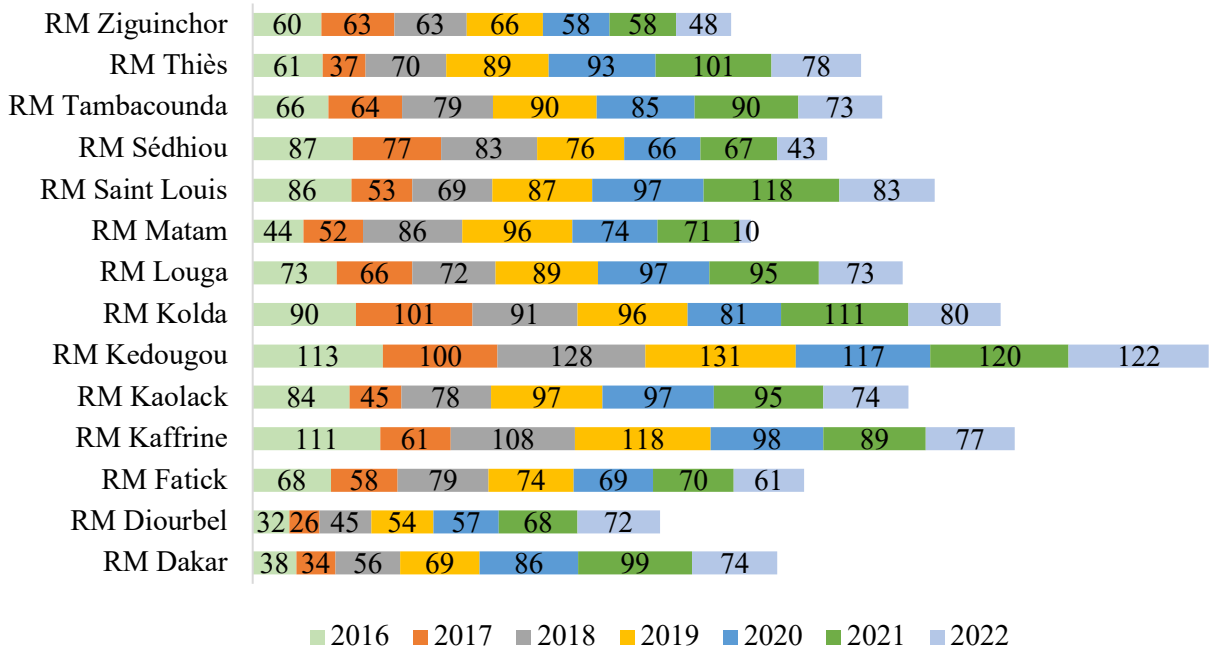


Figure 19 : Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué le test du VIH par région (DHIS2)

III.2.1.5 Couverture en Vaccination Antitétanique (VAT)

Le Sénégal à travers le Programme Elargi de Vaccination (PEV) fait partie des pays ayant éliminé le tétanos néonatal[13]. Le taux de couverture en VAT des femmes enceintes a connu une baisse de 2016 à 2022 avec un pic observé en 2018 (86,82%) témoignant une cible presque atteinte (87%) (figure 21).

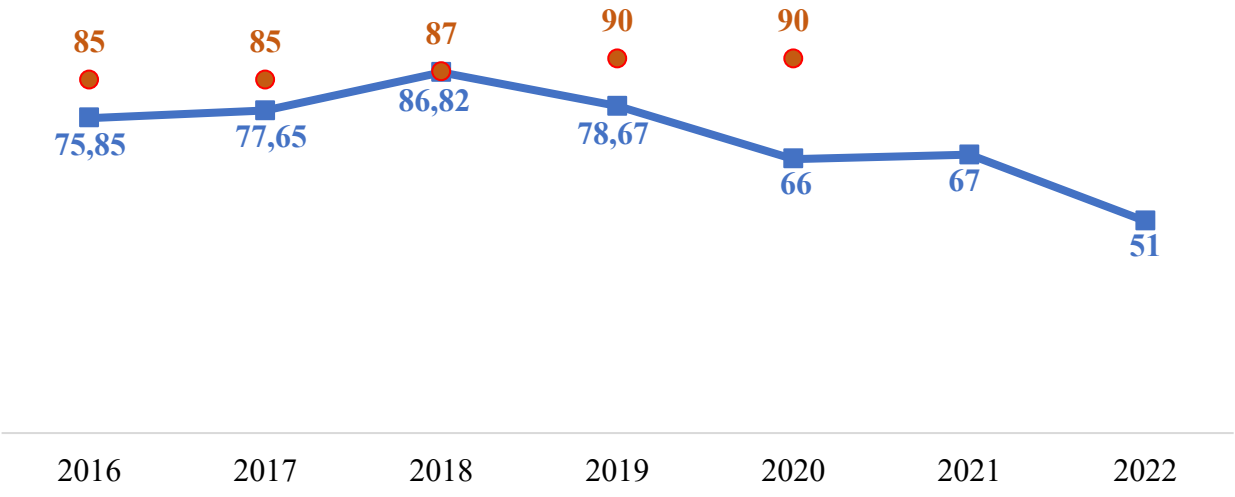


Figure 20 : Taux de couverture en VAT des femmes enceintes au niveau national

[13] OMS, 2011

En 2020, les performances les plus élevées ont été enregistrées dans les régions de Kédougou (86%), Kaolack (85) et Kaffrine (84%) tandis que les régions de Ziguinchor (45%), Matam (48%) et Fatick (54%) ont enregistré les plus faibles performances comme le montre la figure 22.

Il ressort des revues régionales que les contreperformances seraient liées à : (i) une insuffisance de la capitalisation des données du secteur privé de la santé (reporting) ; (ii) une surestimation de la cible ; (iii) des mouvements d'humeur des prestataires ; (iv) à la COVID 19 avec les rumeurs sur la vaccination ayant entrainé la baisse de la fréquentation des structures sanitaires pendant cette période ; (v) un non-respect des rendez-vous des soins prénatals.

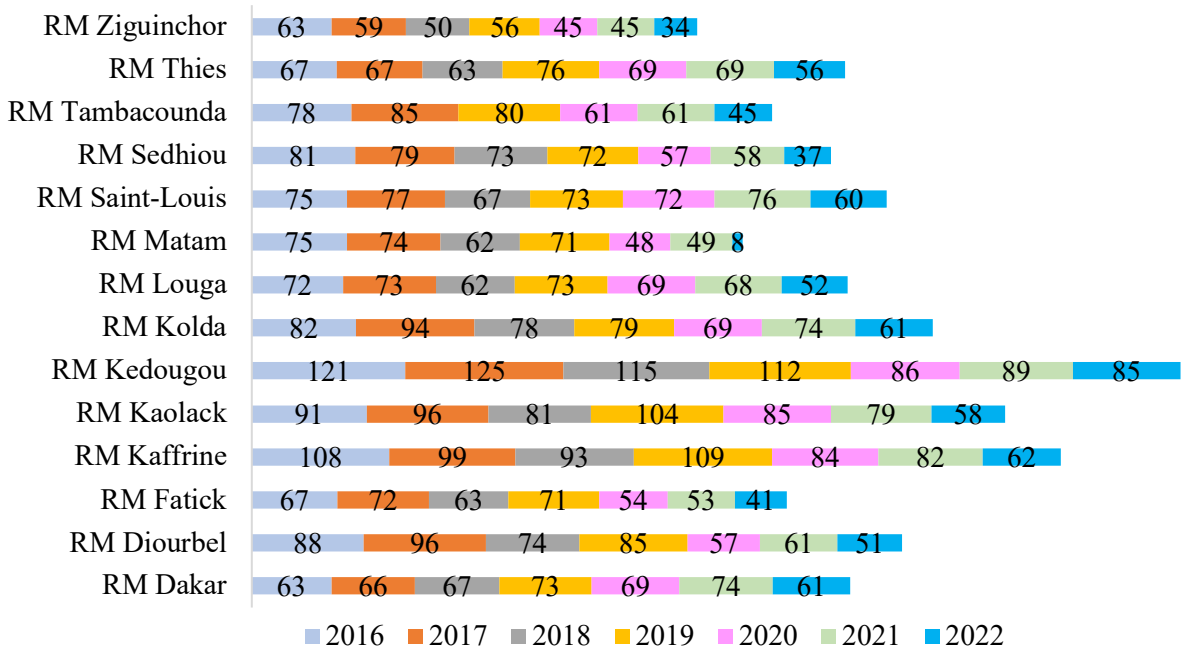


Figure 21 : Taux de couverture en VAT des femmes enceintes selon les régions (DHIS2)

III.2.1.6 Accouchement assisté par un personnel de santé qualifié

L'accouchement assisté par un personnel qualifié est une intervention à haut impact qui contribue à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

L'indicateur « accouchement par un personnel de santé qualifié » a connu une faible tendance à la hausse avec un gain de 14 points de 2016 à 2020. Cependant une baisse progressive de la performance a été notée à partir de l'année 2020 jusqu'en 2022 (figure 23). Les contreperformances pourraient s'expliquer d'une part par l'incomplétude des données saisies dans la plateforme DHIS2 due au mouvement d'humeur du personnel de santé en 2022 et d'autre part par l'insuffisance de

capitalisation des données sanitaires du secteur privé. Par ailleurs, l'EDS 2023 montre que le pourcentage d'accouchement assisté par un personnel qualifié est estimé à 94%.

Des efforts importants ont été réalisés pour améliorer la disponibilité du personnel qualifié. Il faut noter que sur la période de la mise en œuvre du PS SRMNIA, le mode de calcul de l'indicateur a changé entre 2019 et 2020 impactant la progression annuelle. En effet, le dénominateur de l'indicateur est passé de « grossesses attendues » à « nombre d'accouchement dans la structure ».

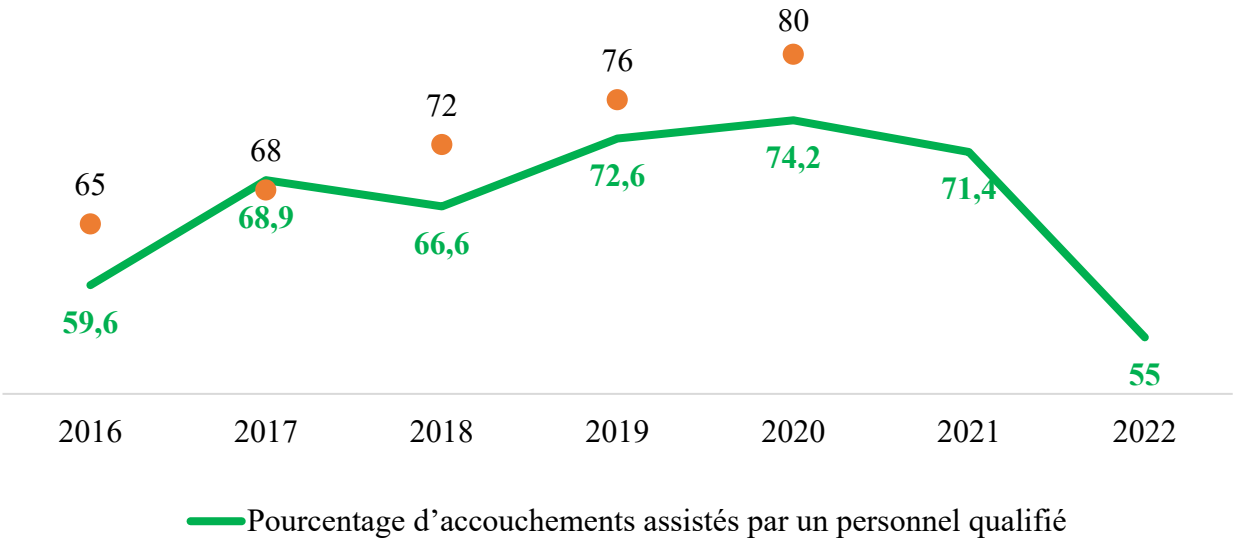


Figure 22 : Pourcentage d'accouchement assisté par un personnel qualifié au niveau national (DHIS2)

Malgré les efforts en termes de recrutement de personnel qualifié, des gaps persistent dans certaines régions comme le montre la figure 24.

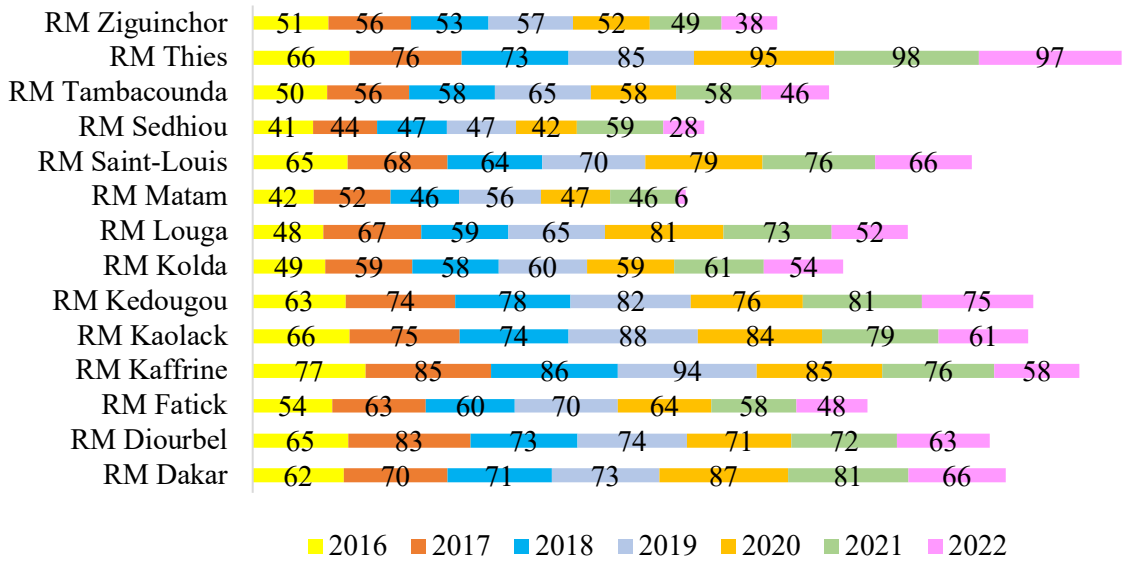


Figure 23 : Pourcentage d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié par région et par année (DHIS2)

A propos du pourcentage d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié, les régions les plus performantes étaient Kaffrine, Kaolack, Saint-Louis, Diourbel, Dakar et Thiès.

Il ressort des revues régionales que les contreperformances seraient liées à : (i) une insuffisance de la capitalisation des données du secteur privé de la santé (reporting) ;(ii) aux mouvements d'humeur des prestataires ; (iii) la COVID 19 ayant entrainé la baisse de la fréquentation des structures sanitaires pendant cette période.

III.2.1.7 Offre de soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU)

La disponibilité et l'effectivité des SONU contribuent à la réduction de la mortalité maternelle par la prise en charge du 2ème et du 3ème retard. Dans le cadre de la relance des SONU, le Sénégal avait initié des stratégies pour le renforcement des SONU à travers : (i) la mise en place de blocs opératoires dans les Centres de Santé des zones reculées ; (ii) la stratégie de délégation des compétences avec la mise en place des équipes SOU dans ces structures avec une délégation de taches (formation de médecins avec des compétences en Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence, déploiement de techniciens supérieurs en anesthésie Réanimation, formation d'instrumentistes et capacitation des sage-femmes à l'échographie obstétricale) ; (iii) la gratuité de la césarienne dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle pour améliorer l'accès financier aux soins pour la mère et le nouveau-né.

Malgré ces interventions, des efforts et un ciblage plus pragmatique étaient nécessaires pour atteindre les objectifs.

A cet effet, l'enquête SONU rapide réalisée en 2016 a révélé les résultats suivants : (i) le nombre de structures offrant les SONU 24h/24 et 7j/7 était de 38 structures en 2016 pour un besoin de 157 par rapport à la démographie du pays ;(ii) le taux de besoins en SONU satisfaits (proportion des complications obstétricales attendues prises en charge dans les structures SONU) était de 29,4% pour une cible de 100% ;(iii) le taux de césariennes était de 4,6%, donc proche de la valeur minimale requise qui est de 5% ;(iv) le taux de létalité obstétricale (proportion des décès maternels de complications obstétricales directes majeures parmi les femmes présentant des complications directes prises en charge) était encore trop élevé avec 1,9% (presque 2 fois supérieur au niveau acceptable qui est de 1%)[14].

Afin d'augmenter la disponibilité des SONU, les parties prenantes du Ministère de la Santé et de l'Action sociale ont identifié un certain nombre de structures sanitaires pour constituer un réseau de maternités capables de délivrer l'ensemble de ces soins d'urgence 24h/24 et 7j/7, qui soient accessibles géographiquement en moins de 2 heures par la majorité de la population. Cette stratégie permet de rationaliser les ressources (financières, humaines…) sur les structures priorisées. Ces dernières doivent être monitorées selon une périodicité définie et renforcées afin d'améliorer la disponibilité et la qualité des soins pour contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ce réseau national SONU est dynamique et évolue en fonction de la démographie et de la carte sanitaire. Ainsi, dans un processus participatif et inclusif initié en 2017 et finalisé en novembre 2018, un réseau de 142 structures couvrant près de 92% de la population en 2 heures, a été validé avec l'ensemble des acteurs du niveau central (comité SRMNIA-N) et régional. Ces structures sont composées de 30 Établissements Publics de Santé (EPS), 67 Centres de santé et 45 Postes de santé répartis dans toutes les régions (voir liste en annexe 1). Parmi ces structures, 96 doivent offrir des SONUB et 46 des SONUC.

Les indicateurs surveillés sont :

- La disponibilité des fonctions SONU ;
- La disponibilité des médicaments qui sauvent la vie des mères et des nouveaux nés ;
- La disponibilité du matériel et de l'équipement clé ;
- La disponibilité des ressources humaines clés pour SONU ;
- La disponibilité des autres services de Santé Maternelle et Néonatale ;
- Les indicateurs d'utilisation et de qualité des SONU ;

[14] Référence Enquête rapide SONU 2016

- L'existence de lien (référence dans le réseau et liens avec les maternités périphériques et la communauté…) ;
- Les décès maternels et périnatals dans les structures SONU (notification et revue).

En termes de régularité, le niveau central avec l'appui des DRS a réalisé le monitoring du premier trimestre de 2020 et de 2021 (100% de réalisation) ; celui des autres trimestres n'a pas été exhaustif pour l'ensemble des structures, faute de planification et d'appropriation. En termes d'effectivité de l'offre des fonctions SONU (disponibilité 24h/24 et 7j/7 des fonctions SONU ce qui implique, les RH, les médicaments clés, les équipements et les complications prises en charge, etc.), il a été noté une bonne évolution du nombre de structures SONU fonctionnelles entre T1 de 2020 et T2 de 2021 passant de 14 à 27 sur les 142 structures soit de 9 à 19 %. Cette disponibilité est en dents de scie pour les autres sessions de monitoring de la fonctionnalité du réseau SONU. Les fonctions les moins disponibles étaient l'administration d'antibiotiques et l'application de la ventouse.

Une étude faite au Sénégal par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale en collaboration avec le CEFOREP, dans le cadre du Projet de révision des indicateurs des SONU entre 2022 et 2023 a montré les résultats suivants :

- Faible administration des antibiotiques (40% des structures) par la non disponibilité concomitante des 3 molécules nécessaires.
- L'administration d'ocytociques, entre 20% et 25% des structures du réseau n'offraient pas cette fonction du fait des ruptures de stocks d'ocytocine ;
- Les structures qui n'ont pas offert le sulfate de magnésium du fait de problème logistique (déficit de support de gestion) sont de 30%
- La fonction d'extraction des débris intra-utérins est généralement offerte sous forme d'AMIU dans la grande majorité des structures sanitaires ou d'aspiration électrique pour d'autres.
- L'offre d'accouchement par ventouse se heurte à une insuffisance de compétences des sage-femmes et à un défaut de notification de l'acte.

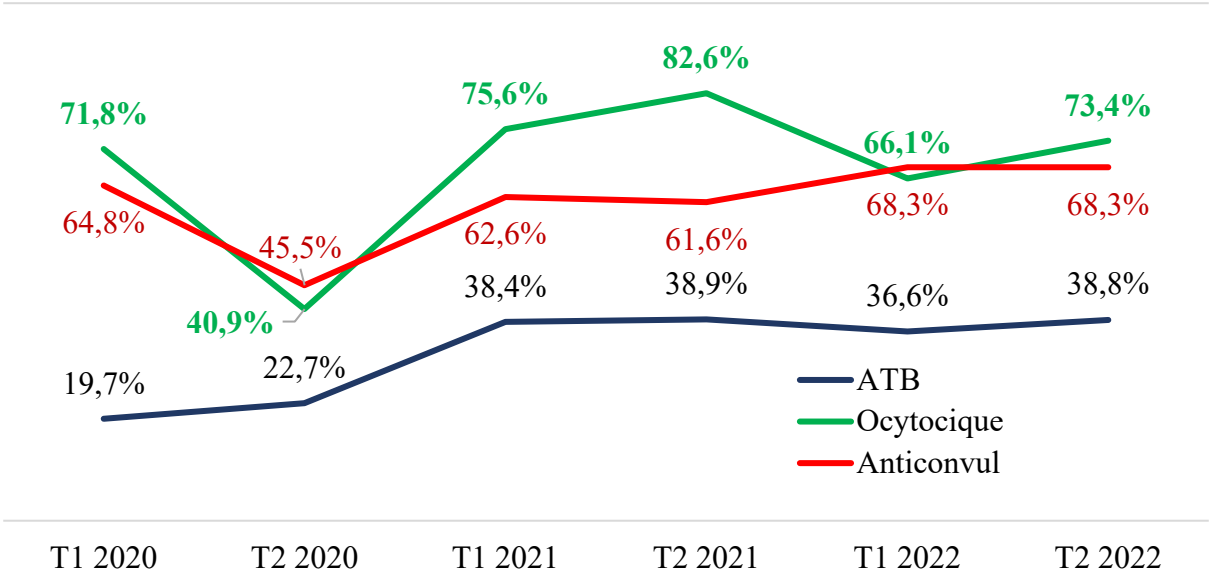


Figure 24 : Évolution de l'administration des Antibiotiques, de l'ocytocine et des anticonvulsivants par voie parentérale de 2020 à 2022

La fonction réanimation de base du nouveau-né est généralement disponible dans la grande majorité des structures sanitaires, grâce aux renforcements de capacités des prestataires et aux équipements mis en place au sein des maternités (figure 26).

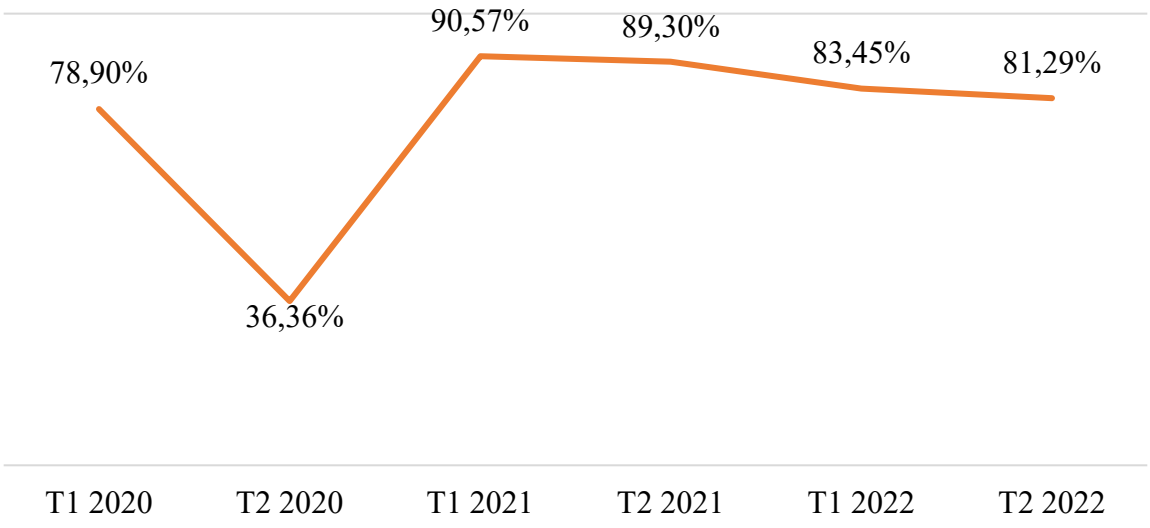


Figure 25 : Évolution de la fonction réanimation de base du nouveau-né

Source : Projet de révision des indicateurs des SONU : Etude de cas du Sénégal

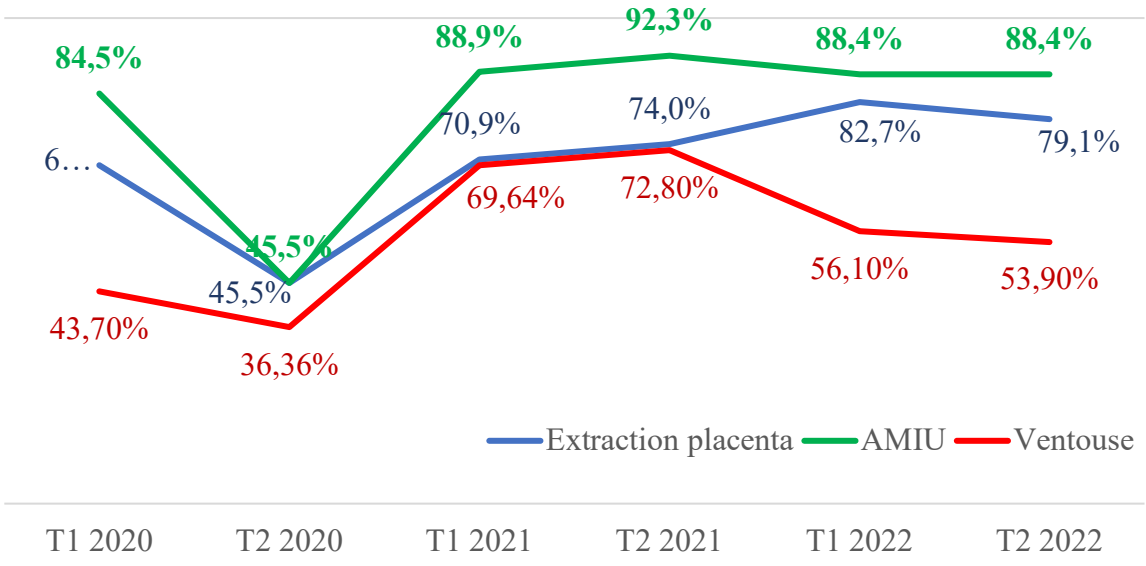


Figure 26 : Évolution des fonctions AMIU-VENTOUSE-Extraction manuelle du placenta de 2020 à 2022.
Source : Projet de révision des indicateurs des SONU : Étude de cas du Sénégal

La fonction transfusion sanguine est la moins disponible dans le réseau, faute de dépôts/banque de sang dans la plupart des SONUC, alors que l'hémorragie reste la première cause de mortalité maternelle au Sénégal.

La disponibilité de la césarienne s'est améliorée progressivement, surtout à partir de 2021, grâce au renforcement de la fonctionnalité des blocs opératoires (figure 28).

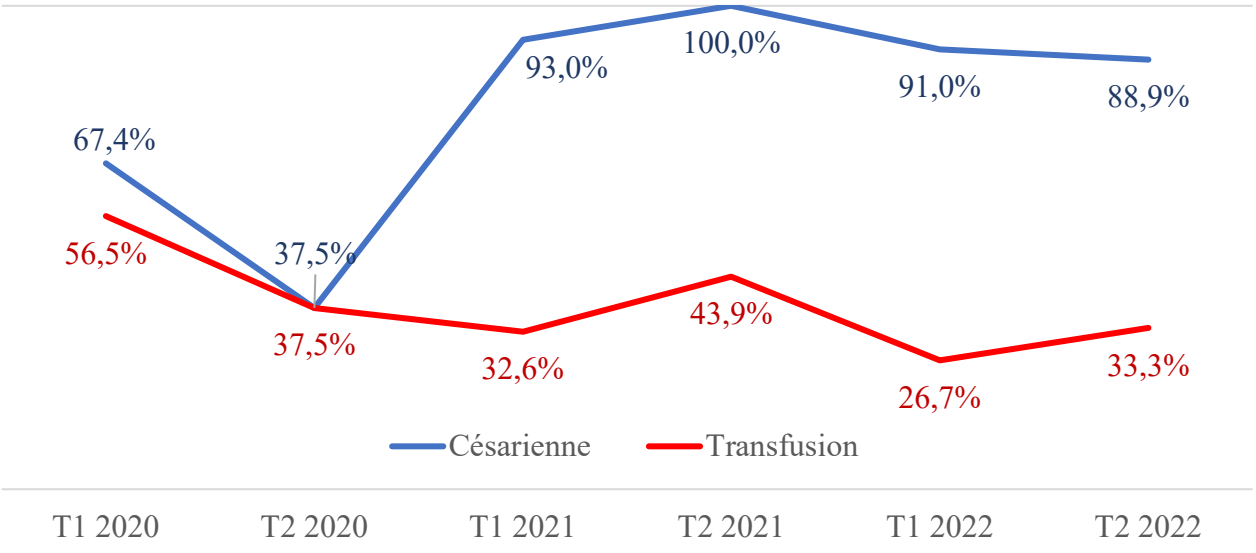


Figure 27 : Évolution de la césarienne et de la transfusion sanguine de 2020 à 2022.

Source : Projet de révision des indicateurs des SONU : Etude de cas du Sénégal

Selon les données du DHIS2, le pourcentage de césariennes a évolué en dent de scie. On note un taux faible par rapport à la cible. Ce gap s'explique en partie par l'insuffisance des blocs SONU fonctionnels, la non effectivité de l'offre de chirurgie obstétricale, l'indisponibilité du personnel spécialisé (figure 29).

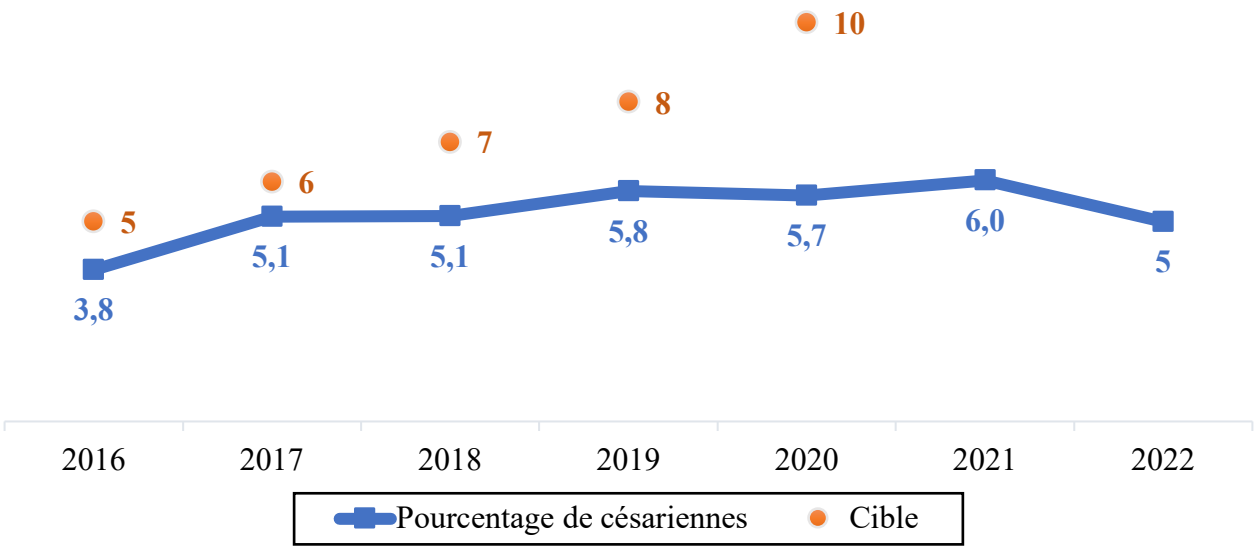


Figure 28 : Évolution du pourcentage de césariennes (DHIS2)

Par ailleurs, les données de l'EDS 2023 montrent que le pourcentage d'accouchement par césarienne est estimé à 12%. Une nette augmentation de cette pratique est observée entre 2012 et 2023 variant de 4% en 2012 à 5% en 2017 puis de 12% en 2023 avec des variations selon certaines caractéristiques comme la région, le milieu de résidence, le lieu d'accouchement et le niveau de vie.

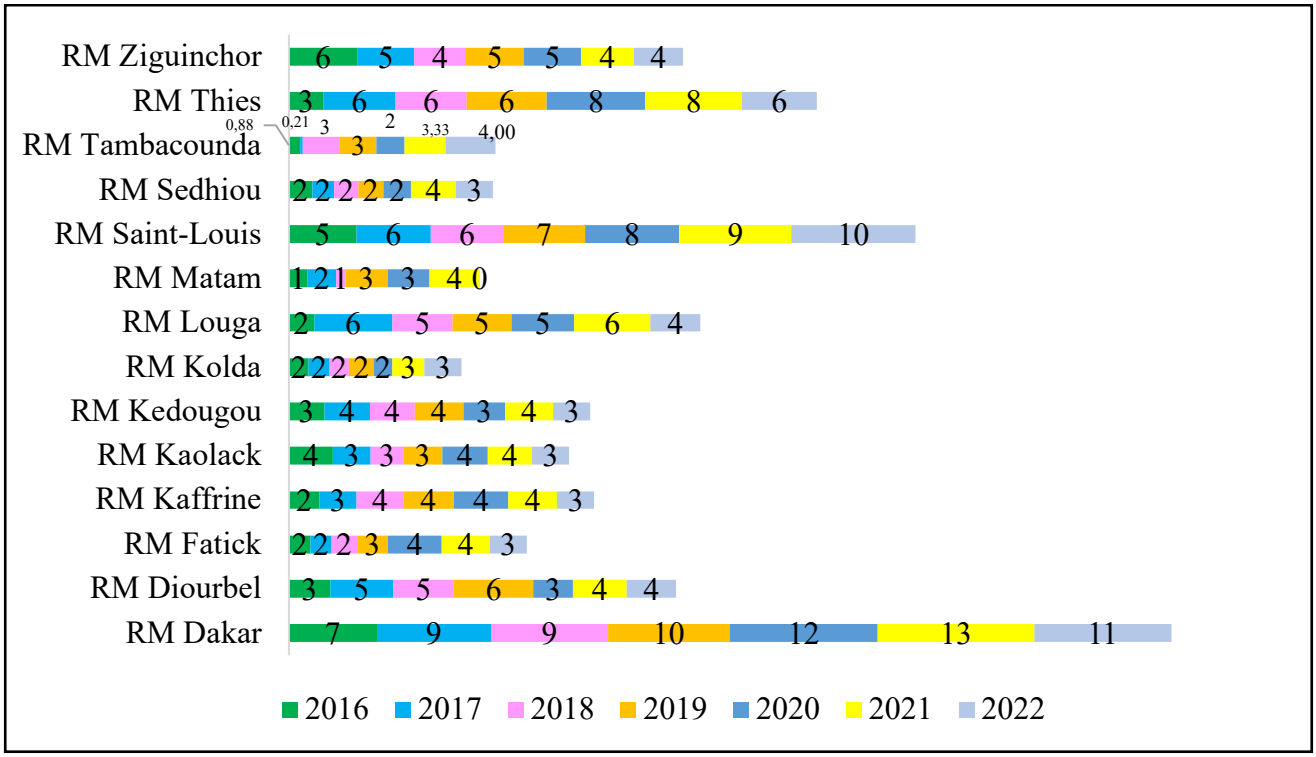


Figure 29 : Pourcentage de césarienne par région et par année (DHIS2)

Ce graphique (figure 30) illustre l'évolution du taux de césarienne au Sénégal de 2017 à 2022, réparti par région. La région de Dakar présente des pourcentages de césarienne relativement élevés et stables, avec une légère augmentation en 2021 atteignant 13%. C'est d'ailleurs la seule région avec des pourcentages supérieurs à 10% de 2019 à 2022, suivie par la région de Saint-Louis qui atteint également 10% en 2022. Après Dakar, les régions de Thiès et Ziguinchor montrent des pourcentages relativement élevés durant la période étudiée. Par contre les régions de Tambacounda et Sédhiou présentent les pourcentages les plus faibles et les plus stables, avec peu de fluctuations annuelles. Il est à noter que l'année 2021 semble être une année de croissance ou de stabilité pour plusieurs régions, notamment celles de Dakar, Thiès et Louga.

III.2.1.8 Gestion du Sang

Dans les structures SONUC, la disponibilité 24h/24 et 7J/7 du sang et de ses dérivés est le principal défi. Concernant les décès liés aux hémorragies, cette disponibilité est une préoccupation cruciale au niveau des structures de Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU) au Sénégal. En effet elle a un impact direct sur la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales.

Selon l'OMS, la norme est de 10 dons de sang pour 1000 habitants par an. Le Sénégal était à 6,1 pour 1000 habitants en 2019 avec des disparités régionales. La figure 31 illustre ces disparités.

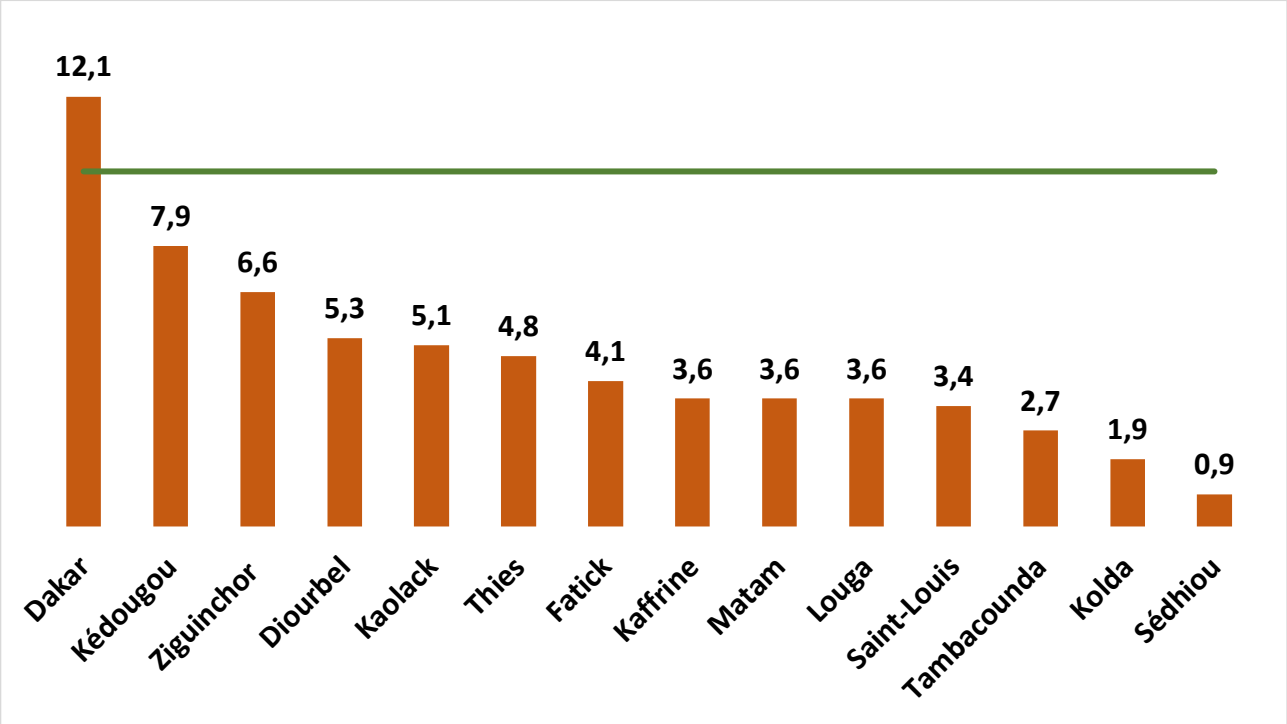


Figure 30 : Nombre de donneurs de sang pour 1000 par région en 2019

Source : rapport d'évaluation de la pratique des audits de décès maternels en 2019

Plusieurs facteurs contribuent aux difficultés d'accès aux produits sanguins labiles dans les structures, il s'agit de :

- L'insuffisance de dons volontaires : La culture du don de sang volontaire est encore insuffisamment développée au Sénégal, en raison de facteurs socio-culturels et de croyances. Beaucoup de personnes hésitent à faire un don de sang par peur de connaître leur état sérologique ou en raison de fausses rumeurs concernant la vente de sang. Cette situation s'explique en partie par l'insuffisance de communication et de stratégies de fidélisation des donneurs.
- La gestion logistique du sang : la collecte, le stockage et la distribution du sang nécessitent une logistique efficace et une gestion rigoureuse des intrants. Toute insuffisance notée dans ces domaines peut entraîner des ruptures de stocks et une disponibilité limitée de sang dans les structures SONU.
- L'insuffisance de banques de sang régionales et de dépôts secondaires au niveau des structures sanitaires pour assurer un accès rapide au sang et aux produits sanguins labiles en cas d'urgence. Il est essentiel de disposer de banques de sang régionales et de dépôts secondaires dans les centres de santé de type 2 et les Établissements Publics de Santé (EPS) avec blocs opératoires. L'absence de ces installations rend la gestion du sang moins autonome et entraîne des difficultés d'approvisionnement.

A cette préoccupation cruciale qui est la disponibilité des produits sanguins labiles, s'ajoutent les défaillances du système de santé qui se traduisent par :(i) la faible qualité des soins dans certaines structures sanitaires ; (ii) le nombre insuffisant du personnel de santé en qualité et en quantité ; (iii) la détection tardive des hémorragies ; (iv) la discontinuité des services (ruptures de fournitures médicales essentielles, non fonctionnalité des équipements).

Ces différents dysfonctionnements contribuent à la survenue de décès maternels et néonatals dont une grande partie est évitable, d'où l'importance de la mise en œuvre des recommandations issues lors des audits des décès maternels et néonatals.

III.2.1.9 Audit des décès maternels et néonatals

La proportion des décès maternels audités en 2020 est en deçà des attentes. Seules les régions de Kaolack, Kaffrine et Sédhiou ont atteint l'objectif fixé. Des efforts restent à fournir pour la complétude des audits de décès maternels et plus particulièrement au niveau de la région de Matam où juste le tiers des décès maternels est audité.

Tableau II : Proportion de décès maternels enregistrés et audités selon les régions en 2020

Régions médicales	Décès maternels enregistrés	Décès maternels audités	% décès maternels audités
Dakar	99	86	86,9%
Diourbel	86	71	82,6%
Fatick	26	25	96,2%
Kaffrine	35	35	100,0%
Kaolack	61	61	100,0%
Kédougou	29	26	89,7%
Kolda	40	30	75,0%
Louga	57	43	75,4%
Matam	56	20	35,7%
Saint Louis	53	27	50,9%
Sédhiou	37	37	100,0%
Tambacounda	102	100	98,0%
Thiès	87	77	88,5%
Ziguinchor	29	12	41,4%
Sénégal	**797**	**650**	**81,6%**

Source : Rapport de mortalité maternelle 2019-2020 au Sénégal

Les raisons suivantes ont été avancées par rapport à la non réalisation des audits. Il s'agit de l'absence ou de la non fonctionnalité des comités d'audit lié entre autres liées à un défaut de ressources humaines compétentes.

En effet, la réalisation de ces audits nécessite des spécialistes en la matière souvent absents dans certaines régions ou dans les districts sanitaires. Et même lorsque ces spécialistes sont présents, ils sont souvent en effectif très limité. Il est également noté un problème d'organisation, une insuffisance d'appropriation de la stratégie SDMPR et une insuffisance dans la qualité des audits de décès[15].

Les audits constituent au niveau d'un bon nombre de structures sanitaires une source de conflit interne, limitant leur efficacité. En effet, beaucoup de frustrations des prestataires de santé sont notées lors des séances d'audit et sont liées à des comportements stigmatisants.

Les rapports des audits ne sont pas toujours transmis au niveau central.

Les acteurs du niveau opérationnel ont fortement indexé le niveau central pour sa faible réactivité quant au suivi dans la mise en œuvre des recommandations issues des audits qui leur sont adressées.

Les principales causes de décès maternels en 2019-2020 étaient les hémorragies et l'hypertension artérielle (HTA)[16] et ses complications. Le tableau III présente les causes de décès maternels en 2019 et 2020 au Sénégal.

Tableau III : Causes de décès maternels en 2019 et 2020 au Sénégal

Causes de décès maternels	2019 n (%)	2020 n (%)
Hémorragies	85 (32,1)	123 (37,2)
HTA et complications	76 (28,7)	75 (22,7)
Autres causes	52 (19,6)	43 (13,0)
Anémie	16 (6,0)	43 (13,0)
Infections	14 (5,3)	15 (4,5)
Avortements	2 (0,8)	2 (0,6)
Dystocies	2 (0,8)	6 (1,8)
Paludisme	1 (0,4)	0 (0,0)
Inconnues	16 (6,0)	24 (7,3)

Source : Rapport de mortalité maternelle 2019-2020 au Sénégal

[15] Evaluation de la mise en œuvre SDMR au niveau des structures de santé au Sénégal 2020
[16] Rapport de mortalité maternelle 2019-2020 au Sénégal

La plupart des décès maternels sont survenus durant le post-partum immédiat, respectivement dans 48,9% et 54,8% des cas en 2019 et 2020. La répartition des décès maternels suivant le moment du décès est présentée dans la figure 32.

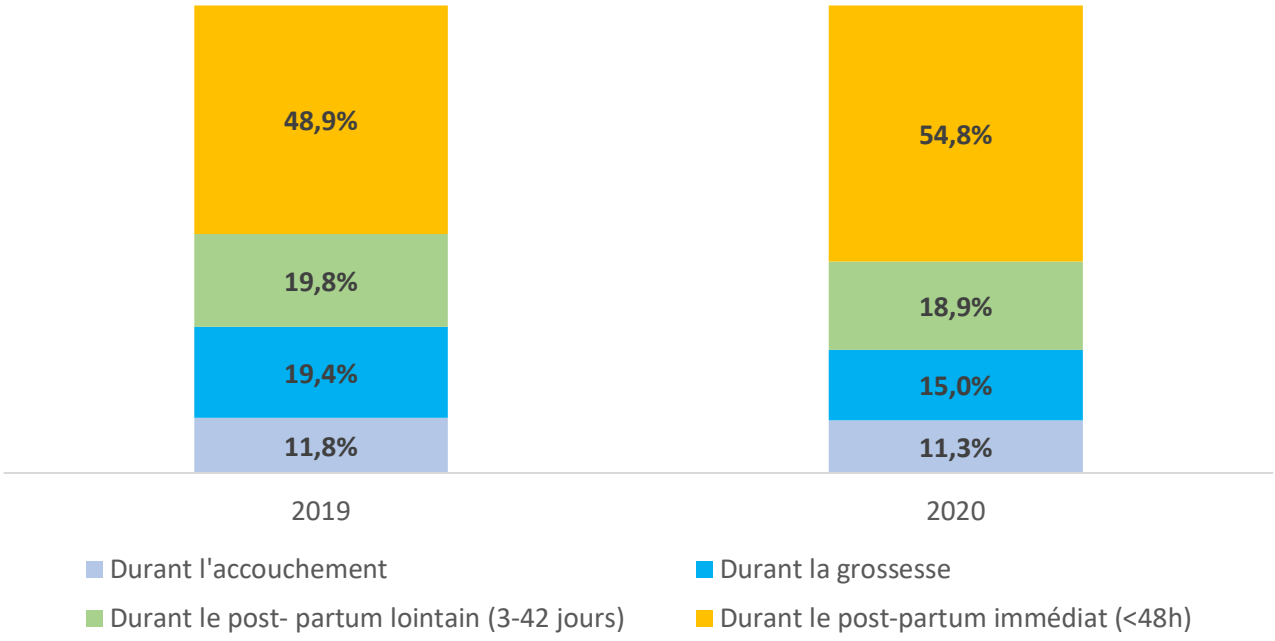


Figure 31 : Répartition des décès maternels de 2019 et 2020 suivant le moment de survenue

Source : Rapport de mortalité maternelle 2019-2020 au Sénégal

III.2.1.10 Gestion de la fistule obstétricale

Selon l'OMS, la fistule obstétricale (FO) est définie comme une communication anormale entre le vagin et la vessie et/ou le rectum. Elle résulte d'un accouchement prolongé et difficile sans intervention médicale rapide entraînant une perte permanente d'urines et/ou de selles. Cette affection est liée aux insuffisances du système de santé et inégalités socio-économiques.

Le Sénégal, appuyé par les partenaires techniques et financiers, la société civile et en collaboration avec d'autres secteurs ministériels s'est engagé à éliminer la fistule obstétricale comme problème de santé publique en 2030. Dans ce cadre, différentes stratégies ont été mises en œuvre à travers la Stratégie Nationale pour l'élimination des FO pour la période 2016-2020 dont l'objectif visait la réduction à zéro, son incidence par une PEC globale et adéquate des femmes atteintes.

Les principales activités menées ont été la mise en place de Camps de réparation chirurgicale de FO de 2019 à 2021 dans les régions de Kolda, Sédhiou, Ziguinchor et Dakar, la capacitation des acteurs communautaires dans la recherche et l'identification des cas et l'accompagnement psychosocial et économique par le biais d'activités génératrices de revenus (AGR) et de distribution de kits de dignité.

Pour renforcer la coordination, une plateforme multi sectorielle de pilotage a été aussi mise en place en 2016 pour l'élimination de la FO.

Malgré tous les efforts consentis, il restait toujours des cas de fistules confirmés en attente d'une prise en charge chirurgicale. Ceci a motivé en 2022 la redynamisation de la plateforme FO et la célébration de la journée internationale de la FO avec tous les acteurs œuvrant dans la lutte contre la FO.

En 2023, la signature d'une convention entre le MSAS et les hôpitaux en collaboration avec les associations professionnelles (ASGO et ASU) a permis la prise en charge des FO en routine.

Des documents normatifs de gestion de la FO ont été élaborés et un programme de renforcement des capacités des prestataires et des acteurs communautaires mis en œuvre.

Malgré cette avancée dans la prise en charge en routine des cas de FO il reste des défis à relever : le renforcement de la recherche et de l'identification des cas ; l'enregistrement des cas de FO dans le DHIS2 ; la prévalence réelle des fistules obstétricales, le renforcement de capacités des prestataires à tous les niveaux du système de santé pour le diagnostic précoce des cas suspects ; l'intégration des fistules dans les curricula de formation de base en sciences infirmières et obstétricales ; l'insuffisance du suivi post opératoire des patientes et d'accompagnement pour la réinsertion socio-économique.

III.2.2 Offre de service de Planification Familiale (PF)

III.2.2.1 Taux de recrutement

La revue documentaire et les revues régionales ont montré que plusieurs actions ont été réalisées notamment le renforcement de capacités, la mise à disposition de personnel de santé qualifié, la dotation en équipement/ matériel et la communication soutenue. L'analyse du taux de recrutement montre une irrégularité des résultats atteints. Il a connu une forte baisse entre 2017 et 2018, passant de 6,1% à 4,6%, puis a augmenté en 2019 (6,8%) et 2020 (7,5%) (figure 33). Les tendances à la hausse peuvent être attribuées à plusieurs facteurs, notamment le recrutement de personnel de santé qualifié, le renforcement des capacités des conseillères en PF, la mise en place de nouveaux PPS, l'organisation de journées portes ouvertes sur la PF et la mise en œuvre de stratégies fixes, avancées et mobiles. La sous-utilisation des services PF durant la pandémie de la COVID-19 a contribué en 2021 à une baisse du taux de recrutement (7%) qui s'est accentuée en 2022 (5%) avec la rétention de l'information sanitaire.

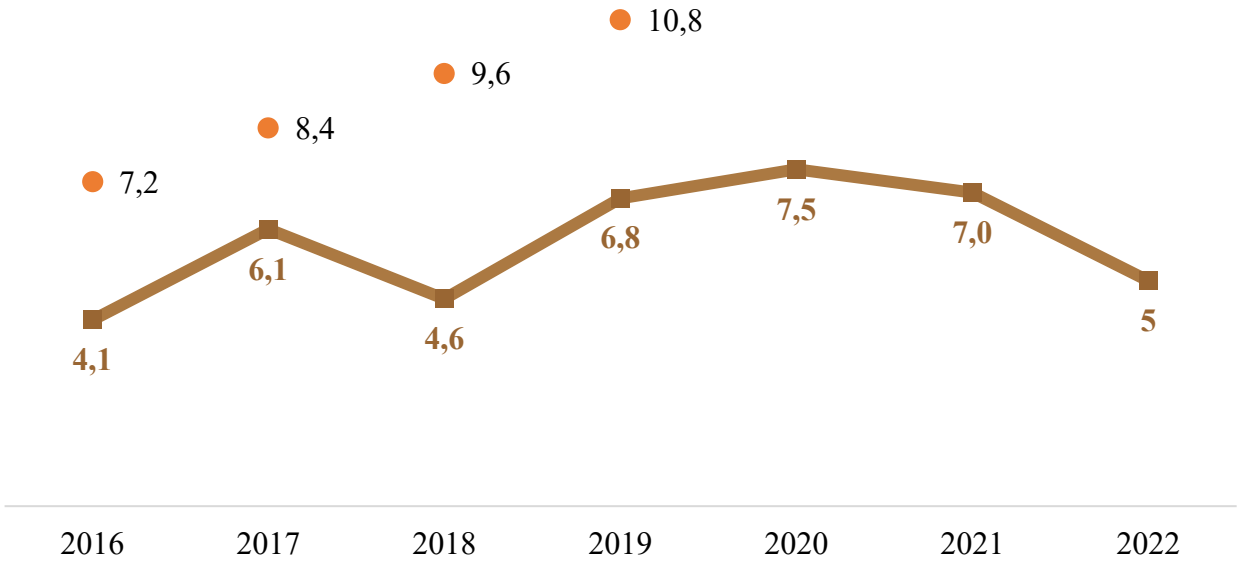


Figure 32 : Évolution du taux de recrutement en PF (DHIS2)

Au niveau régional, les taux de recrutement en PF les plus faibles sont notés dans les régions de Matam, Saint Louis, Diourbel, Louga, Ziguinchor, Fatick, Thiès et Dakar comme le montre la figure 34.

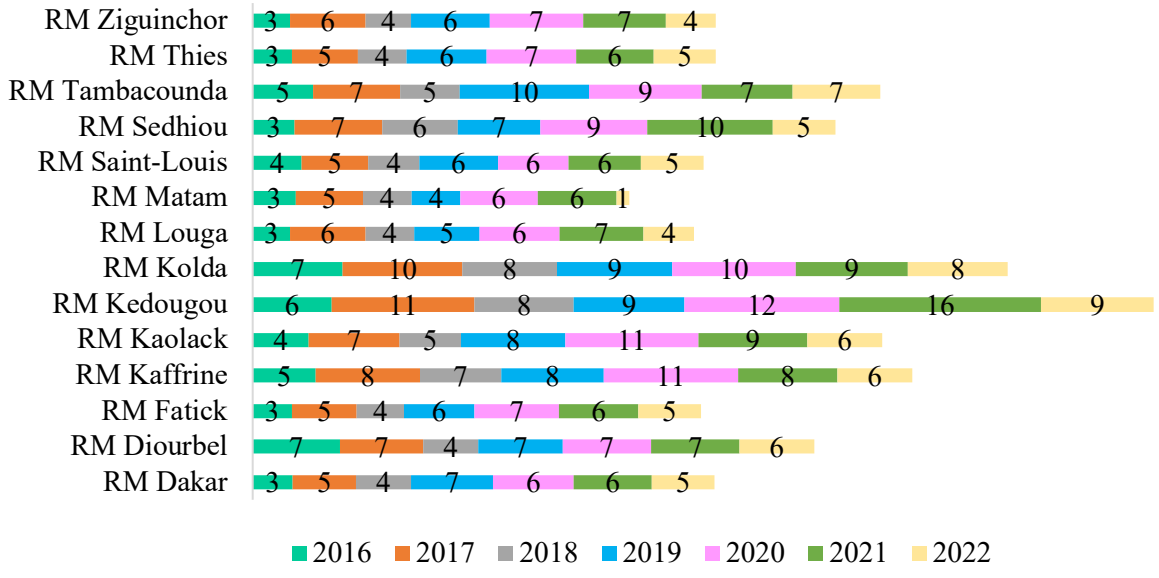


Figure 33 : Taux de recrutement en PF par région et par année (DHIS2)

Les raisons évoquées par les régions sur les contreperformances sont les pesanteurs socioculturelles, le manque de sensibilisation sur la PF au niveau communautaire et l'absence de suivi des activités de communication (absence de plan de communication).

III.2.2.2 Prévalence contraceptive moderne

Au Sénégal, selon l'EDS de 2023, 26,5% des femmes de 15-49 ans en union utilisent une méthode contraceptive, en grande majorité une méthode moderne (25,6%). La prévalence de la contraception est nettement plus élevée parmi les femmes non en union et sexuellement actives ; elle est de 42% pour toutes les méthodes et de 40% pour les méthodes modernes. La prévalence contraceptive moderne varie avec l'âge des femmes en union : assez faible parmi les jeunes femmes de 15-19 ans (9%), elle augmente jusqu'à plus de trois femmes sur dix entre 35 et 39 ans (33%). Au-delà, la prévalence diminue et elle est estimée à 20% parmi les femmes en union de 45-49 ans. L'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en union est plus élevée en milieu urbain (33%) qu'en milieu rural (20%). Des écarts importants sont notés entre les régions avec une prévalence contraceptive moderne variant de 36% à Dakar à 8% à Tambacounda. Les contreperformances pourraient s'expliquer par la mobilité du personnel déjà formé dans certaines régions, la sous notification des données, le manque de formation du personnel du privé et les barrières socioculturelles persistantes etc. La figure 35 montre la répartition de la prévalence contraceptive moderne par région.

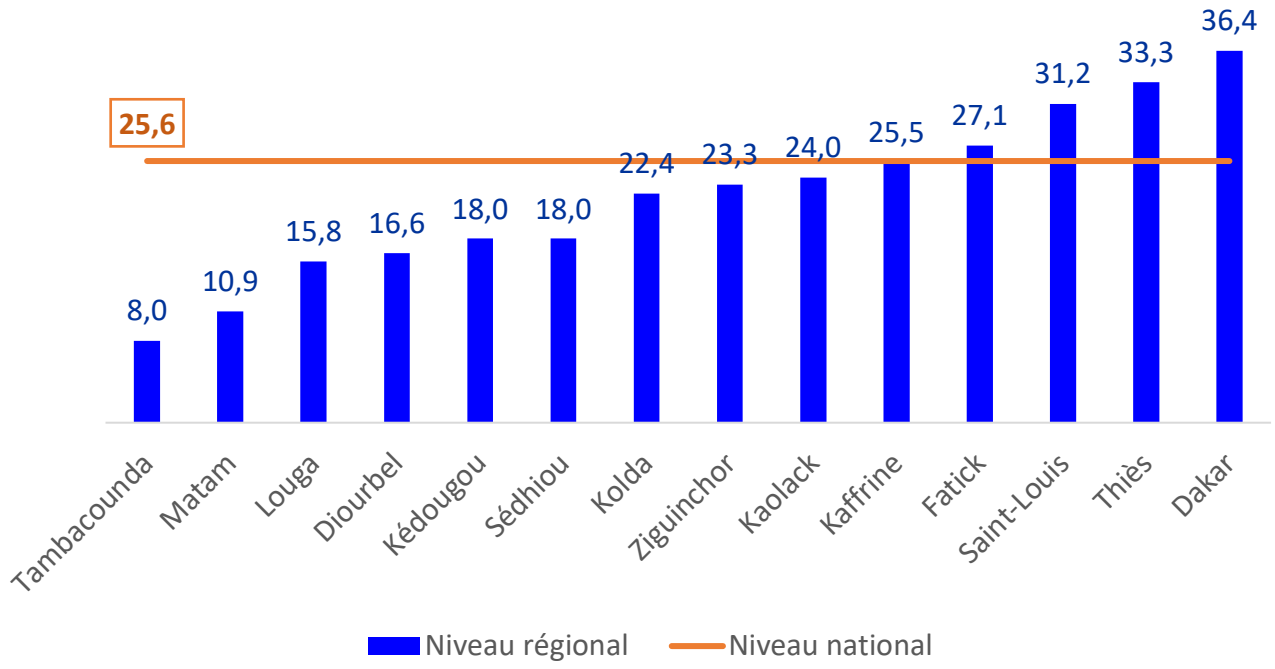


Figure 34 : Prévalence contraceptive moderne par région (EDS 2023)

III.2.2.3 Besoin et demande en matière de planification familiale

Les besoins non satisfaits ne cessent de diminuer au cours de ces dernières années. Ainsi, le taux de besoins non satisfaits en Planification familiale passe de 30% en 2010-2011, 25% en 2015, 22% en

2017 et à 19% en 2023. Quant aux femmes qui utilisent actuellement des méthodes modernes (besoins satisfaits), le taux d'utilisation augmente progressivement passant de 12% en 2010-2011 à 21% en 2015, et stagne à 26% entre 2017 et 2023 (figure 36).

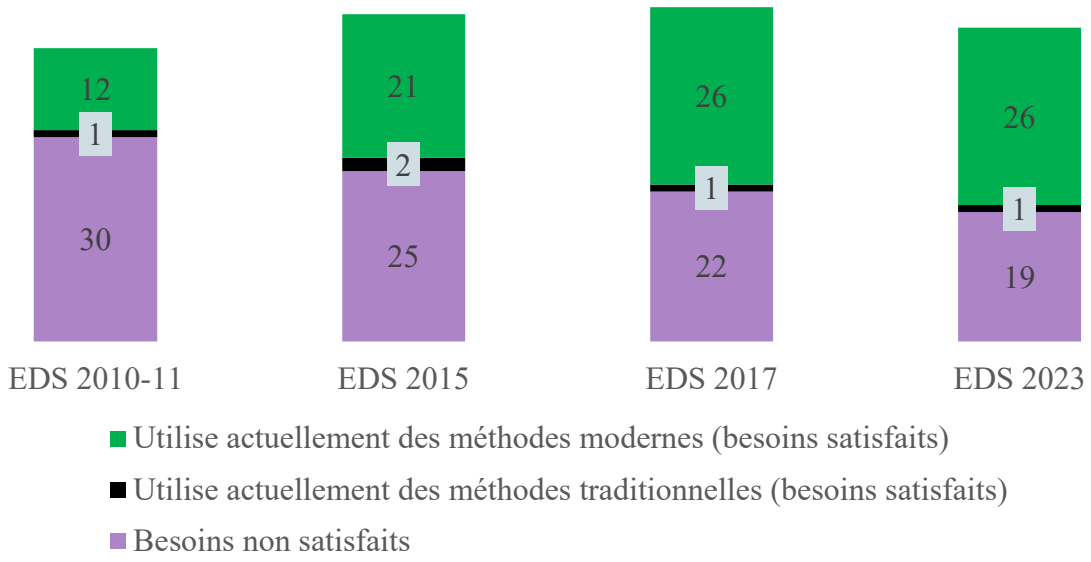


Figure 35 : Tendances de la demande en matière de planification familiale (EDS)

III.2.2.4 Niveau de fécondité

Le niveau de fécondité est mesuré par l'indice synthétique de fécondité (ISF) et par les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux. En 2023, l'ISF est de 4 enfants par femme[17]. Au Sénégal, la fécondité demeure plus élevée en milieu rural (5 enfants en moyenne) qu'en milieu urbain (3 enfants en moyenne). Le taux de fécondité, relativement faible parmi les adolescentes (68 ‰ à 15–19 ans), augmente rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum de 186 ‰ chez les femmes de 25–29 ans ; il se maintient à un niveau élevé jusqu'à 35–39 ans (125 ‰), puis diminue avec l'âge (14 ‰ à 45–49 ans). Le taux global de fécondité générale (TGFG), qui mesure le nombre annuel moyen de naissances vivantes pour 1 000 femmes en âge de procréer, est estimé à 131 ‰. Il est plus élevé en milieu rural (157 ‰) qu'en milieu urbain (105 ‰). Le taux brut de natalité (TBN) est estimé à 30 ‰. Ce qui signifie qu'en moyenne, 30 naissances vivantes se produisent annuellement dans une population totale de 1 000 personnes, tout âge confondu. L'analyse des tendances montre une baisse du niveau de la fécondité entre 2005 (5 enfants par femme) et 2023 (4 enfants par femme). La figure 37 présente les tendances de la fécondité entre 2005 et 2023.

[17] EDS 2023

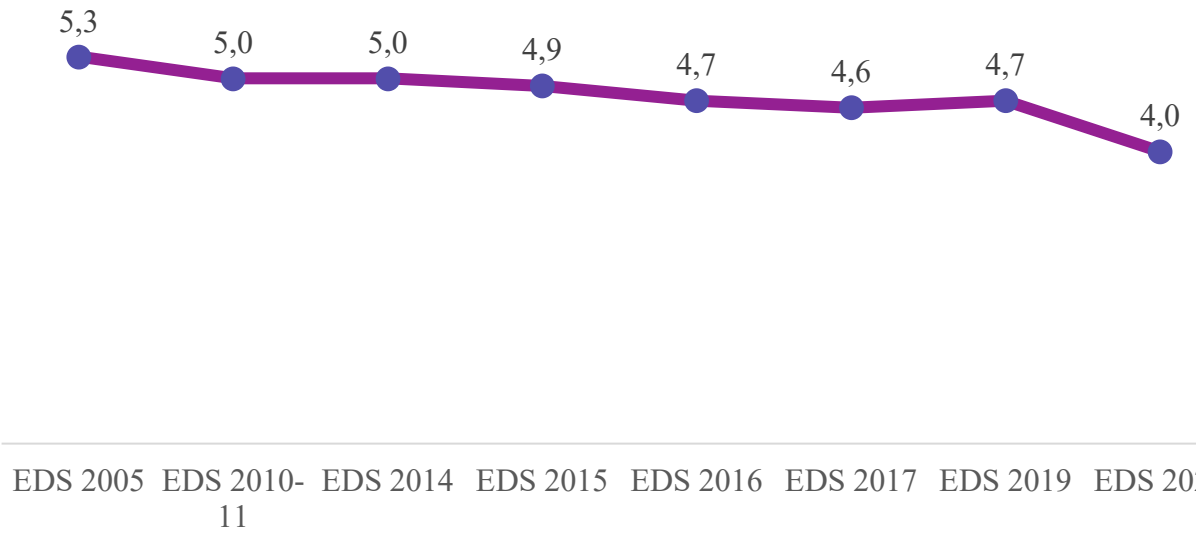


Figure 36 : Évolution de l'indice synthétique de fécondité entre 2005 et 2023 (EDS)

III.2.3 Gestion de l'infertilité

L'infertilité est définie selon l'OMS par l'impossibilité d'aboutir à une grossesse après 12 mois ou plus de rapports sexuels fréquents suffisamment rapprochés (au moins 2 à 3 fois par semaine) sans aucune contraception de quelque nature que ce soit. C'est une affection du système reproducteur masculin ou féminin qui touche des millions de personnes en âge de procréer dans le monde. La politique nationale de PF du Sénégal vise à améliorer l'état de santé de la population en général et la réduction de la mortalité maternelle et infantile en particulier, par la maîtrise de la fécondité pour la prévention des grossesses à risque et non désirées et la prise en charge de l'infertilité et de l'infécondité. Malgré la prise en compte de l'infertilité dans les PNP au Sénégal, de même que l'existence d'une division de la planification familiale, l'infertilité n'est pas suffisamment prise en charge dans les structures sanitaires. La disponibilité, l'accès et la qualité des interventions de lutte contre l'infertilité continuent de poser des difficultés. L'insuffisance de personnel qualifié, l'insuffisance des équipements et des infrastructures, la faible disponibilité des données de qualité pour la prise de décision et les coûts actuellement élevés des médicaments constituent des défis persistants à relever.

III.3 Santé du nouveau-né

III.3.1 Paquet de soins immédiats

Globalement de 2016 à 2018 les cibles sont atteintes pour le pourcentage de nouveau-nés ayant bénéficié du paquet de soins immédiats au niveau national avec un dépassement noté en 2019. Par contre, la cible annuelle n'a pas été atteinte en 2020 avec une évolution ascendante entre 2020 et 2022. Ces bonnes performances pourraient s'expliquer par une disponibilité des produits dans les

structures sanitaires liée à la stratégie « YEKSINA », la disponibilité des ressources humaines et stratégie couplé-gagnant SFE et infirmier au niveau des postes de santé. La stratégie des Sage-femmes Itinérantes (SAFI) mise en œuvre au niveau de certaines régions (Matam et Sédhiou) a également contribué à l'atteinte des résultats. Il s'agit d'un recrutement de 50 SFE bénéficiant d'un renforcement de capacités sur tous les paquets de services SRMNIA. Cependant, la contreperformance enregistrée en 2020 pourrait être liée aux accouchements à domicile durant la pandémie à COVID-19 (figure 38).

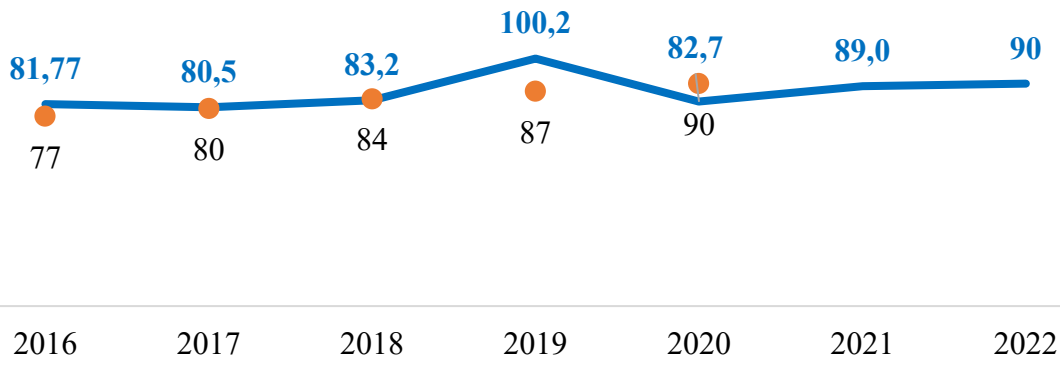


Figure 37 : Évolution du pourcentage de nouveau-nés ayant bénéficié du paquet de soins immédiats (DHIS2)

Malgré ces performances acceptables, des efforts restent à faire dans certaines régions comme le montre la figure 39 relative aux données désagrégées par région.

En 2017 et 2018, les indicateurs étaient entre 63% et 89% alors qu'en 2019 toutes les régions ont obtenu de bons taux (entre 94% et 103%), seule la région de Dakar a eu 87%. Par ailleurs, une baisse des indicateurs a été notée de 2020 à 2022 dans les régions de Dakar, Saint Louis, Louga et Sédhiou.

Les contreperformances pourraient entre autres s'expliquer par les ruptures fréquentes de produits tels que la vitamine K1. De même, il faut aussi noter la fréquence des accouchements à domicile au niveau des régions de Louga et de Saint Louis, la non capitalisation de certaines données et le non-respect des PNP dans les structures privées.

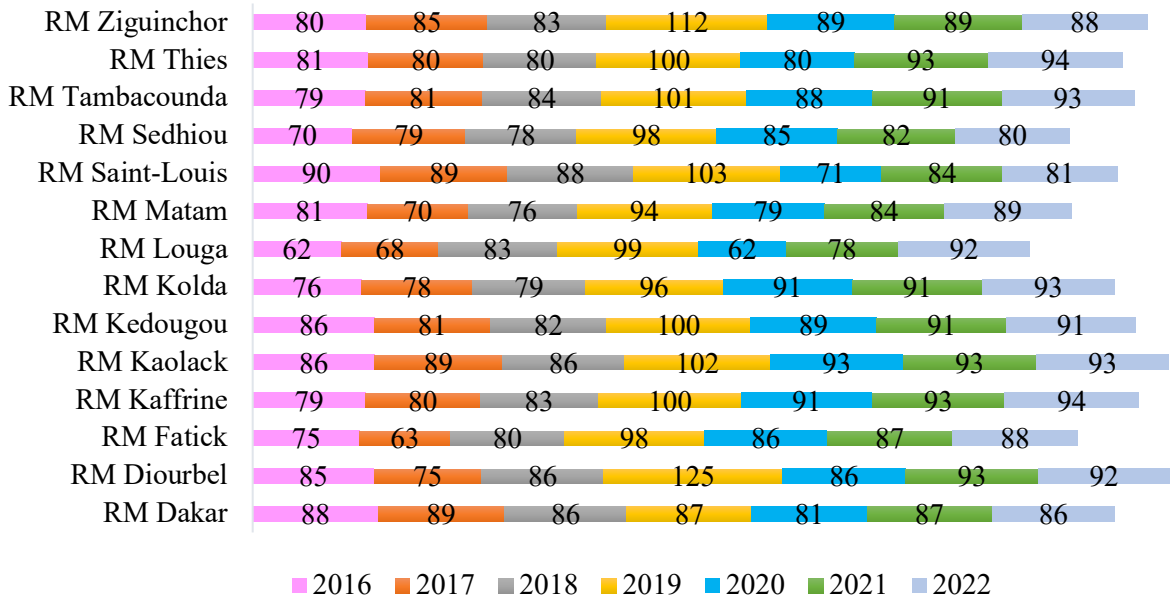


Figure 38 : Pourcentage de nouveau-nés ayant bénéficié du paquet de soins immédiats par région et par année (DHIS2)

III.3.2 Soins maternels kangourou (SMK)

La prise en charge du nouveau- né de faible poids de naissance pour les soins maternels kangourou (SMK) a connu une évolution favorable. En effet, sur la période de mise en œuvre du dernier plan quinquennal, toutes les cibles annuelles ont été atteintes malgré l'allure décroissante de la courbe. Cette performance est à mettre au crédit des formations et du coaching sur site à travers la mise en place des équipes de coach régionaux SMK (gynécologues, Médecins compétents SOU, pédiatres, CSR, sage-femmes, IDE), le renforcement de la mise en place des unités Kangourou dans certaines régions et leur fonctionnalité, le recrutement de personnels de santé qualifiés et l'amélioration du taux des accouchements assistés (figure 40).

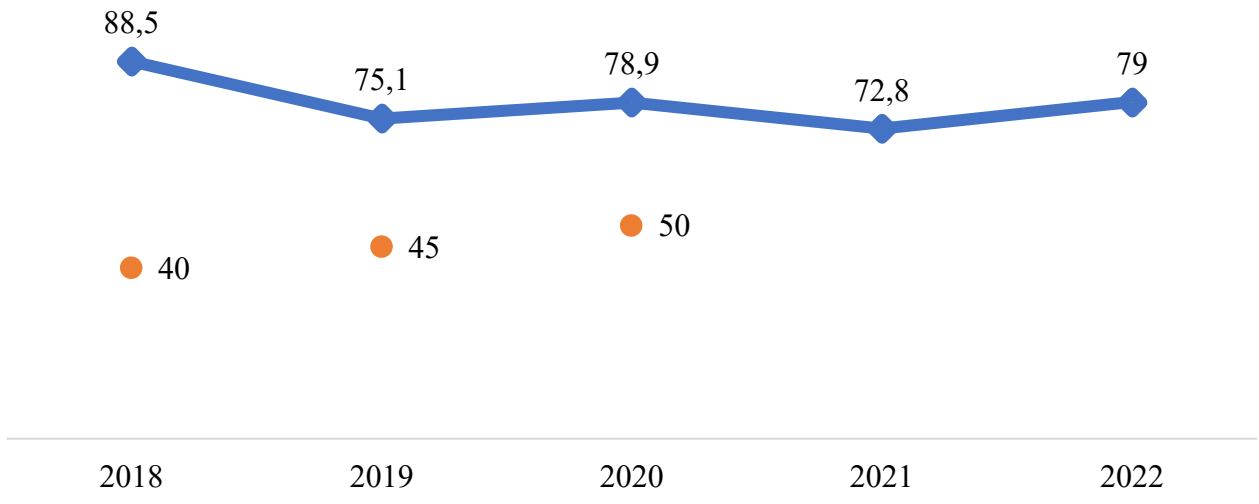


Figure 39 : Évolution du pourcentage de nouveau-nés de faible poids de naissance pris en charge par les soins maternels kangourou (DHIS2)

Malgré les performances importantes, l'analyse géographique montre des disparités régionales : les régions de Ziguinchor, Kédougou, Saint Louis, Dakar et Diourbel tirent cet indicateur vers le bas comme le montre la figure 41.

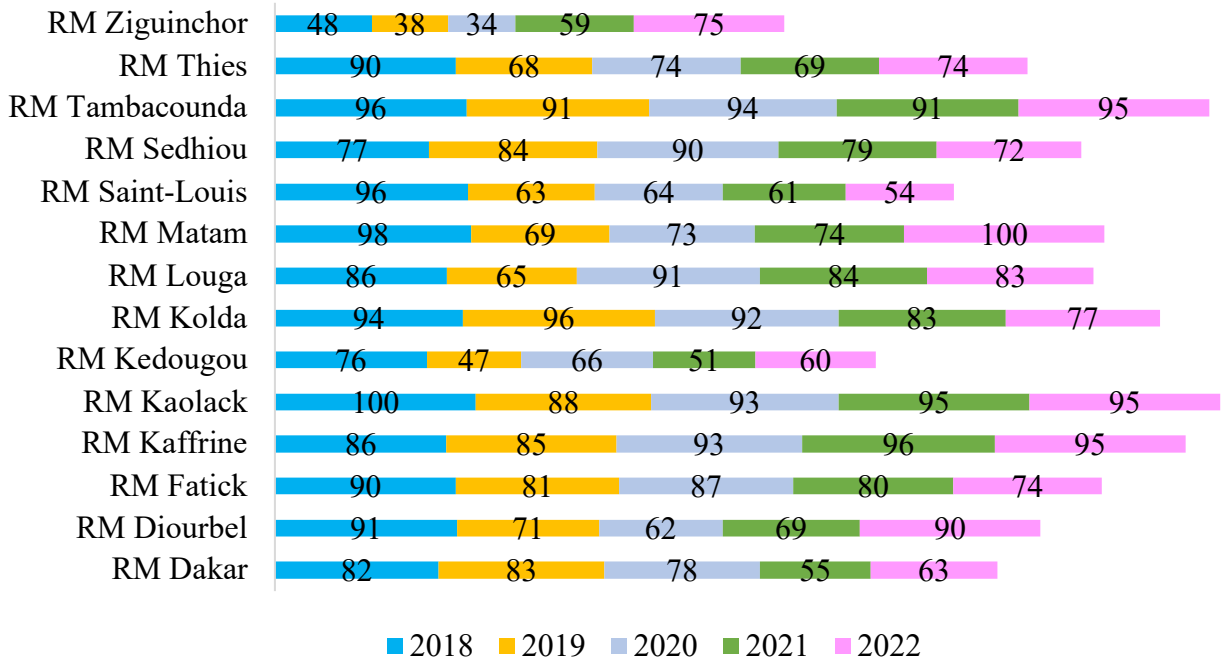


Figure 40 : Évolution du pourcentage de nouveau-nés de faible poids de naissance prise en charge par les soins maternels kangourou par région

Les causes des contreperformances notées sont liées entre autres à une insuffisance de formation des prestataires sur les soins Kangourou, une insuffisance des équipements et locaux adaptés par exemple pour la région de Ziguinchor, l'incomplétude des données, l'insuffisance de formation des prestataires

de soins sur l'utilisation du DHIS2, la multiplicité des formulaires utilisés dans la plateforme DHIS2 rendant l'exploitation complexe et l'absence d'unité kangourou dans certains EPS (EPS de Saint Louis et 85% des EPS et des CS de la région de Thiès).

III.4 Survie de l'enfant

Au Sénégal, la pneumonie, la diarrhée et le paludisme constituent les principales maladies infantiles qui peuvent entrainer le décès chez les enfants de moins de 5 ans. Ces maladies demeurent un problème de santé publique. Environ quatre enfants de moins de 5 ans sur dix (42%) ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines qui ont précédé l'interview ont bénéficié de conseils ou d'un traitement (EDS 2023). En ce qui concerne les urgences pédiatriques, le rapport du Countdown 2022, fait état de 12% d'accidents chez les enfants de 1 à 59 mois.

III.4.1 Couverture vaccinale des enfants de moins de 12 mois

La vaccination des enfants contre les maladies courantes évitables est essentielle pour réduire la morbidité et la mortalité infantiles. Globalement entre 2016 et 2019, la couverture vaccinale des enfants de moins de 12 mois a évolué favorablement passant de 46% à 53%. Toutefois, entre 2016 et 2017 cette couverture est passée de 46 à 32 %.

La figure 42 montre l'évolution de la couverture vaccinale complète des enfants âgés de moins de 12 mois. Les cibles ne sont pas atteintes pour toutes les années.

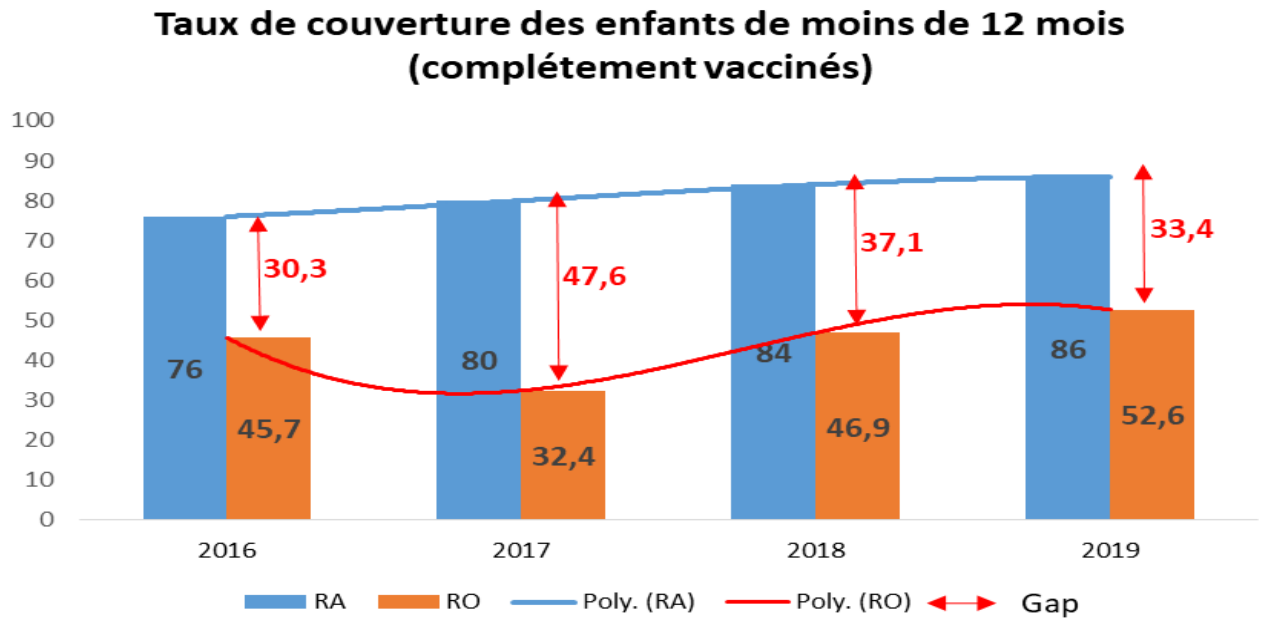


Figure 41 : Taux de couverture vaccinale chez les enfants de moins de 12 mois

III.4.2 Vaccination des enfants de 12 à 23 mois

Selon l'EDS 2023, seuls 43,3% des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins recommandés pour le groupe d'âges. À l'opposé, 6% des enfants de 12-23 mois n'ont jamais reçu de vaccin (Zéro dose).

Le pourcentage d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés est passé de 59% en 2005 à 64% en 2023, avec un pic de 77% en 2019 (EDS 2023). En outre, le pourcentage d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin a augmenté depuis 2019, passant de 3% à 6% en 2023 (figure 43).

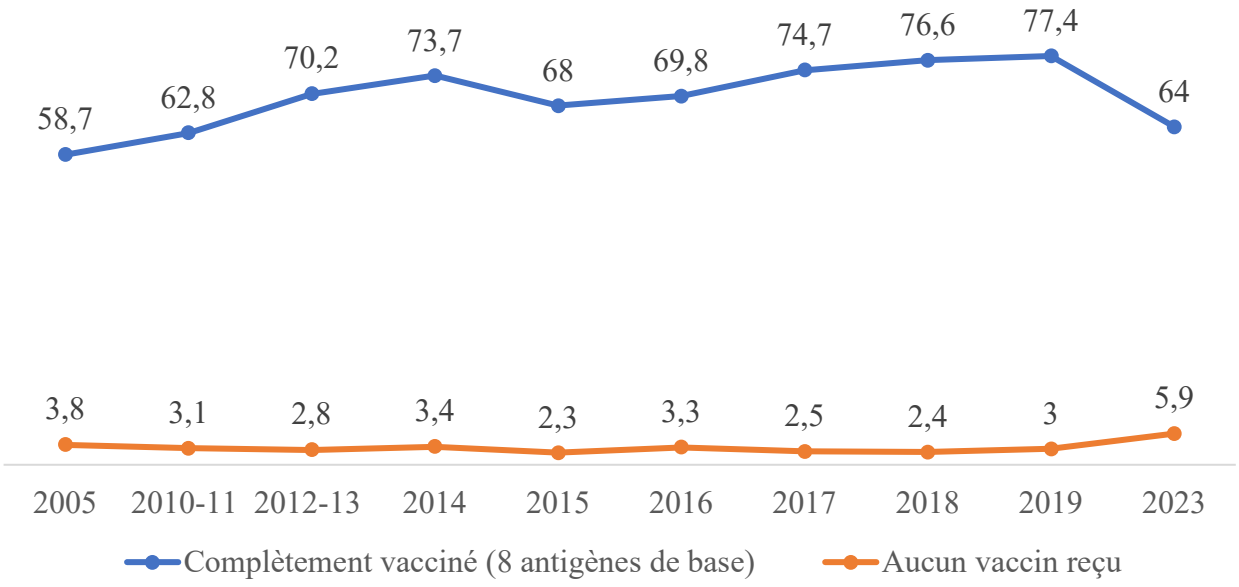


Figure 42 : Tendances de la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois de 2005 à 2023

III.4.3 Pneumonie traitée avec un antibiotique approprié

Selon l'EDS 2023, 59% des enfants de moins de 5 ans ayant présenté des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) au cours des 2 semaines qui ont précédé l'interview, ont recherché un traitement ou des conseils. Le pourcentage d'enfants de 0-59 mois présentant une pneumonie et traités avec un antibiotique approprié (amoxicilline) a faiblement évolué entre 2010 et 2017 passant de 31% à 37% avant de connaitre une baisse jusqu'en 2023 (27%) (figure 44).

Plusieurs interventions ont contribué à l'atteinte des objectifs en 2019, en particulier le suivi régulier des activités, la mesure des indicateurs et l'évaluation des résultats lors des instances de coordination, des supervisions et des revues à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Nous pouvons citer aussi les formations des acteurs communautaires sur la PCIME-C depuis 2015 et la gratuité de la prise en charge pour les 0-59 mois entre autres.

A partir de 2019, les principales causes de contreperformance sont : les ruptures d'amoxicilline, la mobilité du personnel (*Turnover*) et le non-respect des directives de PEC.

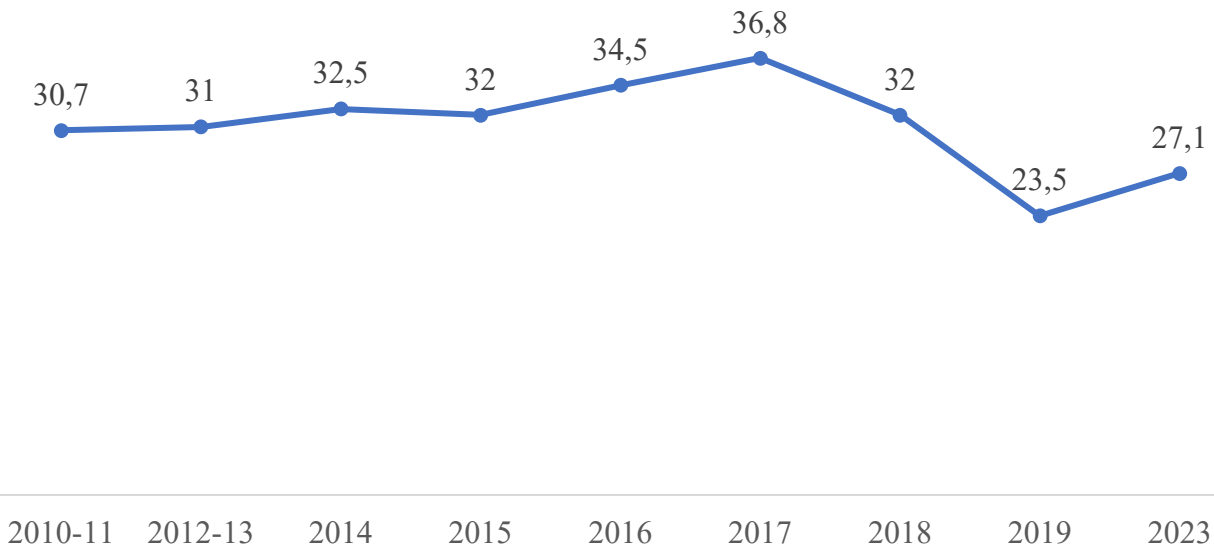


Figure 43 : Évolution du pourcentage d'enfants de 0 -59 mois présentant une pneumonie traitée avec un antibiotique approprié (EDS 2023)

Dans les 14 DRS, la performance souhaitée de 100% en 2020 n'a pas été atteinte sauf pour les DRS de Diourbel et Kaolack. Les DRS ayant une faible performance étaient Sédhiou (84%), Kédougou, Louga et Tambacounda (91%). Ces résultats sont consignés dans la figure 45 ci-dessous :

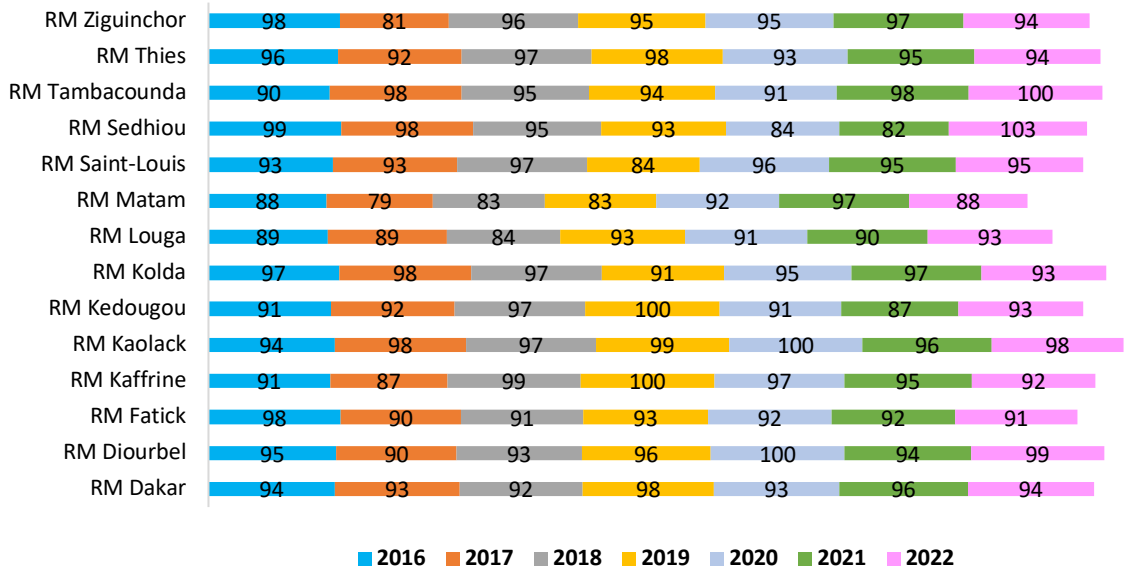


Figure 44 : Pourcentage d'enfants de 0 -59 mois présentant une pneumonie et traitée avec un antibiotique approprié par région et par année (DHIS2)

III.4.4 Supplémentation en vitamine A en routine

L'analyse des données montre que durant ces 5 dernières années (2016-2020), les cibles ne sont pas atteintes. Toutefois, un bond important de 38,67 points a été constaté entre 2018 et 2019.

La riposte organisée après les faibles résultats de 2018 était articulée autour de la supplémentation au niveau communautaire (approche porte à porte), de l'organisation de stratégies avancées intégrées (PEV, SVA et déparasitage) et du renforcement de la collaboration avec les structures du développement intégré de la petite enfance. En outre, cette période correspond à l'intégration progressive de la supplémentation en vitamine A dans les services de routine des districts sanitaires du pays. Quant à la contreperformance observée de 2016 à 2018, elle pourrait s'expliquer par la transition des campagnes vers les services de routine. Celle de 2022 pourrait être expliquée par la rétention des données sanitaires.

La figure 46 montre les résultats de la supplémentation en vitamine A durant cette période.

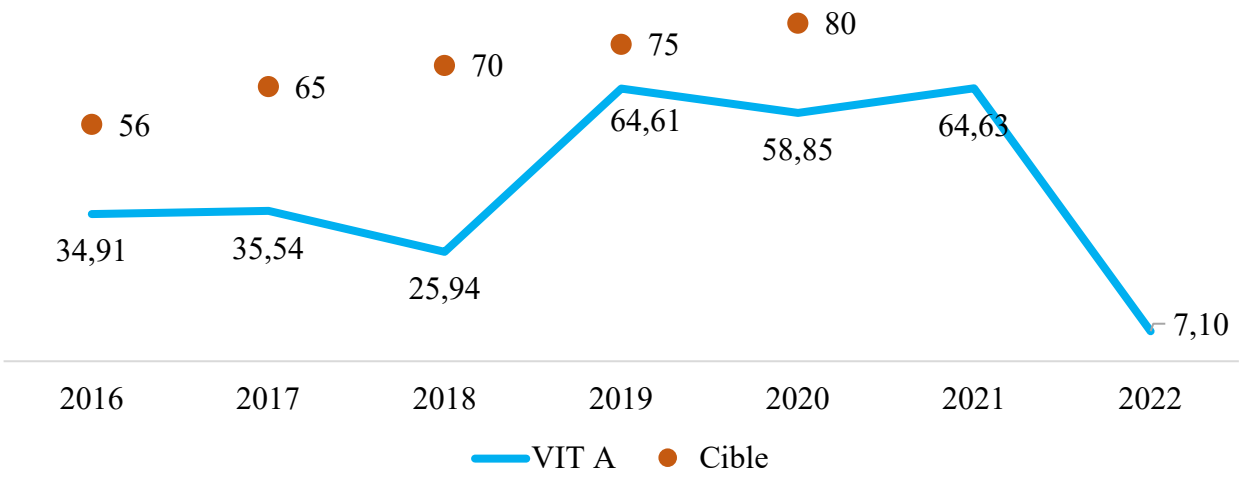


Figure 45 : Tendances de la supplémentation en vitamine A en routine chez les enfants 6-59 mois (DHIS2)

Des contreperformances sont notées dans les régions de Tambacounda, Fatick, Diourbel, Matam, de Louga, Sédhiou et Ziguinchor. Les facteurs qui expliquent ces résultats sont les mouvements d'humeur des prestataires, l'insuffisance d'actions au niveau communautaire et la Covid-19.

Les contreperformances au niveau de l'ensemble des régions au cours de l'année 2022 pourraient être expliquées par la rétention des données sanitaires caractérisée par la non capitalisation des données de supplémentation (figure 47).

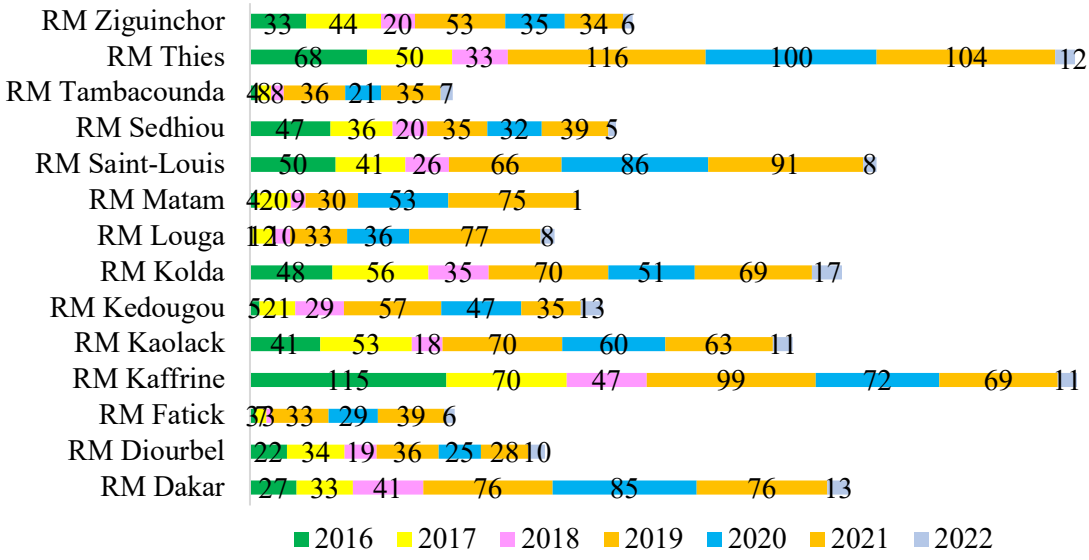


Figure 46 : Tendances de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois par région (DHIS2)

III.4.5 Diarrhée chez les enfants 0-59 mois traités par SRO/ZINC

Selon les résultats des EDS de 2023, 46% des enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des 2 semaines qui ont précédé l'interview ont recherché des conseils ou un traitement. En outre, 33% des enfants ayant eu la diarrhée ont reçu du SRO, 17% du zinc et 17% ont reçu une association SRO-Zinc.

Selon le DHIS2, la proportion de cas de diarrhée chez les enfants 0-59 mois traités par SRO-Zinc a connu une évolution positive entre 2017 (91%) et 2019 (96 %) atteignant l'objectif de 95 % en 2019. Pour 2019 et 2020, les cibles du cadre de mesure de performances ont été atteintes même si par ailleurs on constate une diminution des performances d'une année à une autre. Les performances sont globalement très appréciables.

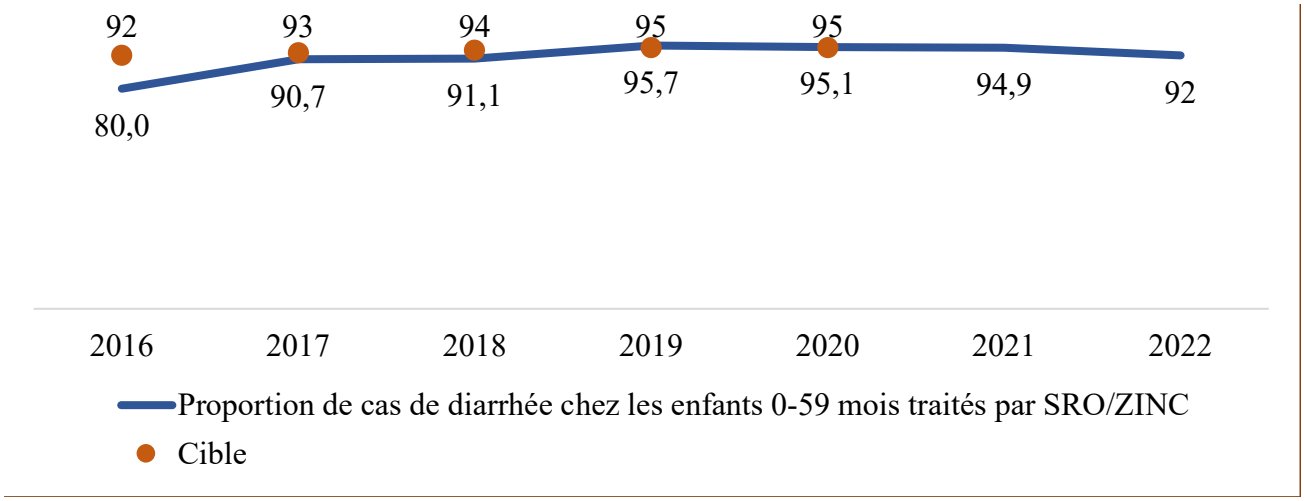


Figure 47 : Tendances des cas de diarrhées chez les enfants de 0-59 mois traités par SRO/Zinc (DHIS2)

La disponibilité des intrants (SRO-Zinc), la formation du personnel et la mise en œuvre de stratégies communautaires sont, entre autres, des déterminants qui peuvent expliquer cette performance, elles sont donc à consolider et à développer.

La non atteinte des cibles s'expliquerait selon les informateurs clés (prestataires, ECDRS, ECD) lors des ateliers régionaux d'évaluation du plan stratégique SRMNIA 2016-2020 en grande partie par le non-respect des directives de PEC de la diarrhée dû en partie à la non mise à niveau sur la prise en charge de la diarrhée des nouveaux prestataires et aux ruptures cycliques du SRO-Zinc surtout en 2016 (période de transition de la gestion du SRO-Zinc).

Durant toute la période d'exécution du plan stratégique SRMNIA 2016-2020, seule la région de Saint louis a atteint la cible nationale (95%). Ces performances constatées à Saint-Louis sont dues au renforcement de compétences des prestataires, à la tenue de supervisions régulières mais aussi à la disponibilité des médicaments à travers un suivi régulier de stock à tous les niveaux.

L'atteinte des cibles a concerné 11 régions en 2019 et 9 régions en 2020. En 2021 et 2022, 3 régions (Kaolack, Diourbel et Kédougou) ont atteint la performance de 95%.

Ces résultats sont consignés dans la figure 49.

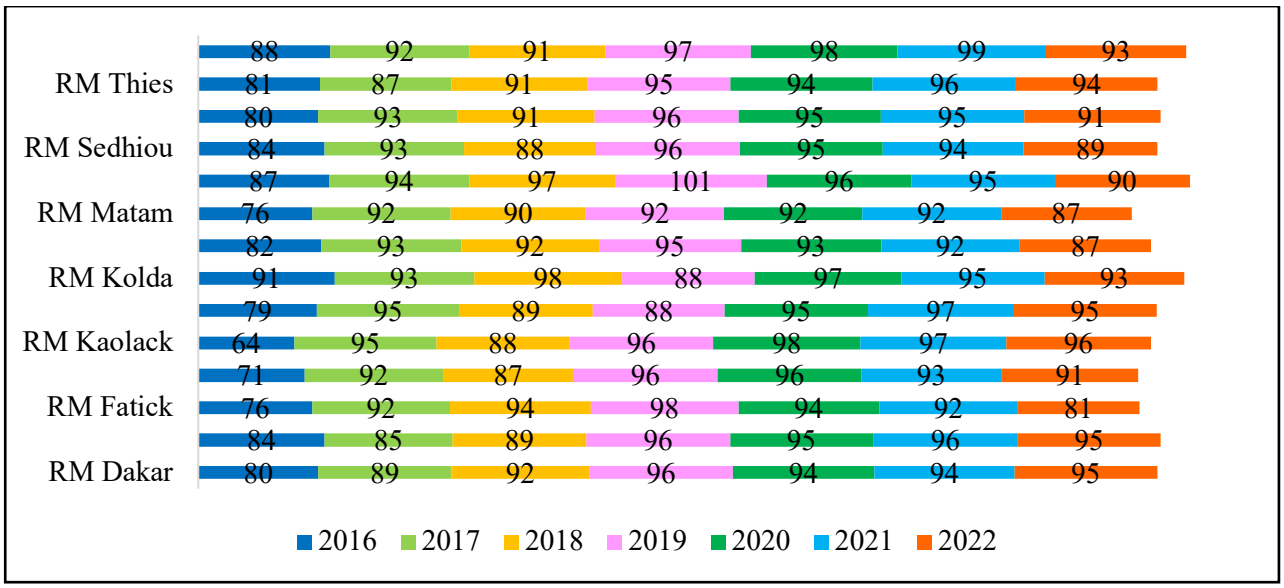


Figure 48 : Proportion de cas de diarrhée chez les enfants de 0 à 59 mois traités par SRO/zinc par région et par année (DHIS2)

III.4.6 Etat nutritionnel des enfants âgés de moins de 5 ans

La prévalence du retard de croissance (malnutrition chronique) chez les enfants de moins de 5 ans a diminué depuis 2015, passant de 21% à 17,5% en 2023. Par contre, celle de l'émaciation (malnutrition aiguë) a légèrement augmenté, passant de 8% à 10% entre 2015 et 2023. Dans la même période, la

prévalence du surpoids a légèrement augmenté passant de 1% à 1,1% avec des pics de 1,5% en 2018 et 2,3% en 2019 (figure 50).

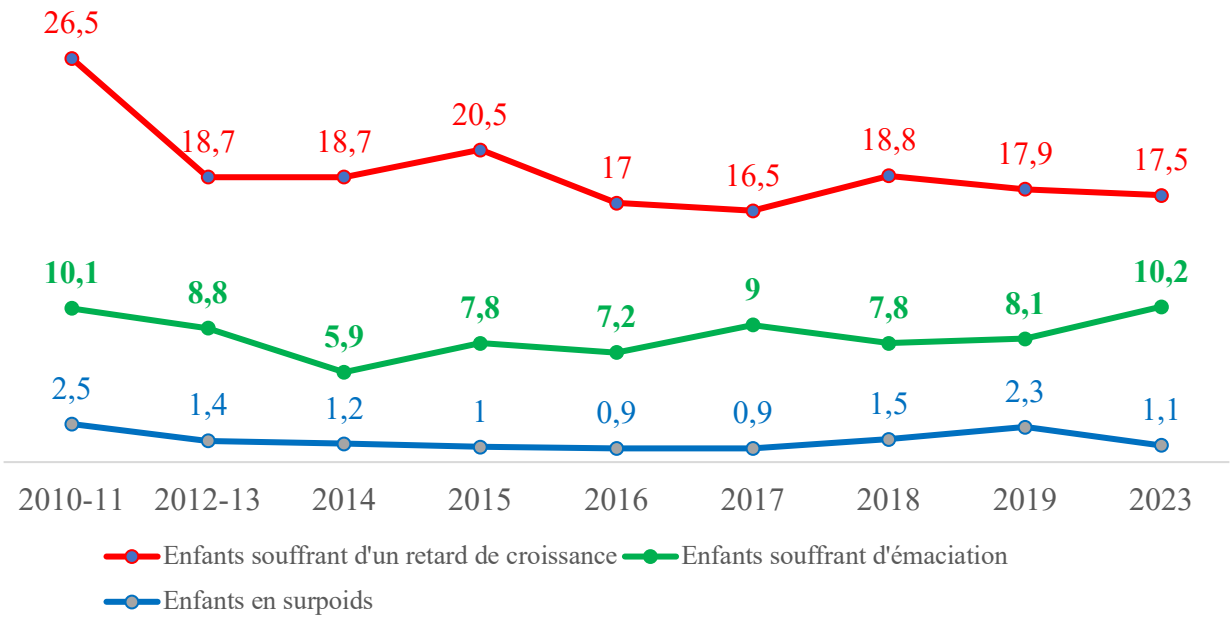


Figure 49 : Évolution de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans

Entre 2017 et 2023, mis à part le surpoids et l'obésité chez les enfants de moins de 5 ans, les prévalences de l'émaciation et du retard de croissance ont connu une légère hausse, passant respectivement de 9% à 10% et de 17% à 18%. Les enfants âgés de 12 à 23 mois sont plus affectés par les malnutritions aiguës et chronique ainsi que l'insuffisance pondérale.

Ces contreperformances pourraient être tributaires de plusieurs facteurs tels que :

- Les conditions climatiques (pluviométrie) ;
- L'évolution de la pauvreté (le pouvoir d'achat) accentuée par les tensions géopolitiques au niveau international qui ont occasionné la flambée des prix des denrées alimentaires de base impactant sur les habitudes alimentaires, sur le statut nutritionnel de la mère (cercle vicieux de la malnutrition) ;
- L'impact négatif de la Covid-19 sur l'offre de services de nutrition.

III.4.7 Retard de croissance

En 2023, les prévalences du retard de croissance global et du retard de croissance sévère sont respectivement de 18% et 4% au niveau national. Ces prévalences cachent des disparités entre les régions. En effet, plusieurs régions sont au-delà du seuil acceptable de 20%. C'est le cas des régions

de Kaffrine (28,4%), Matam (25,3%), Sédhiou (24,5%), Tambacounda (23,5%), Saint-Louis (22,9%) et Kédougou (21,3%). De plus, le taux de sévérité est très élevé dans les régions de Tambacounda (9,7%) et de Kaffrine (7,5%) comparée aux autres régions (figure 51).

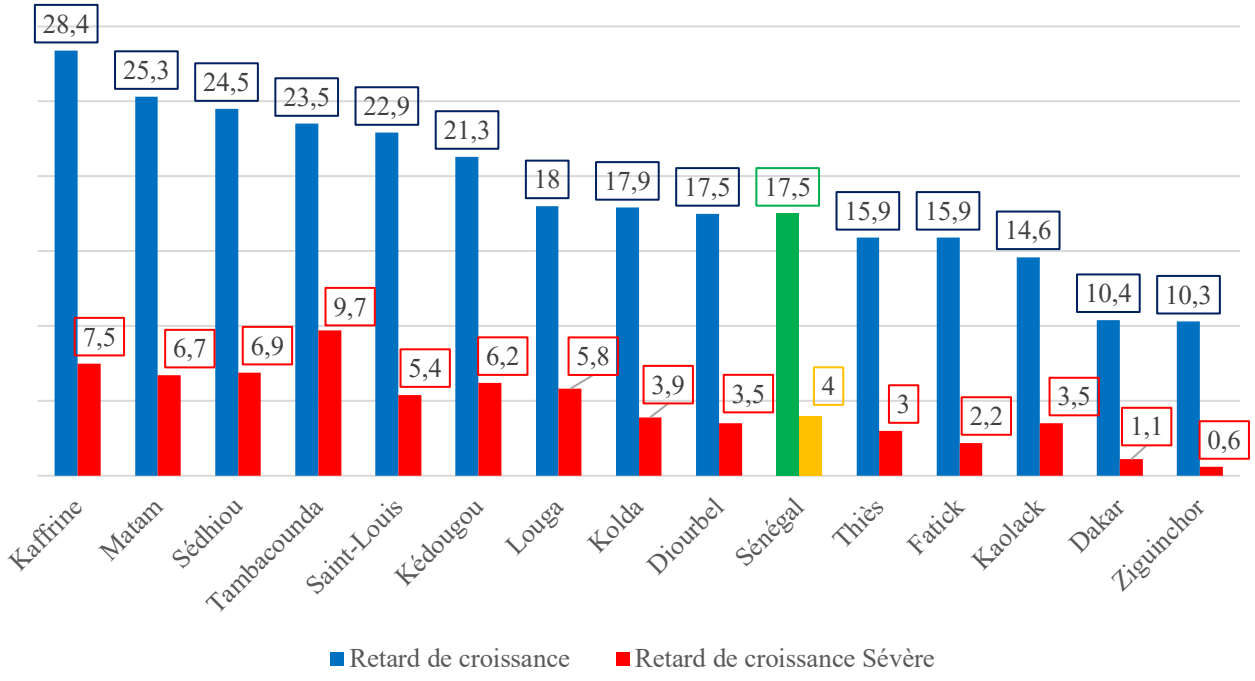


Figure 50 : Prévalence du retard de croissance par région en 2023

III.4.1 Malnutrition aiguë

En 2023, la prévalence de la malnutrition aigüe globale s'élève à 10% au niveau national. Cette prévalence varie d'une région à une autre. Certaines régions sont au-delà du seuil critique de 15%. C'est le cas des régions de Matam (22,2%), de Tambacounda (17,8%) et de Diourbel (17,1%). D'autres régions telles que Sédhiou, Fatick et Louga sont en situation préoccupante, avec des prévalences qui varient de 10% à 15%. La prévalence de la malnutrition aiguë sévère varie d'une région à une autre passant de 4% dans la région de Matam à 0,1% dans la région de Dakar (figure 52).

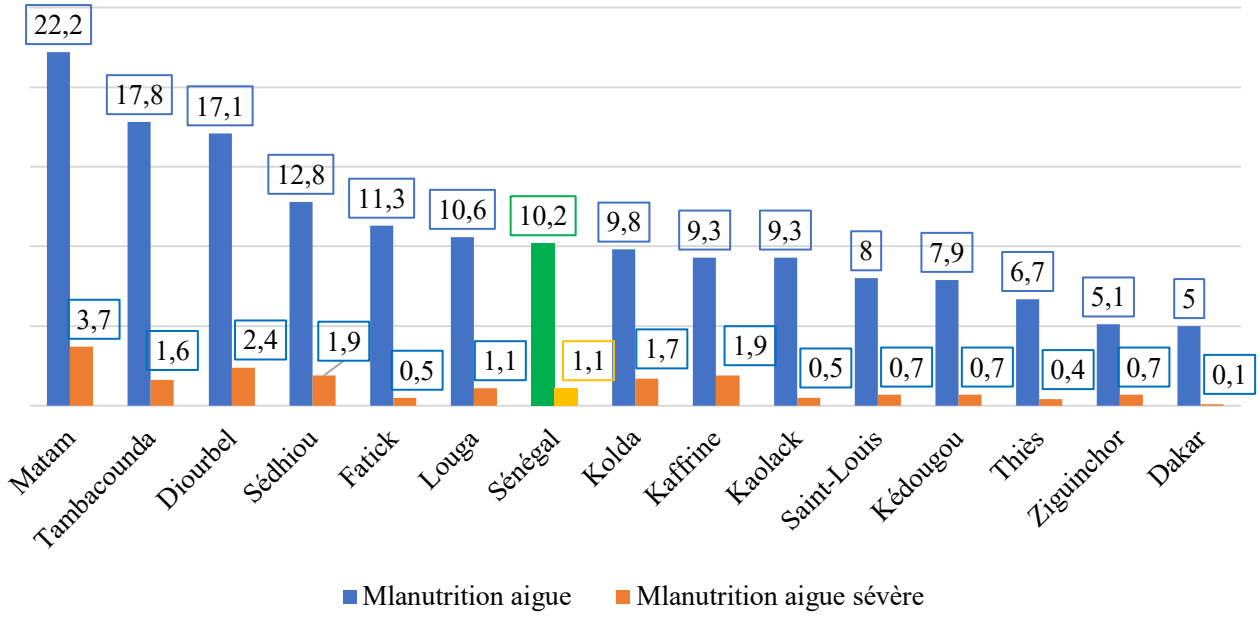


Figure 51 : Prévalence de la malnutrition aigüe et de la malnutrition aigüe sévère par région en 2023

III.4.2 Insuffisance pondérale

Selon les EDS de 2023, l'insuffisance pondérale s'élève à 16,2% au niveau national. Cette prévalence est inégalement répartie suivant les régions, avec une situation alarmante dans la région de Matam (31,2%) et préoccupante dans les régions de Tambacounda, Sédhiou, Diourbel et Kaffrine qui ont des taux compris entre 20 et 30%. Par ailleurs, la prévalence de l'insuffisance pondérale et de sa forme sévère est faible dans les régions de Ziguinchor et Dakar, avec des taux respectifs de 8,4% et de 7,4% (figure 53).

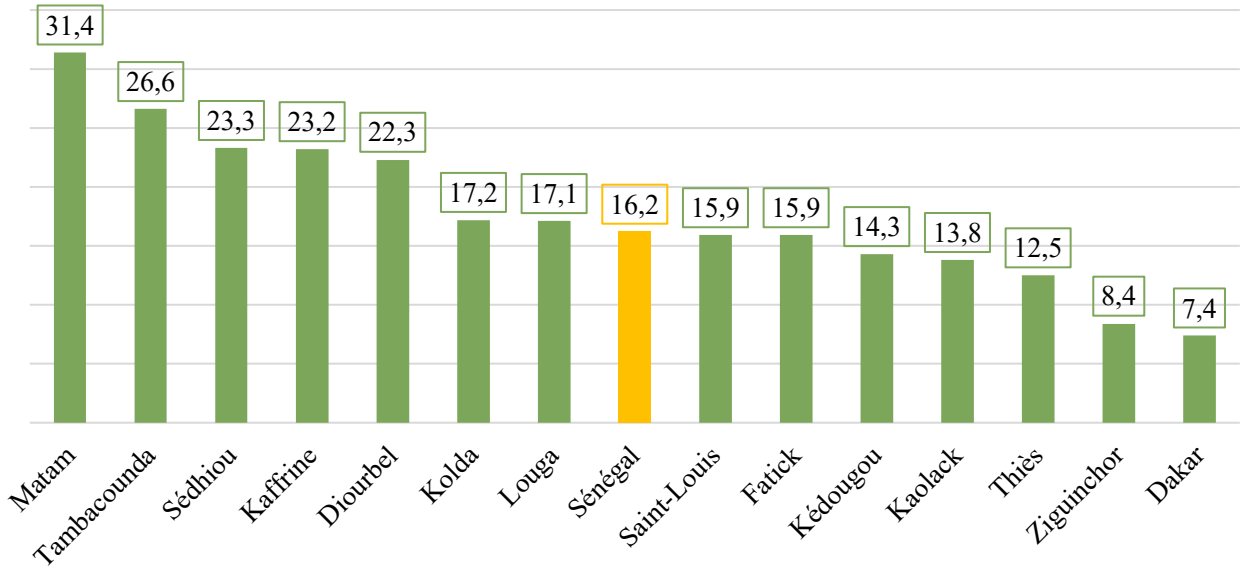


Figure 52 : Prévalence de l'insuffisance pondérale par région en 2023

III.4.3 Surpoids

La prévalence du surpoids est très élevée dans la région de Dakar (3,1%). La prévalence varie entre 1,3 et 1% dans les régions de Louga, Kolda, Tambacounda et Ziguinchor. Elle est de moins de 1% dans les autres régions notamment Kaolack, Kédougou, Kaffrine, Matam, Fatick, Saint-Louis, Diourbel, Sédhiou et Thiès (figure 54).

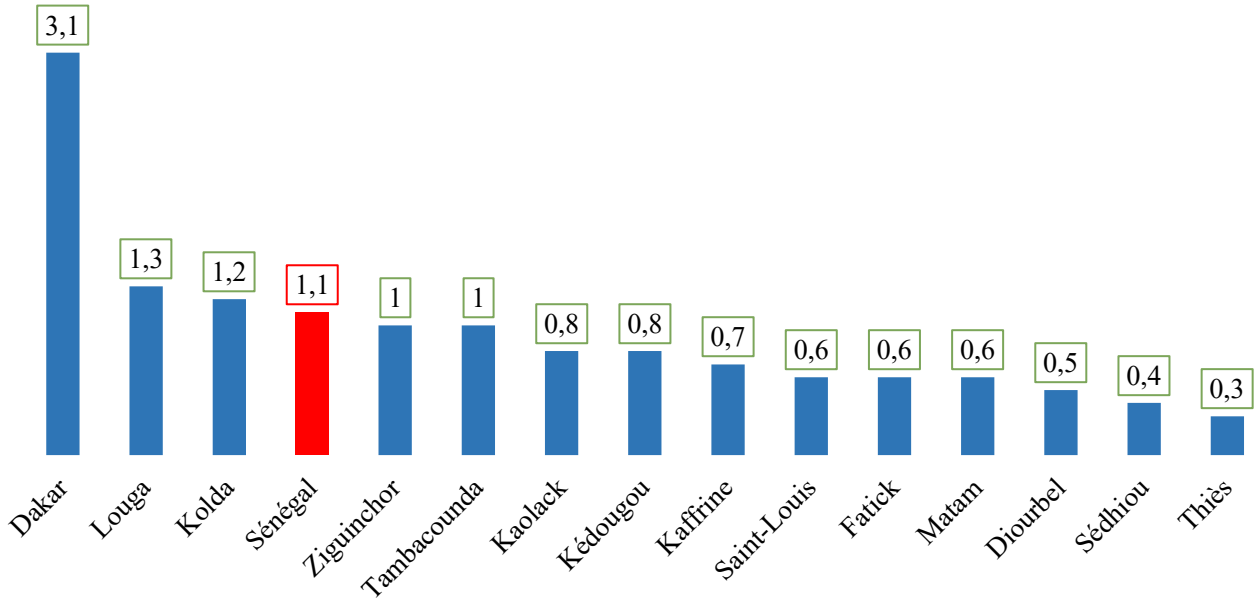


Figure 53 : Prévalence du surpoids par région en 2023 (EDS, 2023)

III.4.4 Allaitement Maternel exclusif

Le pourcentage d'enfants de moins de 6 mois exclusivement allaités au sein a augmenté entre 2015 et 2017, passant respectivement de 33% à 41% (figure 55). La meilleure performance a été enregistrée en 2018, qui peut s'expliquer entre autres par les stratégies de communication, la formation des agents de santé et des acteurs communautaires sur les Actions Essentielles en Nutrition (AEN) et Actions Essentielles en Hygiène (AEH) y compris l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) dans la majorité des régions. Par ailleurs, la DSME et le CNDN ont largement promu l'allaitement maternel exclusif (AME) à travers les activités de communication : semaines de l'AME et de la santé de la mère et de l'enfant, campagne intense de communication (Ween Kessé, …) et initiative « Plus fort avec le lait maternel uniquement ». Toutefois, une tendance baissière a été notée entre 2017 et 2023 où le taux d'AME est passé de 41% à 34%.

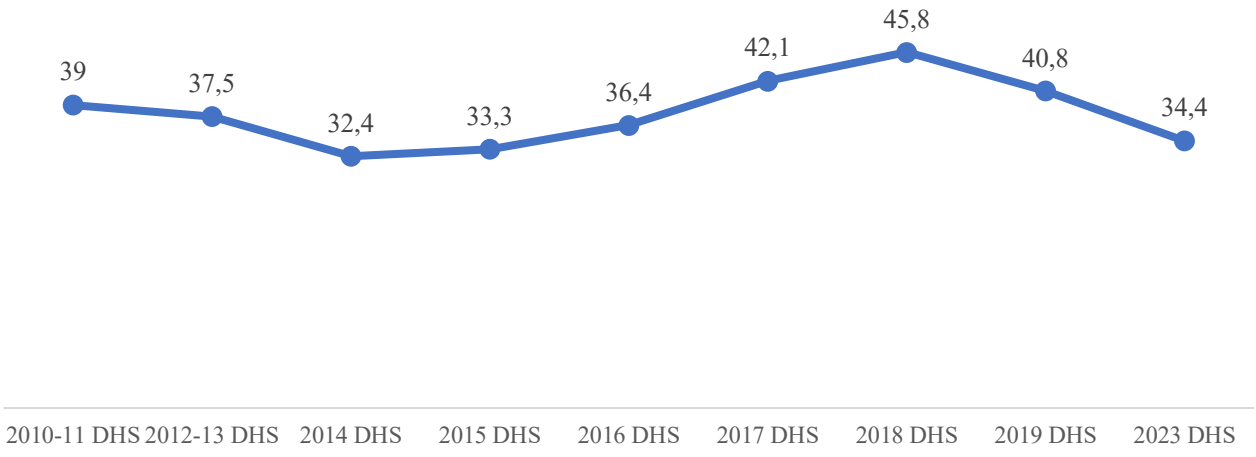


Figure 54 : Évolution du pourcentage des enfants 0-6 mois allaités exclusivement au sein de 2010 à 2023

III.5 Santé de l'adolescent-e et jeunes

III.5.1 Fécondité des adolescent-e-s et jeunes

Les adolescentes (22% de l'ensemble des FAR) contribuent à environ 10% de la fécondité totale des femmes. À tous les âges, les taux de fécondité des femmes du milieu rural sont plus élevés que ceux des femmes du milieu urbain. Parmi les jeunes femmes de 15-19 ans, 13% ont déjà été enceintes, 10% ont déjà eu, au moins, une naissance vivante, 1% a eu au moins une grossesse n'ayant pas abouti à la naissance d'un enfant vivant et 3 % sont actuellement enceintes de leur premier enfant. Le pourcentage de femmes de 15-19 ans qui ont commencé leur vie procréative est de 12,7% avec des disparités notées entre les régions. Dans les régions de Kolda, Tambacounda, Kaffrine et Kédougou, ce pourcentage est respectivement de 29,1 %, 28,6 %, 26,9 et 24,6% contre 5% à Dakar, 6,4% à Thiès et 6,8% à Ziguinchor. La prévalence globale des mariages précoces est de 33% chez les femmes de 20-24 ans et de 30,5% avant l'âge de 18 ans. Cependant, il faut noter que 8,8% des jeunes femmes de 20-24 ans ont été données en mariage avant l'âge de 15 ans[18].

Chez les adolescentes de 10-14 ans, le taux de fécondité était de 1 pour 1000 pour toutes les années sauf en 2016 et 2018 où il était de 2 pour 1000 (figure 56).

[18] EDS-C 2019

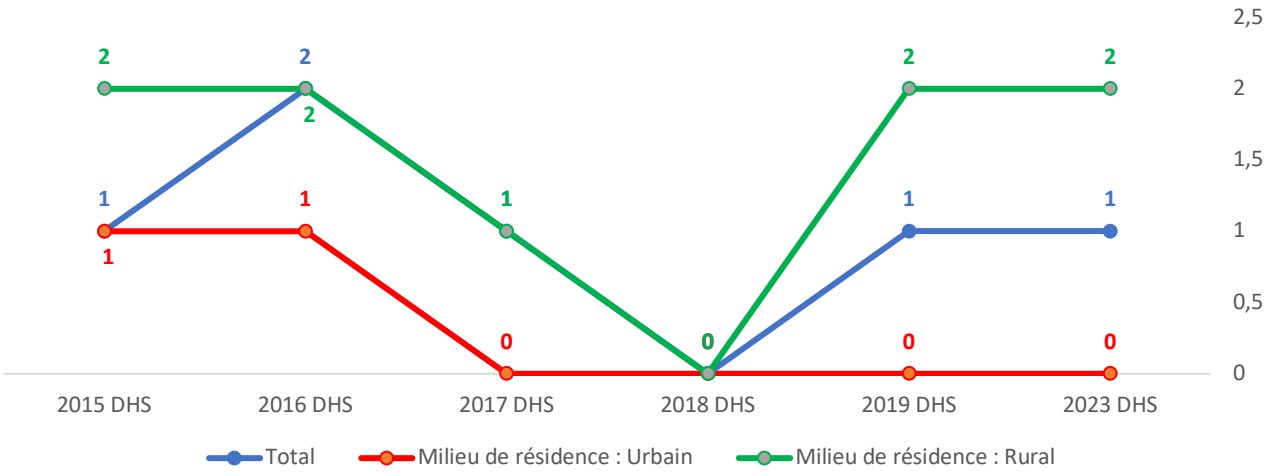


Figure 55 : Tendances du taux de fécondité chez les adolescentes de 10 à 14 ans (EDS 2023)

Le taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans a évolué en dents de scie, passant de 80 en 2015 à 68 pour mille en 2023 (figure 57).

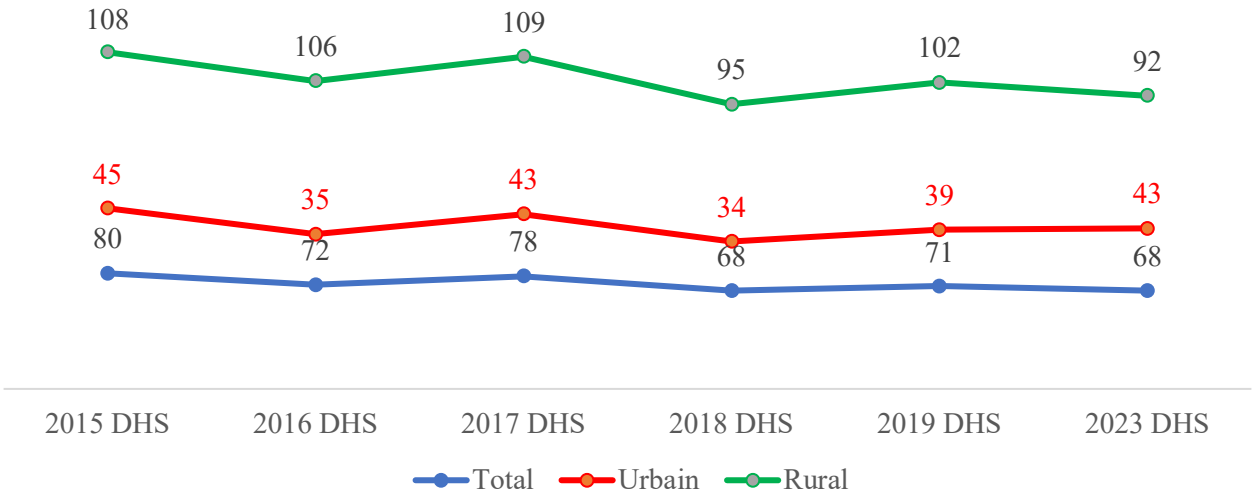


Figure 56 : Tendances du taux de fécondité chez les adolescentes de 15 à 19 ans (EDS 2023)

Chez les adolescentes de 20-24 ans, le taux de fécondité est passé de 189 ‰ en 2015 à 172 ‰ en 2023 (figure 58).

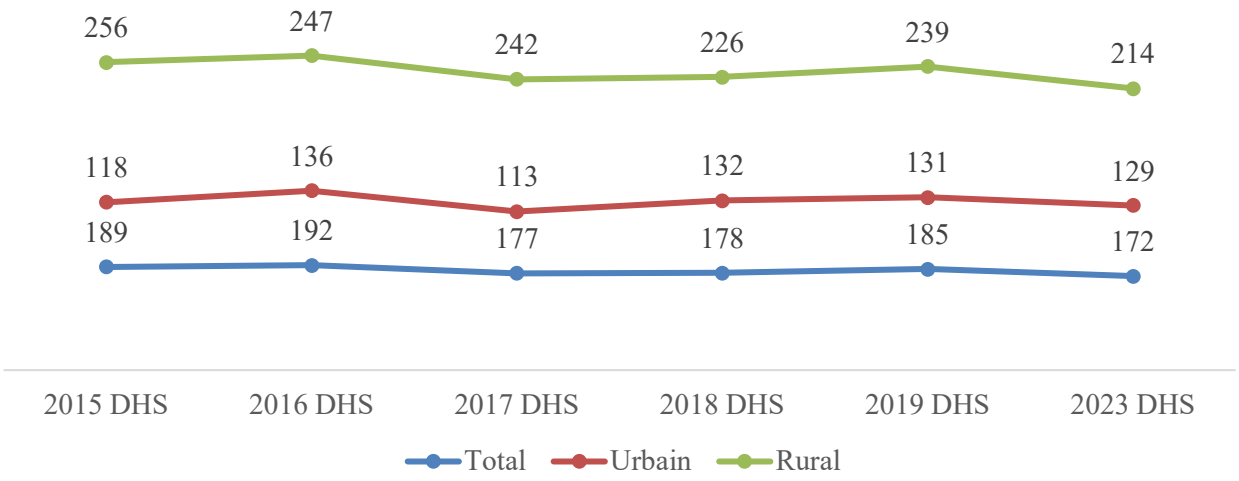


Figure 57 : Tendances du taux de fécondité chez les jeunes de 20 à 24 ans

III.5.2 Violences basées sur le genre

Le rapport sur les Violences Basées sur le Genre (VBG) 2019 de l'ANSD a montré que 27% des femmes âgées de 15-49 ans ont subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans et 68% des victimes gardent le silence. Les variations selon le milieu de résidence montrent que le pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans est légèrement plus élevé en milieu rural (27,8%) qu'en milieu urbain (25,1%). D'après l'EDS-C 2019, 16,1% des filles de moins de 15 ans déclarent avoir été excisées contre 14% en 2018, soit une hausse de 2 points, d'où la nécessité d'intensifier les interventions des programmes de l'État. La pratique des mutilations génitales féminines persiste (25,2 %)[19].

Selon l'OMS, près d'une adolescente sur quatre âgée de 15-19 ans et 16% des jeunes âgées de 15-24 ans ont été contraintes à des relations sexuelles, battues ou maltraitées au cours de leur vie.

III.5.3 IST et VIH

L'analyse tendancielle des données de routine du CNLS montre une augmentation annuelle des IST notifiées d'une année à une autre. La recrudescence des IST témoigne de pratiques sexuelles non protégées. Au total, 801 176 cas d'IST ont été notifiés entre 2018 et 2021 et répartis comme suit selon la tranche d'âge : 29,3% chez les 20-24 ans, 16,5% chez les 15-19 ans et 1,6% chez les 10-14 ans. Les nouvelles infections par le VIH sont en baisse régulière au Sénégal dans toutes les tranches d'âge

[19] ANSD, 2019

sauf pour les 15-24 ans. De 2017 à 2022, il est noté une augmentation des nouvelles infections chez les 15-24 ans, passant de 168 à 227 soit une augmentation de 35,1% [20]. Selon le dernier rapport de l'enquête démographique continue de santé (EDSc, 2017), seul 1/3 des jeunes de 15-24 avaient une connaissance complète du VIH[21].

III.5.4 Sexualité et grossesses chez les adolescent-e-s et jeunes

III.5.4.1 Grossesses des adolescent-e-s et jeunes en milieu scolaire

Dans le secteur de l'éducation, les grossesses chez les élèves sont des facteurs d'échec et de déperdition scolaire et constituent des obstacles majeurs à l'épanouissement et à l'autonomisation des filles. Selon le rapport du Groupe pour l'Étude et l'Enseignement de la Population (GEEP) en 2023[22], on note une baisse des cas de grossesses en milieu scolaire (1325 en 2021, 1263 en 2022 et 1168 en 2023). Cette baisse est particulièrement notée dans les académies de Ziguinchor, Sédhiou, Saint Louis, Diourbel, Thiès et Kaolack. Par contre, une hausse des cas de grossesse est notée entre 2021 et 2023 passant de 152 à 169 à Fatick, de 28 à 33 à Kédougou, de 25 à 34 à Kaffrine et de 82 à 105 à Tambacounda. Parmi les cas de grossesses, 71% sont survenues entre 13 et 18 ans, ce qui démontre la précocité des grossesses. Le pourcentage des cas de grossesses survenues entre 13 et 15 ans est de 18 % ; le taux le plus élevé est noté à Sédhiou avec 35%, suivie de Kaolack 31% et de Kolda 29%. Le nombre d'établissements où des cas de grossesse ont été notés s'élève à 687 soit 68,8% du nombre d'établissements concernés.

III.5.4.2 Sexualité précoce

Les adolescentes 15-19 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans représentent 6,1% et 5,7% sont en union. Ces statistiques montrent la précocité de la sexualité chez les adolescentes âgées de moins de 15 ans qui sont les plus exposées à des complications liées à la grossesse, à l'accouchement et aux décès maternels (*Tableau IV*).

[20] Spectrum 2017, 2022
[21] EDS, 2017
[22] GEEP, 2023

Tableau IV : Indicateurs sur les comportements sexuels avant 15 ans

Sexe	Adolescent-e-s 15-19 ans		
	A eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	En union avant l'âge de 15 ans	A donné naissance avant l'âge de 15 ans
Femme	6,1%	5,7%	0,9%
Homme	4,5%	0	0

Source : Etude ANSD 2019 : Violences Basées sur le Genre et pouvoir d'action des femmes.

III.5.5 Santé mentale

La santé mentale est une priorité dans les politiques de santé publique. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves ont une durée de vie réduite de 10 à 20 ans par rapport à la population générale, souvent en raison de pathologies physiques évitables. Ces différents troubles sont : la dépression, le trouble affectif bipolaire, la schizophrénie, les troubles anxieux, la démence, les troubles liés à la consommation de substances, les déficiences intellectuelles et les troubles du développement et du comportement dont l'apparition survient généralement dans l'enfance et l'adolescence, y compris l'autisme et l'épilepsie**.**

En août 2023, une première enquête nationale a été effectuée auprès de 2174 individus dans le cadre d'une analyse situationnelle de la santé mentale au Sénégal. La répartition des enquêtés selon la substance consommée était : le tabac (8,6%), l'alcool (0,9%), le cannabis (0,7%), la cocaïne (0,2%) et d'autres substances psychoactives (0,4%). La consommation du tabac est de 0,3 % chez les filles et de 2,3% chez les garçons âgés de 15-19 ans (EDS-C de 2017) [23]. Les résultats de l'enquête sur la prévalence du tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire ont montré un taux de 9,2% chez les élèves âgés de 13-15 ans, dont 11,6% de garçons et 6,9% de filles [24].

L'enquête sur l'usage de drogues et la santé au Sénégal réalisée en 2019 en milieu scolaire par l'ONUDC pour la cible 15-16 ans a révélé que : 15% des élèves ont fumé des cigarettes ou bu de l'alcool dans leur vie ; 7,8% ont consommé un tranquillisant ou un médicament anti douleur ; 3,5% des jeunes ont consommé une substance psycho active autre que les cigarettes, l'alcool ou les médicaments [25].

23 EDS-C 2017

24 Programme de Lutte contre le Tabac, 2022

25 ONUDC, 2019

III.5.6 État nutritionnel des adolescent-e-s

Les adolescent-e-s de 15-19 ans représentent 22% des femmes en âge de reproduction (15-49 ans). La malnutrition[26] chez les 15 à 19 ans est estimée à 35% pour la sous-nutrition et à 7% pour la surnutrition, contre 22% et 21% pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans. Une nutrition sous-optimale des adolescentes entraîne souvent la naissance d'enfants de faible poids qui seront plus susceptibles de mourir par carences nutritionnelles. Les nourrissons qui survivent courent un plus grand risque de devenir des mères ou des pères souffrant eux-mêmes d'un retard de croissance, perpétuant ainsi le cycle intergénérationnel de la malnutrition. En plus, le lien entre la malnutrition à un âge jeune (y compris à l'adolescence) et les risques de maladie chronique à l'âge adulte est établi depuis des décennies. Un nombre croissant d'observations faites à l'échelle mondiale révèlent que le fait de remédier aux problèmes de nutrition et d'adopter des habitudes alimentaires saines pendant l'adolescence pourrait contribuer à « rattraper » un éventuel retard de croissance, améliorer la cognition et de réduire le risque de maladies non transmissibles (MNT) plus tard dans la vie. Des efforts importants ont été réalisés ces dix dernières années par les autorités sanitaires pour lutter contre la malnutrition chez les enfants, les femmes enceintes et/ou allaitantes. Toutefois, il est impératif que les adolescents soient mieux ciblés par les politiques et les interventions sur la nutrition afin de rompre le cycle intergénérationnel de la malnutrition.

III.5.7 Santé menstruelle

Dans la région de Kaffrine, seules 21% des filles pratiquent les mesures d'hygiène recommandées lors des règles et 45,12% des écolières sont absentes pendant leur période menstruelle. Ces chiffres sont expliqués par la précarité menstruelle et le manque d'infrastructures adaptées au niveau des écoles. Le manque d'accès à des toilettes fonctionnelles et séparées, les informations limitées sur la gestion de l'hygiène menstruelle et la disponibilité limitée de matériels sanitaires pour gérer les menstruations rendent plus difficile pour les filles la gestion de leur hygiène menstruelle. Cette situation entraîne le retrait des jeunes filles de l'école créant un cercle vicieux de mariages et grossesses précoces qui exposent ces filles à des violences, leur causant encore plus de difficultés à devenir autonomes[27]. La gestion des menstruations est perçue comme difficile. La plupart des filles disent utiliser des serviettes hygiéniques. Cependant, ces dernières coûtent chères et certaines adolescentes n'ont pas les moyens d'en acheter. De plus, certaines filles cachent leurs menstruations à leurs parents, ce qui leur fait perdre le soutien financier pour l'achat de serviettes hygiéniques.

26 Document de Politique Nationale de Nutrition des Adolescents Janvier 2017

27 UNICEF, 2022

Ces dernières utilisent soit des serviettes en tissu, soit elles utilisent un nombre limité de serviettes hygiéniques par jour dans le but de les rationaliser (une serviette peut être utilisée toute une journée de "8h à 20h")[28].

III.6 Questions transversales

III.6.1 Santé et droits humains

En matière de Droits humains et de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, le Sénégal dispose d'un cadre général composé d'un arsenal juridique qui considère que la stigmatisation et les discriminations fondées sur l'état de santé réel ou présumé constituent une atteinte à un droit fondamental. Ces violations constituent une contrainte à l'accès aux soins. La garantie du droit à la santé en vertu du droit commun et des conventions internationales ratifiées par le Sénégal constitue l'un des fondements du PNDSS 2019-2028.

Cependant, des situations de stigmatisation et de discrimination, notamment en milieu de soins, sont régulièrement rapportées dans différents rapports surtout en direction des populations les plus vulnérables et celles infectées par le VIH, la tuberculose, les hépatites virales ou les IST selon le dernier rapport de l'étude stigma index[29]. L'approche basée sur les Droits Humains devra se matérialiser par une meilleure prise en compte des questions sur les normes, représentations, attitudes afin d'inciter et de promouvoir une posture, un accueil et pratiques non-jugeantes, non-discriminantes, sensibles au genre, favorisant l'écoute, la confidentialité, le respect, l'encouragement et l'accompagnement du droit à décider pour les usagers notamment les jeunes et les adolescent-e-s.

Le respect du droit à la santé accordé à la personne permet la garantie d'une confidentialité pour susciter la confiance envers les prestataires de santé. Il joue aussi un rôle clé dans la construction, le renforcement de l'estime de soi, de la capacité d'agir, de choisir et de décider des jeunes et des adolescent-e-s particulièrement les jeunes femmes et les filles vulnérables. Il reste important de travailler sur les facteurs limitant les capacités des femmes et des jeunes filles à accéder librement et à choisir des produits et services de santé de la reproduction appropriés. Enfin, des efforts sont à consentir sur la pratique des VBG qui expose les femmes, les filles à un plus grand risque de problèmes de SR, y compris le VIH et les IST.

28 Projet « Fort pour le Futur : Améliorer la nutrition, la santé et le bien-être des adolescents à Thiès, au Sénégal » rapport provisoire

29 PS SRMNIAI TB, VIH, IST et hépatites virales au Sénégal 2023-2030

III.6.2 Santé Environnementale et Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

Selon l'OMS, le Changement Climatique (CC) a des répercussions diverses sur la santé humaine. Il menace les composantes essentielles de préservation d'une bonne santé (air pur, eau potable, alimentation nutritive, abris sûrs) et risque de compromettre des décennies de progrès.

Les chaleurs extrêmes, l'évolution du climat et les schémas des précipitations nuisent à la santé des mères et des enfants. L'augmentation du nombre de journées chaudes et la diminution des précipitations ont été corrélées à un faible poids à la naissance en Afrique subsaharienne.

Le changement climatique affecte tous les aspects du bien-être des adolescents qui souffrent d'impacts uniques, tels que l'éco-anxiété, la déperdition scolaire, l'insuffisance d'éducation et de compétences pour l'emploi, les grossesses non désirées et les violences basées sur le genre chez les adolescentes.

Les effets négatifs du changement climatique sur les enfants (y compris les nourrissons et les nouveau-nés) comprennent principalement une augmentation des naissances prématurées, des maladies respiratoires et de l'asthme, des maladies diarrhéiques, des maladies à transmission vectorielle, une augmentation de la malnutrition et des retards de croissance

Pour faire face aux impacts du changement climatique, l'État du Sénégal, sous l'égide du ministère de l'environnement, a élaboré plusieurs documents de politique nationale visant à planifier l'adaptation dans des secteurs jugés prioritaires comme celui de la santé. Il s'agit notamment de la Contribution Déterminée Nationale (CDN) en 2020, la Communication Nationale sur les Changements Climatiques en 2015, le Programme Pays du Fonds Vert pour le Climat en 2020 et le Plan National d'Adaptation en 2022/2023. Ce dernier plan a pour objet d'intégrer l'adaptation au CC dans les processus de planification et de budgétisation des projets et programmes. Les principaux résultats attendus consistent en la définition de programmes et projets prioritaires avec l'élaboration de stratégies pertinentes afin de mener un plaidoyer à tous les niveaux pour mobiliser des financements au niveau national ou par le biais de mécanismes internationaux tels que le Fonds Vert pour le Climat (FVC). Le renforcement de la résilience du système de santé et des communautés vulnérables face au CC est basé sur l'identification de stratégies d'anticipation et de réponse aux maladies et évènements sanitaires sensibles au climat. Les actions définies concernent le renforcement du leadership institutionnel du MSAS sur le CC et l'intégration des risques climatiques dans la planification, la budgétisation, la coordination multisectorielle et la gouvernance. Une réponse globale, efficace et équitable, apte à préserver la santé des populations vulnérables, en particulier les

femmes et les enfants, face aux différents risques, devra adresser les 10 éléments du cadre opérationnel de l'OMS (figure 59).

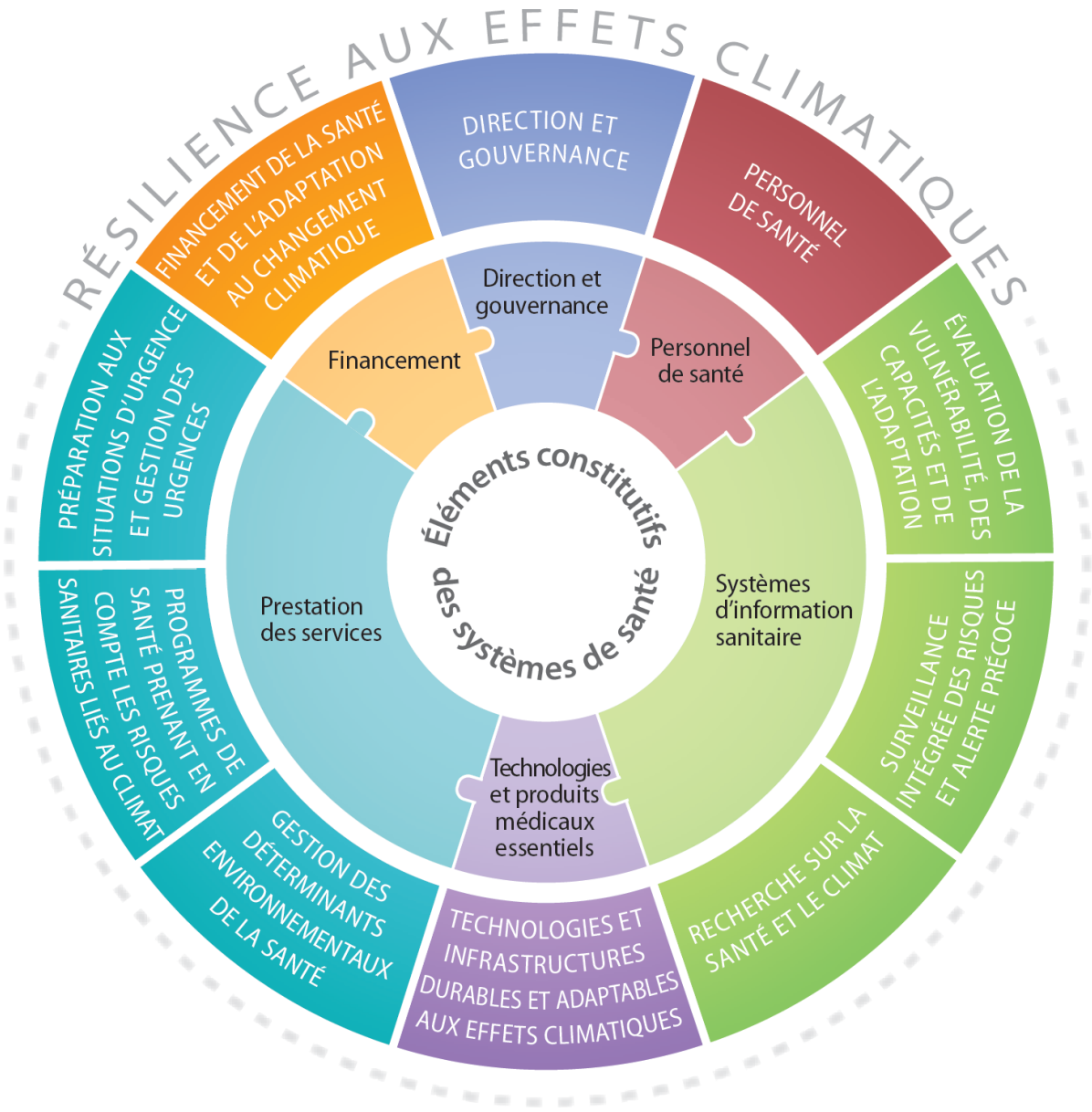


Figure 58 : Cadre opérationnel pour renforcer la résilience des systèmes de sante face au changement climatique (OMS, 2016)

Dans le cadre du processus de soumission d'un projet d'adaptation du secteur de la santé au FVC, le MSAS, avec l'appui de partenaires, a réalisé en 2023/2024 une étude de vulnérabilité[30] du système de santé, des communautés et des milieux d'apprentissage dans les régions cibles du PNA-FEM (Saint-Louis, Matam, Kaffrine, Ziguinchor, Kédougou).

[30] UCAD, MSAS, Save The Children International, UNICEF Etude de Vulnérabilité et de l'adaptation du système de santé et des communautés du Sénégal face aux impacts du Changement Climatique, 2023-2024

Les sources et volumes de pollution varient selon les activités humaines dans les différentes zones géographiques. La région de Dakar qui abrite un quart de la population sénégalaise, l'essentiel des activités industrielles et du parc automobile, demeure l'épicentre de la pollution. Dans les autres régions, la pollution notée résulte essentiellement de l'utilisation des pesticides dans les activités agricoles et de celle des métaux lourds dans les activités minières comme l'orpaillage traditionnel dans la région de Kédougou[31].Selon l'OMS, en 2023[32], le Sénégal a enregistré une valeur moyenne annuelle de pollution de l'air de 38 µg/m3, nettement supérieure aux Directives de l'OMS (moyenne annuelle 5 µg/m3) ; aussi 47% des décès par accident vasculaire cérébral et cardiaques ischémiques sont causés par la pollution de l'air. Concernant les produits chimiques, le Sénégal est classé 18ème sur 47 pays de la Région Africaine ; six enfants sur 100 000 de moins de cinq ans meurent d'empoisonnement chaque année.

Des investissements appropriés en technologies durables et une gestion adéquate des déchets et systèmes EHA dans les structures de santé contribuent à la réduction des émissions de Gaz à effet de serre du secteur de la santé et de la contamination de l'eau et du sol par les déchets humains. Dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales, la quasi-totalité des structures (91%), toutes catégories confondues, sont capables de procéder à l'élimination des déchets biomédicaux en toute sécurité [33] . Diverses performances rapportées portent sur l'application des directives de la pharmacovigilance (79%), la sécurité des injections (72%) et le système de recueil, d'analyse et de traitement des évènements indésirables graves (EIG) (64%). Les bonnes pratiques en matière de lutte contre les infections nosocomiales devront être maintenues et renforcées à travers la capacitation du personnel et des structures à tous les niveaux.

III.6.3 Alimentation et nutrition

Une nutrition adéquate durant l'enfance permet une bonne croissance physique, un bon développement cérébral et cognitif, ce qui facilite l'apprentissage, augmente les performances scolaires et par conséquent favorise une augmentation des revenus à l'âge adulte et tout au long de la vie. Elle doit être basée sur une approche fondée sur le cycle de vie, c'est-à-dire de la naissance à la vieillesse en passant par l'enfance, l'adolescence et la grossesse. Cependant, la nutrition adéquate est particulièrement importante durant une période appelée « les 1000 premiers jours de la vie ». Cette période, également appelée « fenêtre d'opportunité » va du premier jour de la grossesse aux deux

31 Plan d'action en matière de santé et de pollution au Sénégal. https://gahp.net/wp-content/uploads/2021/08/RAPPORT-FINAL_HPAP_SENEGAL_FR.pdf
32 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/environmental-health/environmental-health-sen-2023_a9650f65-24fe-46c1-9653-8e252cd8a828.pdf?sfvrsn=80f8edfc_5&download=true
33 Sources : Programme National Qualité/MSAS/Sénégal

premières années de la vie. Les gains nutritionnels de cette période apportent des bienfaits à l'enfant pendant toute la durée de sa vie.

Au Sénégal, 18% des enfants de moins de cinq ans présentent un retard de croissance ou une malnutrition chronique, 4% des enfants présentent un retard de croissance sévère. En outre, l'émaciation touche 10% des enfants et 1% sous la forme sévère. Enfin, l'insuffisance pondérale affecte 16% des enfants de moins de 5 ans, 3% ayant une insuffisance pondérale sévère. À l'opposé, 1% des enfants ont une surcharge pondérale. Globalement, les niveaux de malnutrition sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain[34].

Les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (PANJE) sont essentielles pour la santé et la survie des jeunes enfants. Les pratiques d'ANJE recommandées comprennent l'initiation précoce de l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance, l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, la poursuite de l'allaitement pendant deux ans ou plus et l'introduction, à l'âge de 6 mois, d'aliments de complément, sûrs, appropriés et adéquats.

La lutte contre la malnutrition nécessite un mécanisme de coordination intra et intersectorielle entre les différents secteurs suivants : la santé, l'éducation, la famille, le commerce, l'industrie, l'agriculture, l'élevage, la pêche, l'hygiène, l'assainissement, la protection sociale, le secteur privé et les partenaires.

III.6.4 Politiques de protection sociale

La protection sociale relève de plusieurs secteurs dont celui de la santé et de l'Action sociale. Depuis plusieurs années, l'Agence sénégalaise de la Couverture sanitaire universelle (SEN-CSU) et la Direction Générale de l'Action sociale (DGAS) conjuguent leurs efforts pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé de qualité et les services de l'action sociale pour les populations du Sénégal, en particulier celles du secteur informel et du monde rural.

Ces interventions portent sur les trois dimensions que sont l'assurance maladie, l'assistance médicale et l'autonomisation.

Concernant l'assurance maladie, l'Agence de la Couverture maladie universelle créée par Décret n°2015-21 du 07 janvier 2015) avait pour mission de :

- Assurer la tutelle des régimes d'assurance du secteur informel et encadrer les organismes gestionnaires des régimes
- Assurer la promotion des mutuelles de santé

34 EDS 2023

A la faveur du Décret n°2024-832 du 27 mars 2024, l'agence dénommée désormais Agence Sénégalaise de la Couverture Sanitaire Universelle SEN-CSU a vu ses missions évoluer pour permettre de :

- Assurer le service des prestations des régimes d'assurance du secteur informel, du monde rural, des groupes vulnérables et des indigents (l'agence devient assureur) ;
- Appuyer la coordination du système de protection sociale en santé.

Le paquet par catégorie de populations est constitué du régime général pour les bénéficiaires ayant une capacité contributive et la CMU élèves et *Ndongo Daara* (adhésion classique) et du régime ciblé comprenant les bénéficiaires de la Bourse de Sécurité Familiale (BSF) et les titulaires de la Carte d'Egalité des Chances (CEC).

Concernant l'assistance médicale à travers les initiatives de gratuité, il s'agit de : (i) la gratuité des soins des enfants de 0-5 ans (Essentiel du Paquet Centre de santé 100% du paquet Poste de santé 100% de la consultation hôpital (urgences et cas référés) Forfait remboursement; (ii) le « Plan Sésame » pour les personnes âgées de 60 ans et plus (Prise en charge des séniors sans couverture avec un remboursement à l'acte); (iii) la césarienne (Prise en charge totale de l'opération et de l'hospitalisation avec un coût forfaitaire (85 000 FCFA) ; (iv) l'hémodialyse (Prise en charge totale dans le public : Remboursement de l'acte et du kit et prise en charge subventionnée dans le privé).

Depuis 2020, plusieurs réformes sont en cours notamment l'extension de l'initiative d'intégration des politiques de gratuité dans le dispositif assurantiel pour garantir la soutenabilité financière avec l'appui des PTF. Avec cette réforme, les enfants de 0-5 ans et les femmes enceintes sont enrôlés dans les mutuelles de santé.

De 2015 à 2021, le cumul des factures reçues des prestations de santé des bénéficiaires des initiatives de gratuité s'élève à 76.337.945.536 francs CFA. En fin 2021, un remboursement cumulé de 66.374.143.302 francs CFA soit 87% a été effectué par l'Agence aux structures de santé. Il ressort de l'analyse des dépenses effectuées pour le compte de l'assistance médicale de 2015 à 2021, que la prise en charge gratuite de la dialyse (séances, kits et pose de la fistule artérioveineuse) à elle seule représente 37% du montant global remboursé. La gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans occupe la deuxième position en termes de dépenses avec 27% du montant global, suivie de l'initiative de gratuité des personnes âgées de 60 ans et plus, avec 22% des dépenses totales. La gratuité de la césarienne a quant à elle, a consommé 17% du montant total dépensé pour le compte de l'assistance médicale.

Les résultats programmatiques en 2022 montrent que depuis la mise en œuvre du programme CMU, la SEN-CSU a pris en charge :

- 14 795 315 enfants âgés de 0-5 ans ;
- 2 286 757 élèves et 298.293 ndongo daara ;
- 646 740 personnes âgées de 60 ans et plus ;
- 146 732 césariennes ;
- 850 000 séances de dialyse au profit d'une cohorte cumulée de 5 423 personnes.

En termes de performances, 4 484 980 personnes ont bénéficié d'une couverture du risque maladie à travers les mutuelles de santé, dont 2 442 104 bénéficiaires « cotisants » et 2 018 374 bénéficiaires « non cotisants » (Bourse de Sécurité Familiale, Carte d'Egalité des Chances).

Au titre de l'autonomisation, l'Action sociale a développé à travers ses projets et programmes, des activités de formation et de financement de projets économiques au profit des jeunes déshérités, des personnes âgées, des veuves et orphelins, des personnes handicapées, des personnes affectées par la lèpre et leurs familles et, enfin, des personnes démunies en général.

La SEN-CSU est confronté aux défis liés à :

- Le financement du programme (soutenabilité des programmes de gratuité) ;
- La fragmentation du système ;
- L'identification et le ciblage des bénéficiaires ;
- La massification du dispositif d'assurance maladie ;
- La gouvernance (une loi rendant l'AM obligatoire).

III.6.5 Maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles (MNT[35]) occasionnent 45,0% des dépenses courantes de santé au Sénégal soit 362,94 milliards de FCFA en2023 (). De plus, elles sont à l'origine de plus de 53% de décès au Sénégal[36] soit 47.444 décès et 22% de probabilité de décès prématuré. Selon les dernières données de l'enquête STEPS 2024 :

- L'hypertension artérielle (HTA) reste la plus fréquente, et touche 28,2 % de la population adulte ;
- Le diabète touche 4,3 % de la population adulte ;
- Les affections respiratoires chroniques concernent 7,8% de la population ;
- La prévalence de la maladie rénale chronique est estimée à 4,3% ;

[35] Rapport CDS 2022-2023, DPRS, Cellule économie de la santé
[36] Plan d'accélération de la lutte contre les maladies non transmissibles au Sénégal 2023-2025

- La drépanocytose touche 9 % de la population ;
- Le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus est de 14,9% chez les 18-69 ans et de 21,6% chez les femmes âgées entre 30-49 ans.

Les cancers[37] les plus fréquents sont le cancer du col de l'utérus avec 2 064 nouveaux cas, soit 17,4 % de l'ensemble des cancers détectés, suivi du cancer du sein : 1 838 cas (15,5 %), Cancer du foie : 1 143 cas (9,7 %), Cancer de la prostate : 913 cas (7,7 %) et du cancer de l'estomac : 680 cas (5,7 %).

Les hémophiles bénéficient du soutien de la Fédération Mondiale de l'Hémophilie (FMH), qui fournit des dons en facteurs de coagulation. Toutefois les quantités reçues sont insuffisants pour couvrir l'ensemble des besoins.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP) à travers la division de lutte contre les maladies non transmissibles a mis en place des stratégies de lutte notamment :

- La réduction des comportements à risques chez les populations avec la mise en place des programmes de promotion de la santé ;
- L'amélioration du dépistage des MNT prioritaires avec l'approche des soins de santé primaires afin de renforcer la détection précoce pour réduire le besoin de traitements plus couteux ;
- L'amélioration de l'accessibilité et de la qualité de la prise en charge curative des MNT prioritaires avec atténuation des effets des MNT, éviter les souffrances, augmenter la qualité de vie et diminuer les coûts de la santé ;
- Le renforcement du cadre institutionnel de la lutte contre les MNT avec le renforcement de la coordination par la multisectorialité (économie, environnement, agriculture, habitat...) et ainsi promouvoir l'appropriation de la lutte par les différents secteurs et les communautés mais aussi un accent particulier sera mis sur l'ancrage institutionnel de la lutte contre les MNT ;

Néanmoins, un modèle de distribution adapté n'a pas encore défini. En raison de l'insuffisance de ressources financières domestiques, il est difficile de mettre à la disposition des patients hémophiles les quantités requises pour une prise en charge optimale.

III.6.6 Sécurité sanitaire selon l'approche One Health

L'émergence de maladies à potentiel épidémique et la recrudescence des menaces sanitaires exacerbées, entre autres par le changement climatique, la perte de la biodiversité, les mutations des pathogènes, la globalisation etc., la sécurité sanitaire est devenue un enjeu mondial prioritaire.

[37] GLOBOCAN 2022 (International Agency for Research on Cancer, affiliée à l'OMS)

En effet, 75% des maladies pandémiques émergentes et réémergentes et 60% des maladies infectieuses humaines sont d'origine animale. De plus, les crises sanitaires affectent différemment les individus selon le genre et les spécificités socio-économiques.

Face à ces enjeux sanitaires et sécuritaires, la sécurité sanitaire revêt une importance en ce sens qu'elle protège les êtres vivants, prépare, prévient, détecte et répond efficacement aux crises sanitaires multisectorielles. Elle contribue également au renforcement des systèmes de production, à la stabilité socio-économique, à la réduction des impacts et favorise ainsi des gouvernances systémiques et une meilleure résilience. Elle contribue aussi à assurer la continuité des services lors des situations de crise.

C'est à ce titre que le Sénégal a mis en place le Haut Conseil National de la Sécurité sanitaire « One Health » (HCNSS-OH) placé sous le haut leadership de la Primature depuis 2017 et renforcé par un décret en 2024. Sa mission est de définir, de coordonner, et d'assurer la mise en œuvre et le suivi-évaluation du Programme national multisectoriel de sécurité sanitaire « One health » (PNMSS-OH.). Sa mise en œuvre se fait selon l'approche One Health, définie comme une approche intégrée et unificatrice qui vise à équilibrer et optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes. Elle reconnaît que la santé des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes et de l'environnement au sens large (y compris les écosystèmes) sont étroitement liés et interdépendants.

Cette approche mobilise de multiples secteurs, disciplines et communautés à différents niveaux de la société pour travailler ensemble afin de favoriser le bien-être et de lutter contre les menaces qui pèsent sur la santé et les écosystèmes, tout en répondant au besoin collectif d'eau, d'énergie et d'air propres, d'alimentation saine et nutritive, en prenant des mesures contre le changement climatique et en contribuant au développement durable. (OHHLEP, 2021)

En outre, le Sénégal s'est engagé à contribuer au renforcement de la sécurité sanitaire mondiale dans le cadre du respect du Règlement sanitaire international (RSI) de 2005. A cet effet, le pays a mis en place un cadre institutionnel et un programme national multisectoriel de sécurité sanitaire selon l'approche « One Health », sous le leadership de la Primature. Ce programme a pour vision : « Un Sénégal résilient capable de contribuer à la sécurité sanitaire pour la souveraineté et le développement durable ».

Le Plan d'Action national de Sécurité sanitaire (PANSS) 2026-2030, en cours d'élaboration, s'aligne sur la SND en mettant l'accent sur la résilience d'un système de santé et de protection des populations, des animaux et de l'environnement face aux risques et menaces sanitaires.

III.6.7 Urgences médicales

Au Sénégal, les urgences représentent l'un des principaux motifs de consultation au sein des établissements de santé. Ces situations d'urgence surviennent fréquemment à domicile, sur la voie publique, ou dans des centres de santé de niveau 1. Cette situation peut entraîner des délais importants dans la prise en charge des patients, notamment dans les régions périphériques.

Par ailleurs, les urgences obstétricales, représentent un fardeau majeur, car elles arrivent fréquemment aux structures de référence avec un retard significatif impactant ainsi sur la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales.

C'est dans ce contexte que le SAMU National joue un rôle essentiel grâce à un système de régulation efficace et une logistique renforcée pour une meilleure prise en charge des patients vers les structures de santé.

À son lancement, le SAMU était exclusivement implanté à Dakar. Grâce à la décentralisation, il s'est étendu, en 2016 à Saint-Louis, en 2019 à Kaolack, en 2021 à Diourbel et enfin, en 2025 à Ziguinchor, renforçant encore davantage l'accès aux services d'urgence dans les régions périphériques.

Malgré ces efforts consentis, l'analyse situationnelle met en évidence divers défis structurels et organisationnels, notamment la logistique, la coordination intersectorielle, la communication et les infrastructures.

Beaucoup de défis se posent dans le cadre de la prise en charge des urgences médicales :

- Le renforcement des RH (médecins, infirmiers, ambulanciers, ARM, etc.) ;
- Le renforcement des équipements médico-techniques et logistique roulante (ambulances médicalisées, véhicules de liaison, véhicules légers) ;
- La mise en place de postes mobiles sanitaires ;
- La disponibilité des ressources dans les hôpitaux ;
- La mise à l'échelle de CRRA dans tous les pôles territoriaux pour le maillage du pays ;
- La mise en place d'un système d'évacuation aérienne (hélicoptère, héliport…) ;
- La mise en place d'interconnexion avec les services de secours (Police, Gendarmerie et BNSP) ;
- La mutualisation des ambulances au niveau des structures publiques ;
- La disponibilité de plan de maintenance pour la logistique et les équipements médicaux ;
- La disponibilité de plan de communication

III.7 Laboratoires

Les laboratoires, maillon indispensable du système de santé, constituent un bon tableau de bord dans la prise en charge sanitaire. De ce fait, ils jouent un rôle critique dans le dépistage, le diagnostic, la confirmation, la surveillance des maladies ainsi que dans le suivi thérapeutique des patients.

Le Sénégal dispose d'une grande variété de Laboratoires de Biologie médicale (LBM) publics et privés, au nombre de 234, regroupés dans un système national sous la tutelle de la Direction des Laboratoires.

Les évènements sanitaires récents ont mis en lumière le potentiel des laboratoires comme piliers de la résilience sanitaire mais aussi les failles du système. Devant cette situation, l'Etat du Sénégal a consenti beaucoup d'efforts permettant de renforcer les capacités du système de laboratoires par la mise à disposition de plateformes de diagnostic, la construction de nouvelles structures sanitaire comportant des laboratoires standardisés, l'appui toujours insuffisant en intrants de laboratoires.

Malgré les moyens déployés, les faiblesses persistent encore, notamment l'insuffisance de laboratoires fonctionnels aux normes dans les zones périphériques et rurales, la faible capacité de diagnostic précoce, la surveillance épidémiologique ou nutritionnelle insuffisante, la sécurité sanitaire limitée dans les structures de soins, les données biologiques peu exploitables pour la prise de décision, la pénurie de ressources humaines qualifiées souvent rares ou absentes, les ruptures fréquentes d'intrants de laboratoires (réactifs, bandelettes, antibiogrammes souvent indisponibles), les plateformes spécialisées souvent insuffisantes en cytologie, en histopathologie ou en biologie moléculaire dans les districts. Il s'y ajoute les aspects liés à la gouvernance (cadre réglementaire, disponibilité des intrants, déficit de financement, harmonisation des tarifs, non-respect de la règlementation spécifique aux activités de laboratoire.

L'absence ou la défaillance des services de biologie médicale constitue un facteur aggravant de la mortalité évitable, surtout dans les cibles de la SRMNIA-N. Le renforcement des capacités des laboratoires représente une opportunité stratégique pour mieux orienter les soins cliniques, répondre plus efficacement aux urgences sanitaires et améliorer la qualité des services SRMNIA-N.

Il convient ainsi, (i) de disposer de connaissances claires sur les pathologies critiques maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescents jeunes nécessitant un diagnostic

biologique, (ii) d'établir un lien direct entre biologie et survie (corrélation explicite entre l'absence de diagnostic et l'augmentation de la mortalité), (iii) d'avoir une approche intégrée par l'inclusion des maladies tropicales négligées, des cancers féminins et des MNT dans la réflexion sur la santé maternelle.

III.8 Infrastructures, équipements et maintenance

La disponibilité et l'accessibilité du soin constitue une problématique majeure à laquelle nos populations sont régulièrement confrontées. La qualité du soin nécessite la disponibilité des infrastructures sanitaires, des équipements médicaux et des ressources humaines de santé.

Le gouvernement consacre une bonne part de son budget au secteur de la santé sur trois paramètres fondamentaux. Cependant, force est de constater que les difficultés de ce secteur sont persistantes et récurrentes.

1. Infrastructures sanitaires

Le Sénégal a récemment beaucoup investi pour l'amélioration de l'accessibilité des populations aux soins avec la construction des 5 hôpitaux et celle de la reconstruction de l'Hôpital Dantec. Parallèlement des projets de construction de centres de santé dont les procédures de passation sont en cours au niveau des sites de Ndiassane, Foundiougne, Pire, Medina Yoro Foula.

Malgré les efforts consentis, des faiblesses subsistent. En plus de la vétusté, un déficit des infrastructures est constaté au regard de la croissance démographique. Une disparité dans la répartition des structures de santé, une concentration plus importante à Dakar surtout les EPS3. Cette distribution spatiale entraine un accès inéquitable aux soins.

2. Equipements médicaux

Le Sénégal a consacré plusieurs centaines de milliards à l'acquisition d'équipements d'imagerie médicale, de laboratoire, de la santé de la mère et de l'enfant, de bloc opératoire, etc.

Il est noté une disponibilité de 34 scanners dont 11 à Dakar, 6 IRM fonctionnelles Dakar (4), Touba (1) et l'Hôpital de la Paix de Ziguinchor (1). Les mammographes sont au nombre de 20. Pour renforcer le dispositif de diagnostic du cancer du sein, il faudrait passer à 40. Les accélérateurs linéaires de particules sont au nombre de trois dont deux à Dakar et un à Diourbel. Les équipements stratégiques de bloc opératoire comme les respirateurs d'anesthésie sont au nombre de 222 sur le territoire national dont les 38,3 % soit 85 dans la seule région de Dakar.

Pour ce qui est des équipements dédiés aux soins de la mère et de l'enfant, des disparités sont notées. On recense couveuses (227) sur le territoire national dont 125 dans la seule région de Dakar soit 55,5%. Il est crucial de relever les plateaux médicotechniques des maternités du Sénégal dans leur

exhaustivité avec des dotations conséquentes en équipements médicaux destinés à la prise en charge de la mère et de l'enfant.

3. **Maintenance**

Le volet de la maintenance des équipements médicaux et des infrastructures s'est vu beaucoup renforcé. Ce renforcement se traduit par la mise en œuvre de formations pour les techniciens et ingénieurs, l'organisation de missions de supervision au niveau des hôpitaux et centres de santé et la fourniture d'équipements de maintenance (équipements de contrôle, de mesure et d'essais et outillage technique). Cependant, le pays est régulièrement confronté à des problèmes de disponibilité fonctionnelle des équipements souvent dus à une mauvaise prise en charge de la maintenance préventive et aux mauvaises conditions de fonctionnement des dispositifs médicaux.

III.8.1 Qualité de l'offre de soins

Selon l'OMS, la qualité de l'offre de service consiste à « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contact humain à l'intérieur du système de soins ».

Au Sénégal, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a défini la qualité des soins et des services de santé comme étant : « l'exécution correcte d'interventions conformes à des référentiels, des normes et des procédures préétablies, dans le but de satisfaire les besoins des clients du système de santé du Sénégal et de maximiser les résultats sans générer des risques pour leur santé ou des coûts inutiles».[38]

Au Sénégal, la qualité de l'offre est entravée par différents aspects tels que l'insuffisance d'organisation des services. En effet, l'évaluation réalisée dans les structures de santé de 9 régions a révélé que la majorité des structures ne dispose ni de système d'accueil et d'orientation des usagers, ni d'un système de recueil des avis et plaintes des usagers et de leur traitement; les infrastructures ne sont pas toujours adaptées aux besoins des patients ; les salles d'hospitalisation respectent peu les conditions requises (intimité, draps, moustiquaires, point d'eau, poubelle à pédale, toilettes propres et adaptées) ; les CLIN et CHSCT sont peu fonctionnels.

Selon une enquête réalisée en 2020 au niveau de 48 structures de santé, 25,8% des patients/accompagnants ont déclaré avoir peur de se rendre dans une structure de santé à cause de la qualité de l'accueil ; en outre, 56,2% des agents d'accueil ont déclaré n'avoir pas reçu une formation en accueil[39].

[38] Plan stratégique qualité
[39] CICODEV, 2020

Dans le souci de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le Sénégal avait introduit entre 2000 et 2016 différentes interventions porteuses telles que les hôpitaux « Amis des bébés », les 5S, le KAISEN, les soins humanisés (ensemble de conditions qui permettent à la femme d'être à l'aise, de participer à son accouchement et de le sentir comme un évènement heureux). L'adaptation des soins humanisés a débuté au Sénégal depuis 2009 avec pour objectif de mettre en place un modèle de soins de santé basés sur les preuves scientifiques, les recommandations de l'OMS et les politiques, normes et protocoles en santé de la reproduction.

Une étude réalisée en 2017 a montré que les structures qui ont introduit les soins humanisés obtiennent de meilleurs résultats en termes de satisfaction des femmes et des prestataires, ainsi qu'en terme de qualité des soins. Il est retenu que l'expérience des patients doit orienter les prestataires pour une prise en charge de leurs perceptions et leurs besoins. C'est pour cette raison qu'au niveau international et au niveau du Sénégal, la mise en œuvre des soins humanisés a évolué vers les soins respectueux basés sur le retour d'expérience des patientes.

L'engagement du Sénégal à la couverture sanitaire universelle impose un accès équitable à des soins de qualité, raison pour laquelle la qualité des soins est devenue une préoccupation majeure du système de santé. Les standards de qualité des soins pour la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile de l'OMS mettent spécifiquement l'accent sur les soins respectueux en tant qu'élément essentiel. Il est aussi démontré qu'un bon plateau technique et de bonnes compétences ne garantissent pas systématiquement la qualité[40], d'où la nécessité de porter une attention particulière à l'expérience des patients qui doit donner des orientations pour des soins centrés sur eux.

Le Sénégal, avec l'appui de ses partenaires, a alors adopté et adapté les standards qualité des soins SRMNIA-N de l'OMS aux directives du Sénégal entre 2022 et 2023. Ainsi, le Sénégal dispose de 9 standards qualité SRMNIA-N qui intègrent les soins respectueux en maternité tout en priorisant l'accueil qui est matérialisé comme un standard spécifique. La mise en œuvre de ces 9 standards vient de démarrer par la dissémination au niveau des régions du pays qui seront accompagnées pour l'opérationnalisation au niveau des structures de santé.

40 Lavender Tina et all, Respectful care an added extra: a grounded theory study exploring intrapartum experiences in Zambia and Tanzania. BMJ Global Health 2021

IV. Analyse de la réponse

IV.1 Gouvernance, Leadership, Coordination et Partenariat

La gouvernance du plan stratégique SRMNIA-N s'appuiera sur les instances de coordination à deux (2) niveaux :

- National : un comité de pilotage et de coordination SRMNIA-N et un comité technique avec des commissions techniques SRMNIA-N ;
- Décentralisé : un comité technique régional pour la santé de la mère et de l'enfant avec des déclinaisons au niveau départemental et local.

Dans d'autres régions, il existe des comités prenant en compte ce domaine sous d'autres appellations regroupant les services techniques déconcentrés, les collectivités territoriales, la société civile, les leaders communautaires, les religieux, les ONG, les PTF, etc. sous le leadership des Gouverneurs.

Plusieurs progrès de réorganisation du système de santé ont été réalisés.

Dans le cadre de la mise en œuvre du DPPD (Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses), le Sénégal a adopté la réforme du cadre harmonisé des finances publiques par le Conseil des ministres de l'UEMOA en mars et juin 2009. Cette adoption a comme conséquence une déconcentration du pouvoir d'ordonnancement des dépenses aux ministères sectoriels. Dans cette réorganisation du management public, la nouveauté réside dans la désignation d'un acteur principal qui est le Responsable de Programme.

Parmi les 4 programmes, la Direction Générale de la Santé est responsable du programme 2 ou programme santé de base dont la santé de la mère et de l'enfant.

Le Responsable du programme représenté par le Directeur Général de la Santé sur la base des objectifs généraux définis par le Ministre de la Santé et de l'Action sociale, fixe les priorités et les objectifs spécifiques. Il s'appuie sur les responsables d'action et d'activité pour le pilotage du programme

Le Responsable d'action SRMNIA, qui est actuellement le Directeur de la DSME, nommé par note de service ministériel, sur proposition du responsable de programme, assure le pilotage des services et est chargé d'exécuter les activités qui composent l'action, avec les missions y afférentes.

L'érection des régions médicales en Directions Régionales de la Santé (DRS) par le décret N°2023 - 1321 modifiant le décret N° 2020-936 portant organisation du MSAS donne plus d'autonomie aux régions dans la gouvernance sanitaire locale.

Les réformes des districts sont en cours.

Concernant la planification, le suivi-évaluation et la recherche, une démarche participative et inclusive a été adoptée impliquant toutes les parties prenantes avec les Directions Régionales de la Santé et a permis d'identifier, entre autres, les besoins en ressources pour la santé dans les différentes structures sanitaires en vue d'améliorer les indicateurs de la SRMNIA-N. Il a été noté la mise en œuvre d'activités qui ne sont pas alignées aux lignes d'actions du Plan Stratégique SRMNIA du fait de l'absence des PTF lors des exercices de planification des activités au niveau des districts et des régions. Par ailleurs, des actions de plaidoyer ont été menées pour le renforcement du dispositif au niveau opérationnel, notamment les équipes cadre de région et de district.

La collaboration entre le MSHP et les partenaires nationaux et internationaux s'est fortement améliorée durant ces dernières années. Des instances de gouvernance facilitant la concertation, la planification, le pilotage et le suivi des programmes SRMNIA-N ont été mises en place. Il s'agit de la plateforme pour le Renforcement du Système de Santé et du Comité de pilotage et de coordination SRMNIA-N multisectoriel, avec l'implication de la société civile et de l'ensemble des parties prenantes de la SRMNIA-N.

Sur le plan de l'engagement communautaire, la DSME met en œuvre le programme de santé communautaire, *Programme Bajenu Gox*, qui utilise les acteurs communautaires de prévention et de promotion pour rapprocher les services de santé des communautés. Ce programme a permis de mettre en place un dispositif sanitaire de proximité basé sur la responsabilisation des populations et la participation citoyenne. Il devra être renforcé et élargi en s'appuyant sur la cellule des soins de santé primaires et les autres programmes pour la synergie et la complémentarité afin d'obtenir des gains d'efficience dans leur utilisation avec une attention particulière sur la qualité des prestations et la confiance des usagers.

IV.2 Financement de la SRMNIA-N

Le budget du Ministère de la Santé et de l'Action sociale a connu une augmentation de 32%[41], en passant de 163 522 351 000 francs CFA (2017) à 216 580 694 455 francs CFA (2021). Pour le financement de la santé, les ménages restent la principale source. Toutefois, la part de leur contribution a baissé de 46,1% en 2017 à 36,4% des dépenses totales de santé en 2021. La contribution de l'État reste en moyenne à 35,7% sur la période 2017-2021 avec un pic de 42% en 2021. La figure 60 présente la structure du financement de la santé par source.

[41] Rapport des comptes de la santé 2017-2021



	2017	2018	2019	2020	2021
PTF	20,4%	20,0%	25,0%	22,6%	25,5%
ONG	1,2%	1,6%	1,9%	2,2%	2,0%
Ménages	46,1%	52,5%	45,0%	37,6%	36,4%
Entreprises	6,7%	2,4%	2,9%	6,3%	7,0%
Collectivités territoriales	1,4%	1,1%	0,7%	2,0%	1,0%
Etat	24,2%	22,4%	24,5%	29,3%	28,0%

Figure 59 : Structure du financement de la santé par source (Comptes de la santé 2017-2021)

Les dépenses totales de santé ont connu une évolution croissante entre 2017 (551,9 milliards) et 2021 (833,1 milliards) avec un pic de 850,8 milliards en 2020. De plus, les dépenses totales de santé connaissent une croissance plus rapide que le PIB. En effet, la part de ces dépenses dans le PIB est passée de 4,5% en 2017 à 6,0% en 2020, puis a connu une baisse de 0,5 point en 2021.

Concernant la SRMNIA-N, les dépenses courantes ont augmenté sur la période passant de 73,8 milliards en 2017 à 82,1 milliards en 2021, avec un pic de 100,6 milliards en 2019. L'analyse montre que, sur la même période, les dépenses courantes en SRMNIA-N représentent en moyenne 13% des dépenses courantes en santé, avec une proportion maximale de 16% en 2019.

Tableau V : Proportion des dépenses courantes en SRMNIA-N dans les dépenses courantes en santé

	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses courantes en santé (Millions F CFA)	507 744	569 485	616 446	726 371	691 184
Dépenses courantes SRMNIA-N (Millions F CFA)	73 834	74 611	100 610	70 230	82 140
Proportion des dépenses courantes SRMNIA-N	14,5%	13,1%	16,3%	9,7%	11,9%

Source : Comptes de la santé 2017-2021

Les principales sources de financement de la SRMNIA-N sont les PTF, les ménages, l'Etat, les ONG et les entreprises. En effet, pour les années 2017, 2018, 2019 et 2021, la principale source de

financement de la SRMNIA-N reste les PTF avec en moyenne 43,6 milliards mobilisés par année, soit 52,2% des dépenses courantes de santé en SRMNIA-N, suivi des ménages avec 22,4 milliards par an (27,3%) et de l'Etat avec 9,9 milliards par an (12,0%). Cependant, en 2020, la structure du financement de la SRMNIA-N a changé avec les ménages qui deviennent la première source de financement avec 22,8 milliards (32,5%), suivi de l'État avec 18 milliards (27%) et des PTF avec 15,1 milliards (21,5%). Toutefois, il faut noter une contribution importante des entreprises en 2020 avec 11,1 milliards, soit 15,8% des dépenses en SRMNIA-N.

Sur la période de 2017 à 2021, les postes de dépenses les plus importants pour la production de biens et services de santé de la reproduction sont les rémunérations, avec en moyenne 46,8% des dépenses courantes de santé, suivis des services non sanitaires (17,7%), les produits pharmaceutiques (14,3%) et les biens non sanitaires (11,1%).

IV.3 Ressources humaines de qualité pour la santé

La problématique des ressources humaines se pose en termes d'insuffisance quantitative et qualitative, accentuée par une inégale répartition géographique. Au Sénégal, les ratios démographiques par catégorie socio-professionnelle sont respectivement de : 1 infirmier pour 2937 habitants[42] ; 1 Sage-Femme pour 1197 femmes en âge de reproduction (FAR) et 1 Médecin pour 6820 habitants.

En 2022, le personnel dédié aux différents types de services et soins en fonction des structures sanitaires existantes au Sénégal est de 34 388 agents.

Sur cet effectif, les 5 types de services ou de soins qui comptent le plus de personnel sont :

- L'assistance aux soins médicaux de spécialités, aux soins dentaires et aux soins des consultations primaires curatives avec 3942 agents soit 11,5% dont 2 379 dans les postes de santé ;
- Les soins de consultations primaires curatives regroupent 7 439 agents soit 21,6%, dont 2 305 dans les postes de santé ;
- Les soins maternels, néonatals et infanto-juvéniles occupent 3 770 agents soit 10,9% soit 1685 officient dans les postes de santé ;
- Le service de gestion regroupe 3 860 agents, soit 11,2% ;
- Le service d'hygiène assainissement et environnement occupe 3 934 agents, soit 11,4%.

[42] Rapport de la carte sanitaire 2022

L'analyse fait ressortir que les services de soins maternels, néonatals et infanto-juvéniles disposent de moins d'agents que les autres types de services ou de soins. En termes de répartition géographique, la région de Dakar concentre 31% du personnel dédié aux services de soins maternels, néonatals et infanto-juvéniles. Les régions de Thiès et de Diourbel suivent de très loin avec respectivement 11,8% et 8,4%. La proportion de ces agents dans les autres régions varie entre 2,2 % et 5,7%.

Concernant la répartition de ces agents intervenant dans les soins maternels, néonatals et infanto-juvéniles par région et catégorie de structures, nous avons :

- 1 685 SFE au niveau des postes de santé (PS), concentrées essentiellement à Dakar (18,6%) et Thiès (13,8%) contre 3,3% à Sédhiou et 1,8% à Kédougou ;
- 1 034 agents au niveau des centres de santé avec 94% de SFE, 4,7% de médecins gynécologues obstétriciens et 1,2% de médecins compétents SOU. Les tendances de répartition géographique sont les mêmes qu'au niveau des PS. Cependant, l'absence de médecins gynécologues obstétriciens est notée au niveau des CS de Kaffrine, Sédhiou, Kédougou, Kolda et Matam. Les médecins compétents SOU sont plus présents dans les régions de Tambacounda et Fatick avec 23% chacune. Les régions de Dakar, Kaolack, Kédougou, Sédhiou et Diourbel sont dépourvues de cette catégorie socio-professionnelle ;
- 1 051 agents au niveau des établissements publics de santé (EPS) avec 85,8% de SFE et de 14,2% de médecins gynécologues obstétriciens.

La qualité des prestations spécifiques est affectée par la qualité des ressources humaines disponibles. Au Sénégal, 56,5% du personnel des structures de santé sont non qualifiés à l'offre de soins. Des disparités régionales sont notées avec plus de 62% de non qualifiés aux soins pour les régions de Fatick, Sédhiou, Kaffrine, Saint-Louis, Kolda, Louga, Tambacounda et Kaolack.

Toujours, selon le rapport de suivi de la carte sanitaire 2022, les besoins en ressources humaines pour les soins maternels, néonatals et infanto-juvéniles sont de :

- 4 médecins gynécologue obstétricien sur une dotation de 36 et 14 à redéployer ;
- 469 SFE sur une dotation de 586 et 221 à redéployer.

IV.4 Renforcement de la disponibilité continue des médicaments et produits SRMNIA-N de qualité au niveau des points de prestation

La performance de tout programme de santé repose sur l'accessibilité géographique et financière aux médicaments de qualité, en quantité suffisante et au meilleur coût. Les produits pour la prise en charge des pathologies en particulier celles de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent-e-et jeune entrent dans ce cadre.

Selon l'enquête continue sur la prestation de services (ECPSS) 2019 menée par l'ANSD, la disponibilité des médicaments et produits SRMNIA-N a été appréciée, variant de 0,3% pour l'Amitriptyline à 68,1% pour le Diclofénac parmi les 14 médicaments essentiels ciblés. Cette disponibilité était faible dans les hôpitaux (30%). Celle des méthodes modernes de planification familiale était de 66%.

Parmi les structures de santé qui offrent les services de vaccination infantile et stockent des vaccins en routine, 86% disposaient de tous les vaccins de base (Pentavalent, Vaccin oral contre la poliomyélite, le vaccin contre la rougeole, ceux contre la tuberculose (BCG) et la fièvre jaune).

La disponibilité dépend également de l'organisation de la prestation de service. Ainsi, 94% des services offrant des CPN font la vaccination antitétanique tous les jours.

Les six médicaments considérés comme essentiels pour l'accouchement[43], étaient plus disponibles dans les hôpitaux ; le désinfectant pour la peau était le plus disponible le jour de l'enquête (91%) et le diazépam injectable le moins disponible (51%).

Les cinq médicaments essentiels pour les nouveau-nés[44] ciblés par l'enquête étaient plus disponibles dans les centres de santé, avec des taux variants entre 55% (Ceftriaxone) et 69% (amoxicilline suspension).

Parmi les médicaments prioritaires pour les mères, la disponibilité variait entre 22% (Céfixime capsules ou comprimés) et 80% (solution saline isotonique) [45].

La stratégie « Yeksi naa » est un schéma de distribution de médicaments et produits essentiels qui permet à la SEN-PNA d'éviter les ruptures de stock de produits de la Santé de la Mère et de l'Enfant y compris la planification familiale et à travers un opérateur, de doter tous les Points de Prestation de Services (PPS) de produits.

IV.5 Offre, qualité des soins et des services et stimulation de la demande

IV.5.1 Offre, qualité des soins et des services dans le secteur public

Selon l'enquête ECPSS 2019, dans le secteur public, la proportion des structures offrant les soins et services de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile est de :

- 99% pour les services de planification familiale ;
- 99% pour les CPN 5 jours et plus par semaine ;
- 18% pour tous les services de PTME ;

[43] Ocytocine, antibiotiques injectable, sulfate de magnésium injectable, diazépam injectable, désinfectant de la peau, fluides intraveineuse avec kit de perfusion.

[44] Collyre antiseptique, antibiotiques injectables, poudres de ceftriaxone pour injection, suspension buvable d'amoxicilline

[45] ANSD, CPSS 2019

- 94% pour l'accouchement normal et 2,5% pour la césarienne ;
- 100% pour les soins curatifs infantiles 5 jours et plus par semaine ;
- 85% pour le suivi de la croissance ;
- 74% pour la vaccination de routine de la polio, 64% (DTC/pentavalent), 9% (rougeole), 4% (BCG) et 7% (fièvre jaune).

IV.5.2 Offre, qualité des soins et des services dans le secteur privé

Selon l'enquête ECPSS 2019, dans le secteur privé, la proportion des structures offrant les soins et services de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile est :

- 20% pour les services de planification familiale ;
- 97% pour les CPN 5 jours et plus par semaine ;
- 5% pour tous les services de PTME ;
- 20% pour l'accouchement normal ;
- 100% pour les soins curatifs infantiles 5 jours et plus par semaine ;
- 61% pour le suivi de la croissance ;
- 32% pour la vaccination de routine de la polio et 26% (DTC/pentavalent).

IV.5.3 Offre, qualité des soins et des services au niveau communautaire

Au Sénégal, il faut distinguer deux catégories d'Acteur Communautaire de Santé (ACS) :

- Acteurs Communautaires de soins (ACs). Ils sont chargés de la promotion, de la prévention et du volet curatif. Ils sont composés d'Agent de Santé Communautaire (ASC), de Matrone, d'ASC-Matrone et de Dispensateur de Soins à Domicile (DSDOM).
- Acteurs Communautaires de Promotion et de Prévention (ACPP). Ils sont chargés de la promotion et de la prévention. Ils contribuent à la création de la demande et sont composés de Relais communautaires, de *Bajenu Gox* (marraine de quartier ou de village) et de Praticiens de la médecine traditionnelle, etc.

Selon l'enquête ECPSS 2019, la proportion des cases de santé offrant des services de soins maternels, néonatals et infanto-juvéniles est :

- 79% pour les services de planification familiale ;
- 45% pour les CPN, 5 jours et plus par semaine ;
- 19% pour l'accouchement normal ;
- 97% pour les soins curatifs infantiles, 5 jours et plus par semaine ;
- 10% pour la vaccination de routine de la polio, 5% (DTC/pentavalent), 5% (rougeole), 2% (BCG) et 5% (fièvre jaune).

IV.5.4 Stimulation de la demande

Afin d'accroitre la demande de services de SRMNIA-N, les activités porteront essentiellement sur la sensibilisation et la communication pour le changement de comportement grâce aux prestataires de soins et aux acteurs communautaires (ACS, groupes communautaires de soutien, CVAC.i, etc.).

Dans le cadre de la promotion de la communication interpersonnelle, les prestataires ont bénéficié de sessions de renforcement de capacités pour assurer au mieux leur mission en vue de disposer de techniques pour mieux sensibiliser la population aux risques liés de l'accouchement à domicile, à la prévention des comportements à risque, à la nécessité de pratiquer un suivi régulier de la grossesse[46].

La couverture du risque maladie par les mutuelles de santé, pour améliorer l'accessibilité financière, rapportée à la population cible est passée de 42,4% en 2017 à 45,8% en 2018, puis à 52% en 2021[47]. Les exemptions de paiement sont liées à des services (paludisme pour les enfants de moins de cinq ans et pour les femmes enceintes, ARV, césarienne, vaccination, prise en charge des malnutris, femmes atteintes de cancers) et à des personnes (élèves, personnes âgées, etc.).

La césarienne est gratuite au niveau des hôpitaux et des centres de santé de type 2 (avec bloc opératoire). Au total, plus de 40.000 femmes ont bénéficié, depuis 2014, de la gratuité de la césarienne grâce à la Couverture maladie universelle (CMU). L'Etat a supporté les frais globaux qui s'élèvent à 3,4 milliards FCFA. Cette enveloppe a été versée aux hôpitaux, aux centres et postes de santé en guise de compensation.

Considérant les enfants de 0 à 5 ans, les personnes âgées de 60 ans et plus, les salariés du secteur privé, les agents soumis à l'imputation budgétaire et ceux couverts par les mutuelles de santé principalement, le taux de couverture tout régime confondu est estimé à 53,2% en 2020. Par ailleurs, l'application de l'initiative de la gratuité 0-5 ans n'est pas effective au niveau des cases de santé[48]. Il y a un bon taux de fréquentation des structures sanitaires pour les enfants âgés de 0 à 5 ans. Ils sont plus de 4 millions de bénéficiaires.

Ces politiques d'exemption restent très peu évaluées mais les études réalisées sur leur mise en œuvre et leur impact montrent qu'elles contribuent à obtenir des résultats satisfaisants en termes de couverture de la population cible[49].

[46] Fatou Samb, « Les accouchements au Sénégal », *Études caribéennes* [En ligne], 50 | Décembre 2021
[47] Rapport de performance Agence de la Couverture Maladie Universelle 2018
[48] Rapport de performance Agence de la Couverture Maladie Universelle 2018
[49] Olivier de Sardan & Ridde, 2014 ; Ravit et al., 2017

Près de 10 ans après le lancement, le transfert monétaire par le moyen des bourses familiales est généralement bien apprécié par les cibles[50,51] même si les dimensions liées à l'autonomisation et à la création de richesse sont peu visibles chez la plupart des bénéficiaires. Néanmoins, des exemples de réussite sont notés un peu partout à l'échelle nationale avec des femmes qui arrivent à créer des activités génératrices de revenus dans l'aviculture, l'élevage, le maraîchage, le petit commerce, l'artisanat, etc. Le succès du programme national de bourse de sécurité familiale (PNBSF) et la persistance des vulnérabilités socioéconomiques à la suite de l'inflation causée par la pandémie due à la COVID-19 ont permis de lancer en mai 2022, un autre programme de transfert monétaire pour les plus pauvres. Ce cash transfert exceptionnel de 43 000 436 480 FCFA financé exclusivement par la Banque mondiale et ciblant 542 956 ménages inscrits dans le Registre National Unique (RNU) ont permis à chaque ménage de recevoir 80 000 FCFA en plus de la bourse familiale pour certains.

A propos de l'infertilité, face à une demande croissante des couples concernés qui subissent une pression sociale, le Sénégal s'est engagé dans la dynamique d'améliorer la prise en charge à travers la mise en place en banlieue dakaroise d'une unité de PMA au Centre Hospitalier National Dalal Jam regroupant les différents spécialistes impliqués.

Par ailleurs, dans le cadre de la prise en charge des fistules, les femmes victimes vivant dans les zones éloignées du pays, souvent éprouvées par la souffrance, étaient confrontées à un parcours difficile. Désormais, elles peuvent retrouver espoir grâce à l'appui financier du MSHP à travers la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant. Dans le cadre des activités financées par les partenaires, les femmes porteuses de fistules obstétricales sont prises en charge gratuitement dans les établissements publics de santé identifiés.

L'accélération et l'intensification des interventions à haut impact nécessitent une implication des communautés et de tous les acteurs qui interviennent dans la santé. Ainsi, pour fléchir la tendance de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et améliorer la connaissance, l'utilisation des services de Santé de la Reproduction par les communautés, le Sénégal a mis en place des stratégies novatrices comme le Programme Communautaire pour la Promotion de la Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant « Programme Bajenu Gox » (PBG).

Le Programme Bajenu Gox s'inscrit dans la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) et vise la prévention et la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfants et de l'adolescent(e)/jeune.

[50] A.S. Fall et al. 2022
[51] M. Coly 2022

La promotion de la santé permet d'atteindre les cibles afin d'induire un changement de comportement positif par un ensemble de moyens et techniques pour promouvoir et maintenir un changement de comportement au niveau individuel, communautaire et de la société,

Les Bajenu Gox au nombre total de 12 358, sont des acteurs communautaires de Prévention et de Promotion (ACPP) de la santé dont le rôle est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale, infanto juvénile, des adolescent-e-s et jeunes.

Les Bajenu Gox ont principalement pour mission de faire la promotion et la prévention de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent-e et du jeune.

Elles sont choisies et désignées lors d'assemblées générales selon des critères définis par leur communauté après expression de besoins par le responsable de la structure de santé.

Le paquet des activités dévolues traditionnellement aux BG a été renforcé avec de nouvelles tâches que sont la déclaration de naissance, la déclaration de décès maternels et néonatals, l'identification/orientation des femmes porteuses de fistules vers les structures de santé.

La revue des activités des *Bajenu Gox* laisse apparaitre que ces dernières ont réalisé durant l'année 2023, 27 870 visites à domicile, 137 695 causeries et ont orienté 352 809 personnes vers les structures de santé.

V. Analyse SWOT, principaux lacunes et défis

V.1 Analyse SWOT : Santé de la mère

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
♦ Existence d'un mécanisme de formation continue du personnel sur site comme le tutorat, le mentorat, le coaching ♦ Discrimination positive dans l'affectation du personnel pour les zones défavorisées ♦ Existence d'un réseau communautaire dynamique ♦ Existence d'un programme de santé communautaire Bajenu Gox dédié à la santé de la mère et de l'enfant ♦ Début de la motivation financière pour les acteurs communautaires (Bajenu gox) ♦ Gratuité de la césarienne ♦ Création et fonctionnalité de certains blocs SONU ♦ Mise en place d'un réseau de maternités désignées SONU ♦ Existence de la plateforme DHIS2 prenant en compte tous les formulaires SRMNIA-N ♦ Existence de réseaux de donneurs de sang	♦ Insuffisance dans le recrutement et la répartition des RH qualifiées en santé à travers le pays ♦ Timide collaboration avec le secteur privé de la santé ♦ Mobilité des personnels de santé surtout ceux des régions assez éloignées ♦ Insuffisance de stratégie de pérennisation des interventions à haut impact comme l'Initiative des Sage femmes Itinérantes ♦ Insuffisance dans les stratégies avancées et mobiles dans les activités de SR ♦ Faible implication des hommes dans la SRMNIA-N ♦ Insuffisance de la prise en compte du genre dans la SRMNIA-N (personnes en situation d'handicap, hommes etc.) ♦ Insuffisance dans le suivi et la coordination des interventions des acteurs communautaires ♦ Insuffisance de l'offre de qualité des soins maternels ♦ Insuffisance dans la mise en œuvre de la gratuité des évacuations sanitaires dans certaines structures ♦ Non fonctionnalité des blocs opératoires de certains centres de santé 24h/24 et 7 jours/7 ♦ Absence de blocs opératoires dédié uniquement aux urgences obstétricales dans certains Etablissements publics de santé ♦ Non complétude des données ♦ Grèves récurrentes des agents de santé avec rétention des données ♦ Insuffisance dans l'audit des décès maternels et néonatals ♦ Insuffisance de suivi dans la mise en œuvre des recommandations formulées lors des audits de décès maternels ♦ Insuffisance du ratio de don de sang par habitant (normes OMS : 10 dons / 1000 habitants) ♦ Absence de motivation des autres acteurs communautaires	♦ Appui technique et financier des PTF pour le recrutement de RH qualifiées ♦ Appui des PTF et des collectivités territoriales ♦ Disponibilité de Média (radios, télévisions communautaires, presse écrite et en ligne, réseaux sociaux) au niveau national et au niveau déconcentré ♦ Contractualisation avec les radios pour un paquet d'activités ♦ Appui technique et financier des PTF dans la formation des équipes des blocs opératoires et dans l'équipement ♦ Disponibilité des PTF à accompagner la formation des acteurs de la santé sur l'analyse et l'utilisation des données ♦ Implantation de nouvelles industries pharmaceutiques dans le cadre de la souveraineté pharmaceutique	♦ Retrait des PTF ♦ Crise socio-sanitaire (changement climatique, épidémies, instabilité sociale, etc.) ♦ Définition de nouvelles priorités d'ordre mondial avec l'avènement des urgences sanitaires ♦ Croyances socio-culturelles persistantes (faible pouvoir de décision de la femme…) ♦ Raréfaction des ressources financières ♦ Couverture et Qualité du réseau internet dans certaines zones éloignées / Enclavées ♦ Croyances socioculturelles liées au don de sang

Défis liés à la Santé maternelle

Les principaux défis liés à la santé maternelle sont :

- la fonctionnalité des structures SONU C et B existantes dans le cadre du réseau des maternités 24/24 heures et7jours /7 ;
- la contribution des collectivités territoriales et des entreprises (RSE) à l'effort de santé ;
- la fidélisation du personnel qualifié dans les zones difficiles et/ou éloignées (motivation pour les prestataires dans les zones difficiles et /ou éloignés, etc.) ;
- la coordination du suivi prénatal (coordination entre les acteurs communautaires, les infirmiers, les SFE et les obstétriciens pour la PEC des grossesses à risques) ;
- le renforcement de capacités des prestataires dans les maternités sur certaines techniques obstétricales (ventouses, cardiotocographe) ;
- la digitalisation de tous les outils de gestion de la santé de la mère ;
- la disponibilité continue des médicaments d'importance vitale, du sang et ses dérivés dans les structures sanitaires ;
- la disponibilité, le partage et l'utilisation de données de qualité ;
- la motivation des acteurs communautaires ;
- la pérennisation de la motivation des *Bajenu Gox* ;
- la prise en compte du genre dans la SRMNIA-N ;
- la prise en compte de l'équité territoriale dans l'offre SRMNIA-N ;
- la prise en compte de l'infertilité et l'infécondité dans la SRMNIA-N ;
- la prise en compte de la ménopause dans les différents documents stratégiques;
- la prise en compte du changement climatique dans la SRMNIA-N ;
- le renforcement des soins de santé primaire en Santé Maternelle ;
- l'appropriation des différentes stratégies à tous les niveaux dans la mise en œuvre et le suivi (Monitoring SONU, SDMPR).

V.2 Analyse SWOT : Santé du Nouveau-Né

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
♦ Disponibilité des PNP et du guide de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales ♦ Formation continue des prestataires sur les différents thèmes de néonatalogie dans les régions (SMK, HBB, SENN, etc.) ♦ Mise en place et fonctionnalité de SAMU au niveau de certaines régions ♦ Equipement des maternités en matériels pour le nouveau-né (tables chauffantes, matériels de réanimation, équipements kangourou, etc.) ♦ Rapprochement de services (stratégies avancées, mobiles, intégrées ; soins mère et nouveau-né à domicile) ♦ Mise en œuvre de stratégies (SMK, SENN, HBB, CPN recentrée, 1000 premiers jours, ANJE, etc.)	♦ Insuffisance de l'offre de qualité en soins néonatals ♦ Insuffisance de mobilisation de ressources domestiques pour la santé néonatale (Infrastructures et Equipements, matériels, RH, médicaments, etc.) ♦ Insuffisance dans le suivi, la pérennisation et la mise à l'échelle des interventions à haut impact en santé néonatale ♦ Insuffisance de la pratique de la simulation en réanimation du nouveau-né dans la formation de base ♦ Déficit en ressources humaines, notamment, pédiatres, néonatologistes, puériculteur(trice)s et infirmiers surtout à l'intérieur du pays ♦ Insuffisance d'ambulances équipées dédiées à la néonatologie au niveau des SAMU ♦ Insuffisance d'informations de la population sur les SMK ♦ Insuffisance de renouvellement du matériel dédié à la prise en charge du nouveau-né ♦ Insuffisance de maintenance préventive et curative des matériels de prise en charge du nouveau-né	♦ Établissement de partenariats avec des ONG, des entreprises locales et des institutions internationales ♦ Appui des PTF ♦ Existence de radios communautaires ♦ Engagement de certaines communautés et collectivités territoriales dans l'équipement des structures	♦ Retrait des ONG ♦ Retrait de certains partenaires ♦ Réalités socio-culturelles ♦ Lourdeur de certaines procédures pour l'acquisition de matériels et équipements

Défis liés à la santé néonatale

La mise en œuvre de la politique santé néonatale reste confrontée à plusieurs défis dont :

- la communication sur l'ampleur des décès des nouveaux nés, la mise au sein précoce, l'AME et les soins maternels kangourou ;
- la mise en place d'unités de néonatologie légères dans les centres de santé disposant d'un bloc SONU ;
- la mise en place de services de néonatologie répondant aux normes dans tous les EPS ;
- le relèvement du plateau technique des centres de référence en néonatologie ;
- la mise en place de centres de référence en néonatologie par axe : Sud (Ziguinchor), Est (Tambacounda), Nord (St Louis), Centre (Kaolack) et Ouest (Dakar) ;
- la mise en place de coins de nouveau-né respectant les normes dans toutes les maternités ;
- le recyclage périodique des prestataires sur les protocoles des soins du nouveau-né ;
- la formation des prestataires à l'utilisation des nouveaux équipements pour le nouveau-né ;
- la systématisation des notifications des décès néonatals et des mortinaissances et des audits de décès néonatals dans le secteur public et privé de santé ;
- la disponibilité des médicaments et produits pour les soins essentiels et d'urgence du nouveau-né dans les salles d'accouchement et les services de néonatologie (collyre antiseptique, clamp de bar, phénobarbital injectable, bétaméthasone, midazolam, sulfate de magnésium, surfactant, antibiotiques) ;
- l'intégration du surfactant, de la caféine et le sildénafil dans la liste des produits de la PNA.

V.3 Analyse SWOT : Santé de l'enfant

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
♦ Mise à l'échelle de toutes les interventions à haut impact sur la santé de l'enfant ♦ Intégration de la PCIME dans la plateforme e-learning du MSAS ♦ Gratuité des vaccins du PEV ♦ Gratuité des soins pour les enfants de 0-5 ans dans le cadre de la CMU ♦ Disponibilité d'outils d'aide au travail (guide pratique de gestion des urgences pédiatriques, PNP survie de l'enfant, livret PCIME, courbe d'auto-monitorage SVAR, etc.) ♦ Disponibilité de Pédiatres au niveau des Hôpitaux Régionaux et quelques centres de santé ♦ Prise en compte des produits utilisés en SRMNIA-N dans la liste nationale des médicaments essentiels ♦ Disponibilité des outils de gestion harmonisés (carnet CPN, registres enfants malades, etc.) ♦ Mise en œuvre d'expériences pilotes à haut impact comme l'oxygénothérapie ♦ Existence de pôles mère-enfant ♦ Existence d'un cadre multisectoriel pour la mise en œuvre du paquet intégré des soins attentifs ♦ Collaboration étroite et intégration dans la mise en œuvre des interventions avec les programmes de lutte contre le paludisme, PEV, DLSI, Tuberculose impactant sur la santé infantile	♦ Faible diffusion et appropriation des documents stratégiques (PNP, GPGUP…) ♦ Insuffisance dans la coordination des différents acteurs intervenant dans la santé de l'enfant ♦ Insuffisance dans la supervision régulière et le suivi post formation à tous les niveaux ♦ Ruptures fréquentes des médicaments et intrants (SRO/Zinc, vit A, Amoxicilline, etc.) ♦ Insuffisance de prestataires qualifiés en urgences pédiatriques ♦ Sous équipement des structures sanitaires en matériels pédiatriques ♦ Non intégration de la Vitamine A dans le circuit d'approvisionnement de la SEN-PNA ♦ Insuffisance de financement des interventions communautaires du programme santé de l'enfant ♦ Absence d'unités d'accueil des urgences aux normes (UAU) au niveau des CS de certaines régions ♦ Ruptures fréquentes des médicaments d'urgence ♦ Insuffisance dans la prise de décision basée sur des évidences en soins pédiatriques ♦ Insuffisance dans la gestion de données de la Supplémentation en Vitamine A de Routine (SVAR)	♦ Existence des sociétés savantes et institutions de recherche (SOSEPED, CHIRPED…) ♦ Appui au recrutement du personnel qualifié par les PTF ♦ Existence de mutuelles de santé (SEN-CSU) ♦ Existence d'Organisations de la Société Civile (OSC) ♦ Existence d'UFR Santé dans les universités ♦ Existence du réseau des acteurs communautaires ♦ Mobilisation des financements domestiques (collectivités territoriales, partenaires locaux, RSE, etc.) ♦ Engagement des partenaires à financer les programmes de la santé de l'enfant ♦ Utilisation des TIC ♦ Existence de réseaux de radios communautaires	♦ Absence de couverture du réseau télécommunication dans certaines zones éloignées/enclavées ♦ Urgence de santé publique de portée internationale (épidémies, catastrophe naturelle, guerre, etc.) ♦ Réduction ou réorientation du financement des PTF vers d'autres programmes/secteurs ♦ Non remboursement à temps des prestations de service par la SEN-CSU ♦ Insuffisance dans la coordination intra et multisectorielle ♦ Existence de croyances et de rumeurs pouvant être à l'origine de retards dans la demande en soins ♦ Prolifération des médicaments de la rue ♦ Non effectivité des initiatives de gratuité des soins chez les enfants de moins de 5 ans au niveau communautaire ♦ Prolifération et vulgarisation des charlatans et guérisseurs

Défis liés à la santé de l'enfant

Les défis sont **:**

- la disponibilité des médicaments et intrants à tous les niveaux ;
- l'intégration des intrants nutritionnels (Vit A, plumpy sup, plumpy nut, albendazole, F100, F75, résomal, etc.) dans le circuit de la SEN-PNA ;
- la dotation et la mobilisation d'une ligne budgétaire pour l'achat de la vitamine A ;
- l'appropriation des PNP Survie de l'Enfant par les prestataires à tous les niveaux ;
- la communication centrée sur l'humain pour le changement social et comportemental ;
- le maintien des performances des autres programmes de santé comme le programme de lutte contre le paludisme, la tuberculose, SIDA et des infections non transmissibles et du programme élargi de vaccination ;
- la mise à l'échelle et la pérennisation de l'oxygénothérapie au niveau de tous les districts ;
- la motivation des acteurs communautaires autres que les Bajenu Gox.

V.4 Analyse SWOT : Santé des adolescent-e-s et jeunes

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
♦ Existence d'une Stratégie de communication digitale « Xeex anémie » ♦ Existence d'un plan de communication spécifique à la santé des adolescents et jeunes « Jog Jotna » ♦ Existence de paquets de services adaptés aux adolescent-e-s/jeunes ♦ Existence de curricula sur la SRAJ, la nutrition et le genre ♦ Existence de structures fonctionnelles dédiées aux adolescents/jeunes dans les points de prestations de santé (Espace Ado ou Bureau Ado) ♦ Existence d'une Division de la Santé de l'Adolescent (DSA) à la DSME ♦ Existence du cadre national multisectoriel de concertation sur la santé des adolescent-e-s et jeunes ♦ Renforcement régulier des compétences des personnels de santé et acteurs communautaires sur la santé des adolescent-e-s et jeunes	♦ Harmonisation des interventions, des supports de communication et des outils de gestion ♦ Prise en charge holistique des VBG (notification, signalement, etc) ♦ Capitalisation et dissémination des données des autres secteurs intervenant dans la santé de l'adolescent ♦ Faible mise en œuvre de la stratégie de communication sur la SAJ (Insuffisance de financement) ♦ Faible fréquentation des structures dédiées aux adolescent-e-s et jeunes par peur de stigmatisation et d'auto stigmatisation ♦ Services de santé non adaptés pour les adolescent-e-s et jeunes ♦ Insuffisance de cadres de concertation multisectoriels aux niveaux régional et opérationnel ♦ Absence de stratégie de communication parent-enfant sur la santé des adolescent-e-s et jeunes ♦ Faible appropriation de la santé des adolescent-e-set jeunes par les directions régionales de la santé ♦ Insuffisance d'équipements de supports de communication et d'outils de gestion dans les espaces ado -jeunes ♦ Faible appropriation du droit à la santé par les prestataires pour répondre aux besoins spécifiques des adolescent-e-s et jeunes	♦ Disponibilité de lignes vertes GUINDIMA, WALU ALLO 116, Adama Call, AR SAMA NDAW et plateformes WeerWi, Hello Ado, DSSR-Bot) ♦ Engagement politique au plus haut niveau en faveur de la santé des adolescents et jeunes ♦ Initiative nationale pour l'accès aux serviettes hygiéniques pour les femmes et les jeunes filles ♦ Diversité de plateformes digitales ♦ Existence d'outils d'éducation par le divertissement ♦ Existence d'un cadre consultatif des jeunes ♦ Implication des religieux et existence d'un argumentaire religieux pour la santé des adolescent-e- s et jeunes ♦ Existence de réseaux d'acteurs (journalistes, jeunes, religieux, communicateurs traditionnels) pour la santé ♦ Existence de l'Acte III de la décentralisation ♦ Collaboration avec les influenceurs numériques (Association des Bloggeurs, Artistes,) ♦ Existence de l'agenda national de la fille ♦ Engagement des PTF pour la continuité des services dans les structures dédiées aux jeunes ♦ Existence d'un outil de score qualité pour monitorer la qualité des services offerts aux jeunes ♦ Existence d'un plan d'action national pour l'abandon des MGF et mariages d'enfants ♦ Diversité des partenaires techniques et financiers intervenant dans la SRAJ ♦ Engagement pour la mise à l'échelle de stratégies communautaires à haut impact (« New deal ») ♦ Existence de centres de prise en charge holistique de victimes des VBG	♦ Pesanteurs socioculturelles ♦ Urgence de santé publique de portée internationale (épidémies, catastrophe naturelle, guerre, etc.) ♦ Barrières socio culturelles limitant l'accès aux services ♦ Désinformations et éléments de langages non appropriés (Infox) ♦ Réduction du financement des partenaires ♦ Faiblesse de la mobilisation des ressources domestiques ♦ Dégradation des infrastructures sanitaires liées aux changements climatiques ♦ Insuffisance dans la prise en compte des VBG dans les politiques et programmes. ♦ Représentations et perceptions socioculturelles

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
y compris les personnes vulnérables ♦ Existence d'un guide de communication parent enfant	♦ Insuffisance dans la fréquentation des espaces ados par les adolescent-e-s et jeunes ♦ Insuffisance de financement pour la démultiplication des formations ♦ Mouvements d'humeur du personnel (rétention de données)	♦ Existence d'un cadre juridique protecteur pour les femmes et les filles (loi SR 2005, loi 99-05 relative à la pénalisation et la répression des MGF/Excision, loi 2020-05 criminalisant le viol et la pédophilie) ♦ Existence de coalitions d'OSC sur le plaidoyer sur la SRMNIA-N ♦ Participation des collectivités territoriales /collaboration avec l'association des maires du Sénégal (AMS)	♦ Restrictions budgétaires en période de crise et de catastrophes naturelles

Défis liés à la Santé des adolescents

Parmi les défis, on note :

- le renforcement des activités SRAJ dans les PTA au niveau des régions et des districts ;
- la couverture en espaces Ado/jeune dans toutes les structures sanitaires ;
- la participation des jeunes dans les instances de prise de décision ;
- le financement durable pour la mise en œuvre des activités de la SRAJ ;
- le renforcement des capacités des prestataires et acteurs communautaires sur des thématiques de la SRAJ (santé mentale, genre, hygiène menstruelle, handicaps, counseling, clarification des valeurs) ;
- la mise en place de blocs d'hygiène sensibles au genre et à la gestion de l'hygiène menstruelle (GHM) dans tous les établissements scolaires (élémentaire, moyen et secondaire) ;
- la gestion du système d'information sanitaire sur la SRAJ à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- l'intégration de serviettes hygiéniques normées dans le circuit des produits de santé ;
- la mise en place d'un outil/dispositif de capitalisation des interventions à haut impact dans une perspective de pérennisation ;
- la capitalisation des interventions des OSC sur la santé des adolescent-e-s et jeunes ;
- la recherche sur la santé et la nutrition des adolescent-e-s et jeunes prenant en compte le handicap et la santé mentale ;
- la signature du décret d'application de la loi SR

V.5 Analyse SWOT : Nutrition

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
♦ Engagement des politiques, (PNDSS, PSMN, PNDN, Plan SRMNIA-N) ♦ Existence de politique et de documents de stratégie sur la nutrition ♦ Existence de cadres de coordination multisectoriels et intra sectoriels ♦ Existence de documents de politiques et normes sur la nutrition (guides et manuels AM-ANJE, outils de PECMAS communautaire, etc.) ♦ Existence de programmes de renforcement de la nutrition au niveau communautaire ♦ Allocation de fonds domestiques pour l'achat des intrants nutritionnels ♦ Mise en œuvre de recherches sur les problématiques de nutrition	♦ Absence de Protocole sur la prise en charge de la malnutrition chez les enfants de plus de 5 ans, les adolescents et les Femmes en âge de reproduction (FAR) ♦ Insuffisance de la formation des personnels de santé en nutrition (faible couverture en formation, qualité de la formation, absence des modules de nutrition dans les curricula de formation de base des agents de santé) ♦ Non intégration des intrants nutritionnels dans le circuit d'approvisionnement et de distribution de la SEN-PNA ♦ Insuffisance de données de couverture des interventions de nutrition ♦ Déficit de matériels et équipements anthropométriques au niveau des structures et au niveau communautaire (MUAC, balance, toise, etc.) ♦ Insuffisance de ressources domestiques pour l'achat des intrants nutritionnels (vitamine A, Albendazole, ATPE, ASPE, etc.) ♦ Insuffisance de données récentes et continues sur le statut en micronutriments des cibles pour un suivi périodique ♦ Insuffisance de la vulgarisation des textes relatives aux dispositions législatives et règlementaires : aménagement d'espace d'allaitement et repos heure d'allaitement dans les lieux de travail ♦ Faiblesse de la communication sur la nutrition	♦ Mise en œuvre de l'initiative plus fort avec le lait maternel uniquement ♦ Existence des structures de formation diplômantes en nutrition (Licence, Master, Doctorat) ♦ Existence de partenaires techniques et financiers à tous les niveaux ♦ Priorité de l'Etat et des bailleurs pour la santé et la nutrition des adolescent-e-s et jeunes ♦ Existence de sociétés savantes (production des évidences, formation, encadrement et plaidoyer) ♦ Collectivités Locales (fonds de concours, RSE local, Groupes de soutien des collectivités territoriales/ nutrition) ♦ Plaidoyer international en faveur de la nutrition	♦ Culturelles (habitudes alimentaires chez l'enfant, les femmes enceintes et allaitantes ♦ Mouvement d'humeur des prestataires (boycott des formations et supervisions formative) ♦ Mouvement d'humeur des prestataires (boycott des formations et supervisions formative) ♦ Changement climatique pouvant impacter sur l' ♦ Pesanteurs socioculturelles ♦ Retard dans la livraison des intrants et produits de nutrition

Défis liés à la Nutrition

Les défis sont liés à **:**

- la mobilisation de fonds domestiques pour l'achat des intrants et pour la promotion du développement de la nutrition ;
- la mise à disposition de nutritionnistes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- l'amélioration de la couverture en services essentiels de nutrition et la mise à l'échelle des interventions sensibles de nutrition particulièrement dans les zones à forte prévalence de la malnutrition ;
- le développement de compétences en nutrition à travers la formation initiale , la formation continue et la recherche ;
- la communication intense et accrue sur la nutrition ;
- la signature du décret d'application sur la commercialisation des substituts et des aliments destinés aux nourrissons ;
- l'amélioration de la gestion des données de nutrition à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire ;
- le renforcement des capacités en approvisionnement des intrants de nutrition à tous les niveaux ;
- l'intégration des intrants de nutrition et produits essentiels dans le circuit de la SEN- PNA ;
- la vulgarisation des textes relatifs aux dispositions législatives et règlementaires : révision de la durée du congé de maternité ;
- le passage à l'échelle de la nutrition et de la supplémentation en fer et acide folique des adolescentes.

V.6 Analyse SWOT de la Sécurité sanitaire

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
• Existence d'un cadre institutionnel consolidé : HCNSS-OH créé en 2017 et renforcé par décret en 2024, placé sous la Primature. • Appropriation multisectorielle forte : engagement des ministères, institutions publiques et privées, universités, société civile et communautés. • Dispositif opérationnel fonctionnel : COUS avec ses 4 composantes, local physique aux normes, personnel administratif dédié, salle de situation, SGI, EMIS, expertise reconnue. • Disponibilité d'outils stratégiques : plans NRBC, plans de surveillance intégrée, procédures normalisées, stratégies de prévention zoonoses/RAM, plan multirisque	• Coordination et communication insuffisantes : communication de risque non systématique, fragmentation entre secteurs humain, animal et environnemental. • Faiblesse du financement pérenne : absence de mécanismes de capitalisation et de fonds dédiés, sous-financement des services vétérinaires. • Insuffisances logistiques et infrastructurelles : logistique roulante limitée, absence de locaux de continuité du COUS, manque d'unités de quarantaine et d'infrastructures hospitalières/vétérinaires aux normes. • Interopérabilité limitée des systèmes d'information (SIMR, SNSE, phytosanitaire, environnement).	• Volonté politique affirmée de renforcer la sécurité sanitaire et l'approche OH dans les LPS sectorielles. • Approche multisectorielle institutionnalisée, soutenue par le PANSS et les LPS sectorielles. • Nouvelles infrastructures sanitaires et universitaires constituant une base solide pour le PANSS. • Soutien des PTF (FAO/ECTAD, FA-COVID, Fonds Fleming, OMS, OMSA, UE, Agences américaines, AFD, GATES, etc.) pour renforcer laboratoires, formation, simulation. • Alignement aux dispositifs internationaux (documents quadripartite OMS/OMSA/FAO/PNUE, RSI, normes SPS, Codex).	• Dépendance forte aux financements extérieurs, souvent non coordonnés ni alignés aux priorités nationales. • Mobilisation lente des financements nationaux en cas d'urgence (absence de fonds multisectoriel opérationnel). • Insuffisance d'infrastructures sanitaires, vétérinaires et environnementales aux normes pour la gestion des crises majeures. • Changements climatiques, déforestation et perte de biodiversité favorisant l'émergence/réémergence des zoonoses. • Accroissement des risques transfrontaliers : flux

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
• Renforcement des capacités nationales : nouveaux hôpitaux de niveau 2 (750 lits), nouvelles universités (Thiès, Ziguinchor), laboratoires (IRESSEF, LN de Santé publique de Thiès, plateaux techniques régionaux). • Nouvelles institutions spécialisées : Agence de régulation pharmaceutique, renforcement des institutions existantes (IPD, LNERV, ITA, CERES Locustox). • Capacité de mobilisation et expertise reconnue : forte réactivité et coordination lors de crises récentes (COVID-19, Ebola, choléra, Mpox, dengue, grippe aviaire). • Appuis logistiques et technologiques : serveur propre du COUS, usage croissant des outils numériques.	• Ressources humaines fragiles : déficit en profils spécialisés (épidémiologistes, vétérinaires SP, NRBC), rotation élevée des cadres, faible fidélisation. • Ancrage territorial incomplet : vulgarisation limitée de l'approche One Health au niveau des collectivités territoriales et communautés locales. • Plans et procédures non systématiquement mis à jour : fragilité de la réactivité en cas de crise majeure.	• Intégration régionale CEDEAO/UEMOA facilitant la coopération transfrontalière, la surveillance partagée et financements conjoints. • Positionnement régional du Sénégal : sollicité pour appuyer la mise en place des COU dans d'autres pays (Mali, Mauritanie, Gambie).	migratoires, trafics informels, insécurité régionale. • Insuffisante collaboration et coordination intersectorielle avec certaines parties prenantes.

Défis liés à la Sécurité sanitaire

Les défis se présentent selon les domaines

❖ **Prévention et réduction des risques**

Ils sont :

- La cartographie et harmonisation des textes législatifs et réglementaires en lien avec la sécurité sanitaire et l'approche OH.
- L'intégration des zoonoses prioritaires et de la RAM dans les politiques publiques.
- La généralisation de la vaccination y compris en santé animale et promotion de la prévention communautaire.

❖ **Détection précoce et surveillance intégrée**

- La fonctionnalité d'un dispositif de SAP multirisque et multisectoriel
- Le renforcement et maillage des laboratoires nationaux et régionaux.
- L'interopérabilité des systèmes de surveillance humaine, animale, végétale et environnementale.
- La mobilisation et formation d'épidémiologistes de terrain et de ressources humaines spécialisées.

❖ **Préparation et riposte coordonnées**

- **La** disponibilité et mise à jour régulière des plans multirisques et NRBC ;
- **La** fonctionnalité des CR-OH et mini-COUS régionaux multisectoriels ;
- **La** mise en place d'équipes multisectorielles d'intervention rapide, avec appui logistique ;
- **Le** développement de mécanismes de protection sociale et psychosociale pour les populations affectées.

❖ **Gouvernance et coordination One Health**

- L'appropriation effective de l'approche One Health par tous les secteurs.
- La fonctionnalité des comités régionaux multisectoriels ;
- L'intégration de la communication de risque et de l'engagement communautaire dans la gouvernance.

❖ **Sécurité sanitaire aux frontières et coopération**

- La mise en place d'unités de quarantaine aux PoE (humains, animaux, denrées) ;
- Le déploiement de systèmes numériques de suivi des voyageurs et cargaisons ;
- La coopération transfrontalière et échanges d'informations en temps réel ;
- Le renforcement du contrôle des flux commerciaux et migratoires.

❖ **Résilience et équité sociale**

- L'intégration de la dimension genre et équité dans toutes les interventions ;
- L'inclusion des populations vulnérables et communautés locales ;
- L'adaptation aux effets du changement climatique et à la perte de biodiversité ;
- L'intégration de la sécurité sanitaire dans les politiques d'urbanisme et d'assainissement.

❖ **Pérennisation du financement et innovation**

- La mise en place et opérationnalisation du fonds d'urgence multisectoriel ;
- La cartographie et harmonisation des financements sectoriels ;
- La mobilisation des financements climatiques, environnementaux et sociaux ;
- Le développement de partenariats public-privé pour la sécurité sanitaire ;
- L'intégration d'innovations technologiques (numérique, IA, big data, biotechnologies).

CHAPITRE III :

STRATÉGIE NATIONALE INTÉGRÉE POUR LA SRMNIA-N

STRATEGIE NATIONALE INTEGREE POUR LA SRMNIA-N

VI. Référentiels nationaux, internationaux, cadre intégré multisectoriel et théorie du changement

VI.1 Référentiels nationaux et internationaux

Le Plan stratégique intégré SRMNIA-N 2024-2030 s'inscrit dans le cadre des recommandations mondiales auxquelles le Sénégal a souscrit notamment les Objectifs de Développement Durable (ODD) de 2030. Il s'inspire des orientations nationales déclinées dans la vision du Sénégal à l'horizon 2050 opérationnalisés par le PNDSS 2019-2028.

Ce plan s'appuie également sur les autres référentiels internationaux et nationaux.

Au plan international, il s'agit notamment de : (i) la conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire en 1994 qui a consacré le concept de la santé de la reproduction (SR), (ii) la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) , (iii) la convention relative aux droits des personnes handicapées (2006) , (iv) la charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant adoptée à Addis Abeba en juillet 1990 et ratifiée par le Sénégal le 29 septembre 1996, (v) le partenariat de Ouagadougou pour le repositionnement de la PF en 2011, (vi) l'Agenda 2063 de l'union africaine (2013) , (vii) le plan d'action de Maputo révisé 2016-2030 sur la santé sexuelle et reproductive, (viii) la stratégie africaine de santé de la reproduction, (ix) la stratégie africaine de la prévention et de la PEC des fistules obstétricales.

Au niveau national, le Sénégal a adopté un certain nombre de textes et de stratégies qui traduisent sa volonté en matière de SRMNIA-N. Il s'agit notamment de : (i) la loi n° 2005 -18 du 5 aout 2005 relative à la santé de la reproduction (ii) la loi n° 2010-03 du 9 avril 2010 relative au VIH, (iii) la loi n° 2020-05 du 10 janvier 2020 modifiant la loi 65-60 du 21 juillet 1965 sur les violences faites aux femmes et aux filles, (iv) la loi n° 2014-19 du 24 avril 2014 modifiant la loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code des collectivités locales, (v) la lettre de politique sectorielle de développement de la santé 2016 (vi), le PNDSS 2019-2028 (vii), le plan Stratégique SRMNIA-N-2016-2020, (viii) le PNDRHSS 2020-2028 (ix), le plan d'action sur l'éradication des VBG et des droits humains 2017-2021, (xi) la stratégie Nationale de Protection de l'Enfant (SNPE), (xii) le plan national de Lutte contre le Mariage d'Enfants 2023-2025, (xiii) le décret portant organisation du MSHP en 2023, (xiv) la Stratégie Nationale pour l'Equité et l'Egalité de Genre (SNEEG) 2016- 2026, (xv) le Plan Stratégique Multisectoriel de la nutrition (PSMN) 2024-2030).

VI.2 Cadre Intégré Multisectoriel

Le cadre stratégique est une réponse intégrée et multisectorielle, défini pour accélérer les changements stratégiques nécessaires afin de conserver les acquis et améliorer la SRMNIA-N au Sénégal. Il s'appuie sur l'intégration des services de qualité centrés sur la personne dans une optique de couverture sanitaire universelle et la collaboration intra et extra sectorielle pour une prise en charge holistique des déterminants de la santé de la mère, de l'enfant et des adolescent-e-s. Le cadre tient compte des spécificités de genre, des principes d'équité et des droits humains des stratégies innovantes avec un fort engagement communautaire et un cadre de responsabilité renforcé.

Les changements stratégiques nécessitent un leadership et un partenariat fort ainsi que des approches souples donnant plus de flexibilité aux Directions Régionales de la Santé. Les ministères sectoriels, autres que la santé, doivent être au cœur du dispositif pour accroitre la couverture des services et lever les obstacles sociaux et structurels qui entravent l'accès aux services de santé.

VI.3 Théorie du Changement

La théorie du changement qui sous-tend la mise en œuvre du Plan Stratégique SRMNIA-N 2024-2030 repose sur une vision : ***« D'ici 2030, un Sénégal où chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent-e- et jeune jouit de son droit à la santé et au bien-être de façon équitable dans une optique de Couverture Santé Universelle et peut participer pleinement à l'édification d'un Sénégal souverain, juste et prospère ».***

Pour tendre vers cette vision, l'ambition de ce plan est de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescent-e-s et jeunes au Sénégal à l'horizon 2030. Pour ce faire, l'accent est mis sur la lutte contre les décès maternels, périnatals, néonatals, infanto-juvéniles et des adolescent-e-s et jeunes évitables.

La stratégie de la mise en œuvre est axée sur :

- Le renforcement de la gouvernance de la SRMNIA-N à tous les niveaux à travers la dissémination et l'appropriation des documents existants sur la SRMNIA-N, la fonctionnalité des cadres de coordination existants, le financement de la recherche, l'intensification de l'engagement communautaire et la promotion des droits humains ;
- Le renforcement de l'offre de services de qualité à tous les niveaux (infrastructures, ressources humaines, équipements, qualité des services, mise en place de services centrés sur la personne…) avec un accent particulier mis sur l'équité sociale et territoriale,

- Le renforcement de la santé des adolescent-e-s et jeunes en garantissant un accès équitable et universel à des soins de qualité ;
- Le développement des ressources humaines de qualité à travers une politique de recrutement, de renforcement de capacité et de déploiement équitable et de rétention du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- L'intensification de la communication et du plaidoyer en faveur de la SRMNIA-N par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan intégré de communication adapté aux différentes cibles y compris la communication digitale ;
- Le renforcement de la disponibilité continue des médicaments et produits SRSE/nutrition de qualité au niveau des PPS qui se fera par l'accroissement du financement domestique et l'amélioration de la gouvernance de la chaine d'approvisionnement des produits de santé, la disponibilité d'une chaine de distribution efficace de produits jusqu'au niveau périphérique ;
- L'amélioration du système d'information sanitaire en vue de disposer de données de qualité pour guider la prise de décisions.

Au demeurant, l'atteinte des différents objectifs de ce plan se fera à travers une approche inclusive, multisectorielle et participative centrée sur la personne sans aucune forme d'exclusion sociale dans le respect strict et la garantie des droits humains.

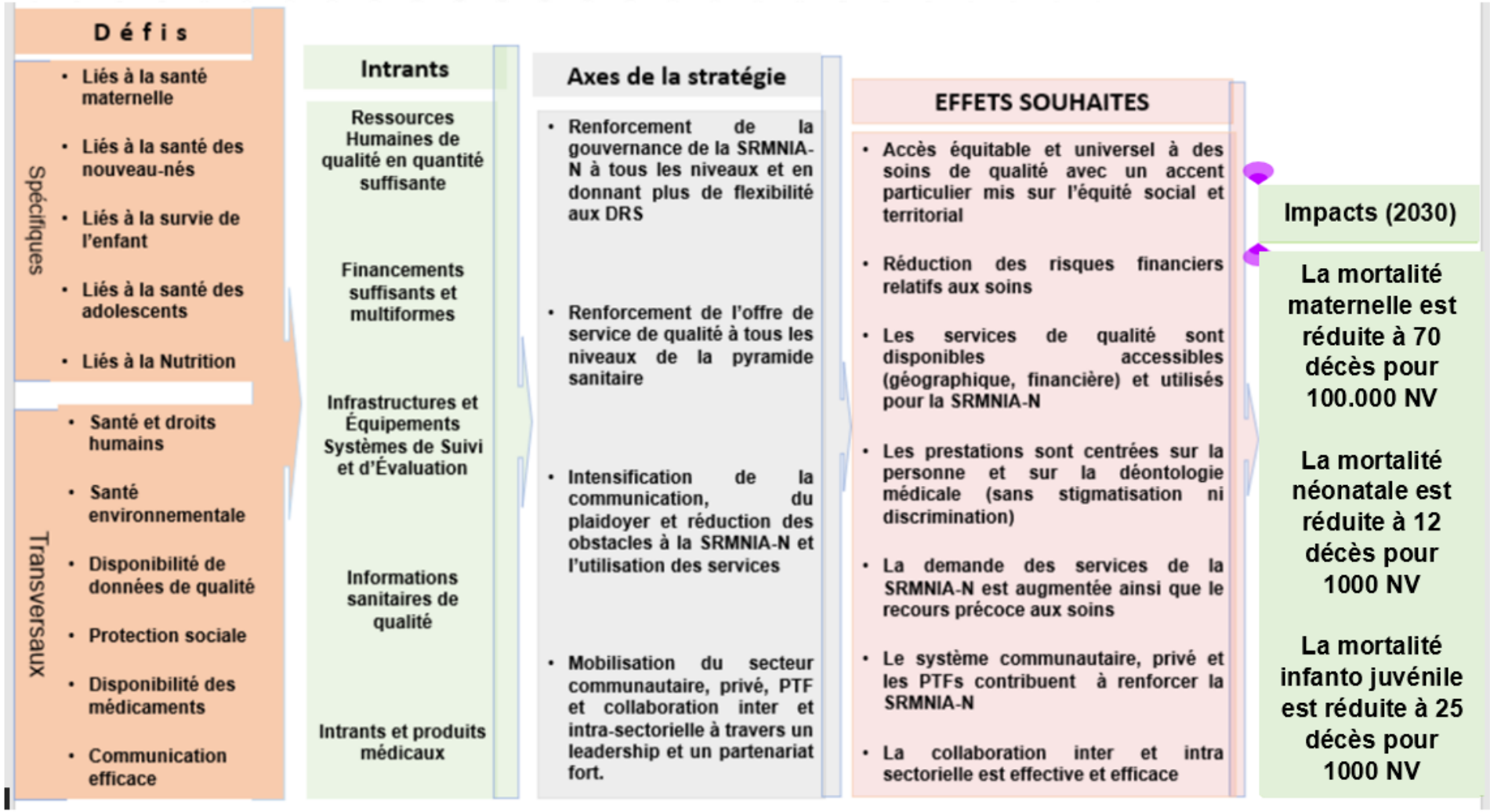


Figure 60: Schéma récapitulatif de la théorie du changement

VII. Attributs de la stratégie

VII.1 Vision

« D'ici 2030, un Sénégal où chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent-e et jeune jouit de son droit à la santé et au bien-être de façon équitable dans une optique de Couverture Santé Universelle et participe pleinement à l'édification d'une Nation souveraine, juste et prospère ancrée dans des valeurs fortes ».

VII.2 Valeurs et principes directeurs

Le plan stratégique SRMNIA-N 2024-2030 s'articule autour de valeurs et principes directeurs suivants :

- Bonne gouvernance et transparence ;
- Engagement, professionnalisme et leadership ;
- Approche de planification axée sur les résultats, multisectorielle, intégrée et décentralisée ;
- Articulation à la Stratégie Mondiale de la santé de la mère, 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 » ;
- Prise en compte de la dimension genre, de l'équité et des besoins des populations prioritaires ;
- Respect des droits humains, des croyances et des valeurs de la société sénégalaise.

VIII. But, objectifs, axes stratégiques et cadre de résultats

VIII.1 But

Contribuer à l'amélioration de la santé et au bien-être de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent-e- et jeune.

VIII.2 Objectif Général

Réduire la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescent-e-s et jeunes au Sénégal d'ici 2030.

VIII.3 Objectifs stratégiques

OS1. Réduire la mortalité maternelle de 153 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2023 à 70 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 ;

OS2. Réduire la mortalité néonatale de 23 décès pour 1000 NV en 2023 à 12 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2030 ;

OS3. Réduire la mortalité infantile de 31 décès pour 1000 naissances vivantes en 2023 à 20 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2030 ;

OS4. Réduire la mortalité infanto-juvénile de 40 décès pour 1000 NV en 2023 à 25 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2030.

VIII.4 Cadre de résultats

Impact 1 : la mortalité maternelle est passée de 153 pour 100 000 naissances vivantes en 2023 (EDS 2023) à 70 pour 100 000 naissances vivantes en 2030	
Effet .1.1	**La couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié dans la structure est passée de 94 % 2023 (EDS) à 97,5 % d'ici 2030**
Produit 1.1.1	100% des accouchements assistés par voie basse sont réalisés sous GATPA d'ici 2030
Produit 1.1.2	Au moins 50% des maternités disposent d'espaces individualisés (rideaux, cloisonnement) pour les parturientes dans la salle d'accouchement d'ici 2030
Produit 1.1.3	50% des femmes sont informées de la possibilité d'être accompagnées et de choisir leurs accompagnants (prestataires de santé, époux, mères, etc.) pendant le travail et l'accouchement
Produit 1.1.4	100 % des structures SONU ont une disponibilité permanente en ventouse obstétricale
Produit 1.1.5	100% des accouchements assistés dans les structures sanitaires sont réalisés sous surveillance par le partogramme
Effet .1.2	**La couverture effective en CPN passe de 36% en 2023 à 50% d'ici 2030**
Produit 1.2.1	La CPN passe de 90% en 2021 à 95% d'ici 2030
Produit 1.2.2	L'achèvement en CPN passe de 65,4 % en 2020 (DHIS2) à 85% d'ici 2030
Produit 1.2.3	La couverture en VAT passe de 67% en 2021 à 75% d'ici 2030
Produit 1.2.4	La couverture en TPI3 passe de 65% en 2021 à 79% d'ici 2030
Produit 1.2.5	100% des femmes enceintes reçus en CPN sont supplémentées en fer/ Acide folique d'ici 2030
Produit 1.2.6	100 % des produits du paquet (VAT, TPI, dépistage syphilis, VIH, hépatite, NFS, GSRH, TE, RPR, MII, dépistage lésions précancéreuses, bilan, fer/acide folique) sont disponibles au niveau des structures et utilisés pour les patients d'ici 2030
Effet .1.3	**90% des SONUC ont un taux de létalité obstétricale inférieure à 1% d'ici 2030**
Produit 1.3.1	100% des structures SONU offrent des soins basés sur les standards Qualité SRMNIA-N en 2030
Produit 1.3.2	100% des CS de type II disposent de blocs opératoires SONU fonctionnels
Produit 1.3.3	Un système d'interconnexion entre les structures du réseau SONU et le SAMU est mis en place et fonctionnel d'ici 2030
Produit 1.3.4	100% des EPS disposent d'unités de réanimation obstétricale fonctionnelle en 2030
Produit 1.3.5	100% des besoins en produits sanguins labiles sont satisfaits en SONU d'ici 2030
Produit 1.3.6	Les filières de régulation des urgences obstétricales et pédiatriques au niveau des SAMU sont mises en place et fonctionnelles sur l'ensemble du territoire national en 2030
Produit 1.3.7	Les besoins satisfaits en SONU passent de 29,4% à 70% en 2030
Produit 1.3.8	Le pourcentage de césarienne passe de 6 % en 2021 à 8 % en 2030
Produit 1.3.9	La couverture en moins de 02h en Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU) passe de 92% à 95% d'ici 2030

Produit 1.3.10	Au moins 80% des structures du réseau SONU (B et C) offrent des soins complets pour la prise en charge des HPP et de la Prééclampsie/éclampsie d'ici 2030
Produit 1.3.11	100% des blocs SONU disposent des produits anesthésiques en quantité et en qualité suffisante d'ici 2030
Effet .1.4	**Le pourcentage des Femmes âgées de 15 à 49 ans en union utilisant une méthode contraceptive moderne passe de 25,6% en 2023 à 46 % d'ici 2030**
Produit 1.4.1	Les produits contraceptifs sont disponibles dans toutes les structures de santé d'ici 2030
Produit 1.4.2	Les prestataires de soins sont formés et recyclés sur les méthodes contraceptives d'ici 2030
Produit 1.4.3	La demande de service de santé est stimulée par les acteurs communautaires et les structures sanitaires à travers des actions de communication et de conseils d'ici 2030
Produit 1.4.4	Les leaders religieux et d'opinion sont sensibilisés sur la PF d'ici 2030
Produit 1.4.5	Le taux de recrutement en PF passe de 7 % en 2021 à 11,2 % d'ici 2030
Produit 1.4.6	Les interventions d'offre de service en PF à efficacité prouvée sont renforcées et mises à l'échelle d'ici 2030
Effet 1.5	**La prise en charge holistique des fistules obstétricales est assurée**
Produit 1.5.1	Les femmes porteuses de fistules obstétricales sont systématiquement dépistées d'ici 2030
Produit 1.5.2	100% des nouveaux cas de fistules obstétricales diagnostiquées sont traités chaque année d'ici 2030
Produit 1.5.3	La prise en charge en routine des cas de fistules obstétricales confirmées est assurée d'ici 2030
Produit 1.5.4	La pérennisation de la gratuite de la prise en charge des fistules obstétricales est assurée d'ici 2030
Produit 1.5.5	Les maisons d'accueil et d'appui à la réinsertion des femmes porteuses de fistules obstétricales sont fonctionnelles d'ici 2030
Produit 1.5.6	Le fonctionnement des CVACi, OCB pour l'identification et l'orientation des femmes porteuses de fistules est effectif d'ici 2030
Effet 1.6	**Amélioration de la prise en charge de l'infertilité du couple d'ici 2030**
Produit 1.6.1	la prise en charge de l'infertilité est disponible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici 2030
Produit 1.6.2	le centre de PMA de l'hôpital Dalal Jamm est fonctionnel d'ici 2030
Produit 1.6.3	Les six unités de PMA de Kaolack, Mbour, Touba, Ziguinchor, Saint-Louis et Tambacounda sont disponibles et fonctionnelles d'ici 2030
Effet .1.7	**La stratégie SDMPR est renforcée d'ici 2030**
Produit 1.7.1	100 % des prestataires sont formés sur la SDMPR d'ici 2030
Produit 1.7.2	Les PON sur la SDMPR sont disséminés dans l'ensemble des PPS d'ici 2030
Produit 1.7.3	100 % des décès maternels sont audités d'ici 2030
Produit 1.7.4	Un comité multisectoriel national (MSHP, autres ministères…) sur la SDMPR est mis en place et fonctionnel d'ici 2030
Produit 1.7.5	Un fond catalytique pour le financement des recommandations des audits est mis en place et opérationnel d'ici 2030
Produit 1.7.6	25 % des décès néonatals sont audités d'ici 2030
Produit 1.7.7	25 % des mort-nés sont audités d'ici 2030

Produit 1.7.8	Les Comités multisectoriels régionaux SDMPR sont fonctionnels d'ici 2030
Effet .1.8	**Les produits SRMNIA-N sont disponibles dans tous les points de prestation de services d'ici 2030**
Produit 1.8.1	La disponibilité des médicaments essentiels, des intrants spécifiques pour l'offre des soins en SRMNIA-N, y compris la bétaméthasone, le surfactant pour la PEC de la maladie des membranes hyalines (MMH) chez les prématurés et les médicaments de stimulation ovarienne (gonadotrophines, analogues et antagonistes GnRH, HCG) est suivie à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici 2030
Produit 1.8.2	100% des maternités disposent des kits d'accouchement, de la césarienne et d'AMIU suffisants d'ici 2030
Produit 1.8.3	Le sang et les produits sanguins labiles sont disponibles d'ici 2030
Produit 1.8.4	Le SIGL est fonctionnel et accessible à tous les prestataires d'ici 2030
Effet .1.9	**100 % des structures offrent des services de qualité adaptés à la cible adolescent-e-s et jeunes d'ici 2030**
Produit 1.9.1	Les capacités des acteurs sur la santé des adolescent-e-s et jeunes, les VBG/pratiques néfastes et la santé mentale sont renforcées d'ici 2030
Produit 1.9.2	Les offres de service basées sur les standards qualité pour les adolescent-e-s et jeunes sont disponibles à tous les niveaux d'ici 2030
Produit 1.9.3	Les outils de collecte de données sont harmonisés avec tous les secteurs (éducation, famille, jeunesse …) d'ici 2030
Produit 1.9.4	100% des structures dédiées aux adolescent-e-s et jeunes disposent des ressources humaines de qualité d'ici 2030
Produit 1.9.5	Les interventions à haut impact (Stratégie « New Deal », Agenda de la jeune fille, Ecole des maris) sont mises à l'échelle d'ici 2030
Produit 1.9.6	Les structures dédiées aux adolescent-e-s et jeunes sont renforcées (aménagement et équipement) d'ici 2030
Effet .1.10	**L'environnement social, règlementaire et législatif pour la promotion de la santé des adolescent-e-s et jeunes est favorable**
Produit 1.10.1	Des cadres de collaboration multisectorielle SRAJ sont mis en place au niveau de toutes les régions d'ici 2030
Produit 1.10.2	100 % des cadres de collaboration mis en place sont fonctionnels d'ici 2030
Effet 1.11	**Le pourcentage des adolescent-e-s et des jeunes âgés de 15 à 19 ans en union utilisant une méthode contraceptive moderne passe de 9% en 2023 à 16,2% en 2030.** **Le pourcentage des adolescent-e-s et des jeunes âgés de 20 à 24 ans en union utilisant une méthode contraceptive moderne passe de 20,9% en 2023 à 37,6% en 2030.**
Produit 1.11 .1	Les structures de fréquentation des adolescent-e-s et des jeunes sont renforcées sur la santé de la reproduction d'ici 2030
Produit 1.11 .2	La stratégie de l'offre de service PF gratuite pour les adolescent-e-s et jeunes au niveau des universités et au niveau communautaire est passée à l'échelle d'ici 2030

Impact 2 la mortalité néonatale est réduite de 23 décès pour 1000 NV en 2023 à 12 décès pour 1000 NV d'ici 2030	
Effet .2.1	**Amélioration de l'offre de soins néonatale d'ici 2030**
Produit 2.1.1	Le pourcentage des nouveau-nés ayant reçu les soins immédiats passe de 89% en 2021 (DHIS2) à 95% d'ici 2030
Produit 2.1.2	Au moins 95% des nouveau-nés de faible poids de naissance éligibles à la méthode kangourou sont pris en charge par la méthode Kangourou d'ici 2030
Produit 2.1.3	100% des EPS 1 et centres de santé de type 2 disposent d'unités légères de néonatologie modèle d'ici 2030
Produit 2.1.4	Cinq centres de référence fonctionnels en néonatologie sont créés dans les 05 pôles régionaux d'ici 2030
Produit 2.1.5	100% des nouveau-nés présentant une asphyxie à la naissance bénéficient d'une réanimation néonatale d'ici 2030
Produit 2.1.6	100% des nouveau-nés présentant un sepsis néonatal bénéficient d'une antibiothérapie adaptée d'ici 2030
Produit 2.1.7	100% des prématurés nés à moins de 35 SA ont bénéficié de la corticothérapie anténatale d'ici 2030
Produit 2.1.8	100 % des EPS 3 et EPS 2 disposent d'un service de néonatologie de référence avec les standards de qualité d'ici 2030
Produit 2.1.9	Le taux de couverture en consultation post-natale précoce et de qualité (2 premiers jours) passe de 82,8% en 2023 à 90% d'ici 2030
Produit 2.1.10	100% des maternités disposent d'un coin de nouveau-né aux normes d'ici 2030
Effet 2.2	**95% des enfants exposés au VIH bénéficient d'un paquet complet de prévention d'ici 2030**
Produit 2.2.1	Au moins 95% des enfants exposés au VIH bénéficient d'un dépistage précoce (de la naissance à 8 semaines de vie) et d'une prophylaxie aux ARV (dans les 72 heures suivant la naissance) et au cotrimoxazole (de 6 semaines à la sérologie définitive)
Produit 2.2.2	95% des enfants exposés au VIH bénéficient d'une sérologie définitive à 14 mois ou plus
Produit 2.2.3	95% des enfants exposés vivant avec le VIH sont mis sous ARV et obtiennent un succès thérapeutique

Impact 3 : Le taux de mortalité infanto-juvénile est réduit de 40 pour 1000 à 25 pour 1000 naissances vivantes entre 2023 et 2030	
Effet .3.1	**Les SAU pédiatriques sont mis en place et fonctionnels dans tous les EPS de niveau 3 et l'intégration de la PEC des urgences pédiatriques dans les SAU des EPS de niveau 2 est effective d'ici 2030**
Produit 3.1.1	Un local dédié à la prise en charge des urgences pédiatriques dans chaque EPS de niveau 3 est disponible et fonctionnel d'ici 2030
Produit 3.1.2	Des équipements et technologies sanitaires pour l'offre des soins en SRMNIA-N sont disponibles et fonctionnels dans les SAU de chaque EPS de niveau 3 d'ici 2030.
Produit 3.1.3	Des ressources humaines de qualité en quantité suffisante sont disponibles dans chaque SAU des EPS de niveau 3 d'ici 2030
Produit 3.1.4	Les médicaments d'urgence sont disponibles en quantité et en qualité suffisante dans les SAU des EPS de niveau 3 d'ici 2030
Produit 3.1.5	Un certificat en soins pédiatriques dédié aux paramédicaux et aux médecins généralistes est mis en place d'ici 2030
Produit 3.1.6	L'ouverture de DES de pédiatrie dans 02 UFR de santé (Saint louis et Ziguinchor) est obtenue d'ici 2030
Produit 3.1.7	L'intégration de la prise en charge des urgences pédiatriques dans les EPS 2 disposant d'un SAU est effective d'ici 2030
Effet 3.2	**les projets pilotes de l'utilisation de l'oxymètre et l'oxygène au niveau des postes de santé sont étendus dans les régions de Dakar, Thiès, Kaffrine, Kolda, Sédhiou et Tambacounda d'ici 2030**
Produit 3.2.1	L'oxygène, l'oxymètre de pouls et le CDSA sont disponibles au niveau des postes des régions ciblées (Dakar, Thiès, Kaffrine, Kolda, Sédhiou et Tambacounda) d'ici 2030
Produit 3.2.2	Les prestataires des PS et CS des régions ciblées sont formés sur l'utilisation de l'oxygène, l'oxymètre de pouls et le CDSA d'ici 2030
Produit 3.2.3	Des accords-cadres pour la mise en œuvre des programmes entre le MSHP et les partenaires clefs (SEN-PNA, ANPECTP, MEN, etc.) sont disponibles et mis en œuvre d'ici 2030
Effet 3.3	**80 % des enfants sont complétement protégés[52] d'ici 2030**
Produit 3.3.1	80 % d'enfants ont bénéficié de l'AME d'ici 2030
Produit 3.3.2	100 % d'enfants sont déclarés à l'état civil d'ici 2030
Produit 3.3.3	80 % des enfants de 6 à 59 mois ont reçu de la VIT A tous les 06 mois d'ici 2030
Produit 3.3.4	80 % des enfants de 12 à 59 mois sont déparasités tous les 06 mois d'ici 2030
Produit 3.3.5	Plus de 90 % des enfants de 12 à 59 mois sont complétement vaccinés d'ici 2030

[52] Enfant complétement protégé : dans cet indicateur en plus de la vaccination on intègre l'AME la vitamine A le déparasitage et la déclaration à l'état civil

Effet 3.4	**L'équité dans l'offre de soins de qualité est assurée grâce à la mise à disposition d'un personnel qualifié et compétent en soins pédiatriques au niveau des CS2 et EPS d'ici 2030**
Produit 3.4.1	Au moins 50 % du personnel (paramédical et médecin généraliste) officiant dans les services de pédiatrie des CS2 et des EPS sont certifiés en soins pédiatriques d'ici 2030
Produit 3.4.2	100% des CS2 et des EPS disposent respectivement au moins d'un pédiatre et de deux pédiatres d'ici 2030
Produit 3.4.3	Un personnel paramédical suffisant est affecté dans les services de pédiatrie des CS2 et des EPS conformément à la carte sanitaire d'ici 2030
Produit 3.4.4	100% des CS2 et des EPS ont mis en œuvre au moins 2 Plans d'Amélioration de la Qualité de l'offre de soins SRMNIA-N d'ici 2030
Effet .3.5	**La PCIME clinique est effectivement appliquée dans 90 % des structures du pays d'ici 2030**
Produit 3.5.1	100% des prestataires prenant en charge les enfants de moins de 5 ans sont formés en PCIME d'ici 2030
Produit 3.5.2	Une base de données des prestataires formés en PCIME est disponible et à jour d'ici 2030
Effet .3.6	**La PCIME communautaire est effective sur toute l'étendue du territoire d'ici 2030**
Produit 3.6.1	100 % des acteurs communautaires de soins sont formés sur la PCIME/C d'ici 2030
Produit 3.6.2	La gratuité des médicaments pour la PCIME/C est effective d'ici 2030
Produit 3.6.3	Les rapports de réunion mensuelle autour du poste de santé sont disponibles et partagés
Produit 3.6.4	Les acteurs communautaires de soins sont motivés en fonction du rapport mensuel rendu d'ici 2030

Effet 4 : (Transversal) Les prévalences de la malnutrition aiguë (émaciation) et du retard de croissance sont respectivement réduites à moins de 5% et à moins de 10% d'ici 2030	
Sous Effet 4.1	**La prévalence de la malnutrition aiguë est réduite à moins de 5%**
Produit 4.1.1	**Le taux de couverture du dépistage actif de la malnutrition aiguë est passé de 60% à 80% d'ici 2030**
Produit 4.1.2	Le taux de dépistage passif de la malnutrition aiguë est augmenté à 100% chez les enfants vus en consultation d'ici 2030
Produit 4.1.3	Le taux de guérison des enfants dépistés malnutris et traités est amélioré de à 80% au moins d'ici 2030
Produit 4.1.4	Le taux d'abandon du traitement est réduit à moins de 15% d'ici 2030
Produit 4.1.5	Le taux de létalité des enfants de moins de 5 ans MAS au CREN est réduit à moins de 5% d'ici 2030
Produit 4.1.6	Le taux de létalité des enfants 6-59 mois MAS à l'UREN est réduit à moins de 1% d'ici 2030
Produit 4.1.7	Le taux de guérison des enfants dépistés MAM et traités est amélioré à au moins 90% d'ici 2030
Produit 4.1.8	100% des mères d'enfant de 0 à 5 ans présentant une malnutrition aiguë ont reçu des conseils sur l'alimentation maternelle, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et sur les autres actions essentielles en nutrition et en hygiène d'ici 2030
Produit 4.1.9	La malnutrition aiguë chez la femme enceinte est réduite à moins de 2% d'ici 2030
Sous Effet .4.2	**La prévalence de la malnutrition chronique est réduite à moins de 10% d'ici 2030**
Produit 4.2.1	Le taux de dépistage est augmenté à 100% chez les enfants vus en consultation d'ici 2030
Produit 4.2.2	100% des mères d'enfant de 0 à 59 mois présentant une malnutrition chronique ont reçu des conseils sur l'alimentation maternelle, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et sur les autres actions essentielles en nutrition et en hygiène d'ici 2030
Produit 4.2.3	Le taux d'alimentation minimum acceptable chez les enfants de 6-23 mois est amené à au moins 15% d'ici 2030
Produit 4.2.4	100% des femmes enceintes vues en consultation lors des CPN sont dépistées pour une malnutrition aiguë d'ici 2030
Produit 4.2.5	100% des femmes enceintes dépistées pour malnutrition aiguë sont suivies d'ici 2030
Sous Effet 4.3	**La prévalence de l'obésité est réduite à moins de 1% chez les enfants 6-59 mois d'ici 2030**
Produit 4.3.1	Le taux de dépistage passif du surpoids et de l'obésité chez les enfants 6-59 mois est amélioré à au moins 80% d'ici 2030
Produit 4.3.2	100% des mères/gardiennes dont les enfants de 0 à 5 ans présentant un surpoids ou obésité ont reçu des conseils sur l'alimentation maternelle, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et l'alimentation malsaine d'ici 2030.

Sous Effet 4.4	**La prévalence de l'anémie est réduite à moins de 40% chez les enfants de 6-59 mois d'ici 2030**
Produit 4.4.1	L'anémie est dépistée chez au moins 85% des enfants de moins de 5 ans vus en consultation d'ici 2030
Produit 4.4.2	Tous les enfants de moins de 5 ans présentant une anémie sont pris en charge selon les normes et protocoles en vigueur d'ici 2030
Produit 4.4.3	100% des mères/gardiennes dont les enfants de 0 à 5 ans présentent une anémie ont reçu des conseils sur l'alimentation maternelle et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant d'ici 2030
Sous Effet 4.5	**La prévalence de l'anémie chez les FAR est réduite à moins de 40% d'ici 2030**
Produit 4.5.1	100% des femmes enceintes sont supplémentées en fer/ Acide folique d'ici 2030
Produit 4.5.2	40% des adolescentes scolarisées sont supplémentées en fer/ Acide folique d'ici 2030
Sous Effet 4.6	**Le taux d'allaitement maternel exclusif (AME) est porté à au moins 70% d'ici 2030**
Produit 4.6.1	80% des femmes enceintes et allaitantes ont reçu des messages sur l'allaitement maternel exclusif lors des CPN et CPON d'ici 2030
Produit 4.6.2	Au moins 50% des nouveau-nés bénéficient de la mise au sein précoce d'ici 2030

Effet 5 (Transversal) : La gouvernance, le leadership, le partenariat et le renforcement du système de santé pour des services intégrés, de qualité et réduisant les inégalités pour la mise en œuvre du PSI SRMNIA-N sont efficaces et efficients d'ici 2030	
Sous Effet 5.1	**Le cadre institutionnel, organisationnel, législatif et réglementaire est adapté pour soutenir les interventions SRMNIA-N**
Produit 5.1.1	Les capacités institutionnelles et organisationnelles de la DSME sont renforcées pour une mise en œuvre optimale du PSI SRMNIA-N d'ici 2030
Produit 5.1.2	Le cadre législatif et réglementaire de la SRMNIA-N est renforcé d'ici 2030
Produit 5.1.3	La disponibilité des médicaments et produits pour la SRMNIA-N est effective dans toutes les structures de santé d'ici 2030
Produit 5.1.4	Les capacités institutionnelles et organisationnelles des Directions Régionales de la Santé (DRS) sont renforcées pour une mise en œuvre optimale du PS intégré SRMNIA-N d'ici 2030
Sous Effet 5.2	**La planification participative, inclusive, multisectorielle, l'équité et l'égalité de genre sont effectives dans la mise en œuvre du PSI SRMNIA-N d'ici 2030**
Produit 5.2.1	La participation communautaire pour la SRMNIA-N est renforcée d'ici 2030
Produit 5.2.2	La collaboration intra sectorielle et intersectorielle pour la SRMNIA-N est renforcée d'ici 2030
Produit 5.2.3	Le partenariat de l'interopérabilité santé-Etat civil et intersectorielle est renforcé d'ici 2030
Produit 5.2.4	L'équité et l'égalité de genre dans la mise en œuvre du PS intégré SRMNIA-N sont assurées dans toutes les interventions d'ici 2030
Sous Effet 5.3	**Des sources de financements complémentaires aux appuis extérieurs sont disponibles pour la SRMNIA-N d'ici 2030**
Produit 5.3.1	Au moins 95 % des ressources financières pour le financement de la SRMNIA-N sont mobilisées d'ici 2030
Produit 5.3.2	Au moins 30% du financement du PS intégré SRMNIA-N sont assurés par les ressources domestiques d'ici 2030
Produit 5.3.3	Au moins 30% des financements des programmes de survie de l'enfant sont issus des collectivités territoriales en 2030
Produit 5.3.4	Au moins 10% du financement du PS intégré SRMNIA-N est mobilisé auprès des entreprises privées d'ici 2030
Produit 5.3.5	Les capacités en gestion financière et comptable sont améliorées à tous les niveaux de mise en œuvre du PS intégré SRMNIA-N d'ici 2030
Sous Effet 5.4	**Les cibles prioritaires utilisent les services de SRMNIA-N et adoptent les comportements appropriés pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile**
Produit 5.4.1	Un plan de communication intégré sur la SRMNIA-N 2024-2030 est élaboré, vulgarisé et mis en œuvre d'ici 2030
Produit 5.4.2	Des stratégies innovantes faisant appel aux TIC, aux médias communautaires sont déployées pour stimuler la demande d'ici 2030
Produit 5.4.3	Le plan de communication intégré SRMNIA-N est mis en œuvre en fonction des spécificités des régions et des districts d'ici 2030
Produit 5.4.4	100% des prestataires et 80% des ACPP sont capacités en communication pour le développement d'ici 2030

Sous Effet 5.5	**La qualité de l'offre de soins SRMNIA-N est améliorée**
Produit 5.5.1	Au moins 50% des EPS et centres de santé mettent en œuvre les standards de qualité des soins SRMNIA-N d'ici 2030
Produit 5.5.2	70% des EPS et centres de santé disposent d'un système de recueil de l'avis des usagers d'ici 2030
Produit 5.5.3	100% des EPS disposent d'un CLIN fonctionnel d'ici 2030
Sous Effet 5.6	**Le système de S&E est fonctionnel et génère des informations stratégiques fiables en matière de SRMNIA-N**
Produit 5.6.1	50 % des décès d'enfant de 1-59 mois survenus dans les EPS et les CS2 sont audités et font l'objet de plan de riposte d'ici 2030
Produit 5.6.2	Les rapports d'audits de décès d'enfants de 1-59 mois assortis de plan de riposte sont transmis à la DSME chaque mois d'ici 2030
Produit 5.6.3	L'audit de la qualité des données du DHIS 2 concernant la survie de l'enfant est réalisé chaque trimestre par les DRS assorti d'un plan de résolution des problèmes d'ici 2030
Produit 5.6.4	100 % des médicaments traceurs pour la survie de l'enfant sont disponibles en permanence dans tous les EPS, CS et PS d'ci 2030
Produit 5.6.5	Les sujets de recherche pertinents (la nutrition, l'infectiologie, la PCIME, l'anthropologie, l'intelligence artificielle, etc.) pour la lutte contre la mortalité infanto juvénile sont développés et les recommandations mises en œuvre d'ici 2030
Produit 5.6.6	Des Accords-cadres entre la DSME, les instituts de recherche, les universités, les sociétés savantes, les startups, etc. sont signés et mis en œuvre d'ici 2030
Produit 5.6.7	Des bourses/subventions de recherche en rapport avec les priorités de la DSME sont allouées d'ici 2030
Produit 5.6.8	Des projets de recherche en rapport avec les priorités de la DSME sont mis en œuvre et les recommandations opérationnalisées d'ici 2030

VIII.5 Axes stratégiques et interventions prioritaires

Conformément à la vision et aux objectifs, quatre principaux axes stratégiques ont été retenus pour atteindre les différents résultats du plan stratégique SRMNIA-N 2024-2030.

Axe Stratégique 1 : Amélioration de la gouvernance, de la coordination, de la collaboration et du partenariat à tous les niveaux

Axe stratégique 2 : Amélioration de l'équité, de la qualité de l'offre de services et de soins pour une CSU réussie (infrastructures, équipements, Ressources Humaines, disponibilité des médicaments et produits SRMNIA-N)

Axe Stratégique 3 : Renforcement de la Promotion et de la prévention pour une utilisation précoce et accrue des services de santé et d'une prise en charge de qualité

Axe Stratégique 4 : Renforcement de la santé des adolescent-e-s et jeunes

Axe Stratégique 5 : Renforcement de la prévention, la préparation, la détection, la riposte et le relèvement post-crise pour une sécurité sanitaire durable et résiliente selon l'approche «One Health».

Axe Stratégique 1 : Amélioration de la gouvernance, de la coordination, de la collaboration et du partenariat à tous les niveaux

Intervention 1.1 : Renforcement de la capacité institutionnelle et organisationnelle de la DSME et des parties prenantes

Ligne d'action 1.1.1_Renforcer les capacités des ressources humaines sur le leadership

Ligne d'action 1.1.2_Mettre en œuvre la coordination interne et intersectorielle (à tous les niveaux du système)

Ligne d'action 1.1.3_Appuyer le plaidoyer pour le renforcement des ressources humaines de la SRMNIA-N

Intervention 1.2 : Renforcement du cadre législatif et réglementaire de la SRMNIA-N

Ligne d'action 1.2.1_Améliorer le cadre réglementaire en faveur de la SRMNIA-N

Ligne d'action 1.2.2_Mener un plaidoyer pour la signature du décret d'application de la loi SR portant sur la PF

Ligne d'action 1.2.3_Améliorer le cadre de collaboration et de suivi des engagements des différentes parties prenantes dans le domaine de la PF

Ligne d'action 1.2.4_Renforcer le leadership et la participation des adolescent-e-s et jeunes dans la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation des programmes et projets

Ligne d'action 1.2.5_Renforcer la mobilisation des ressources domestiques (Etat et collectivités territoriales) en faveur de la santé des adolescent-e-s et jeunes

Ligne d'action 1.2.6_Renforcer la communication à l'endroit des forces de l'ordre pour l'application de la loi N°2014-14 du 28 Mars 2014 relative à la fabrication, au conditionnement, à l'étiquetage, à la vente et à l'usage du tabac, en ce qui concerne la session 2, chapitre 3 dans ses articles 16 et 17 ; et la loi N° 94-15 du 04 Janvier 1994 abrogeant et remplaçant la loi N°69-49 du 16 Juillet 1969 relative à la police des débits de boissons et à la répression de l'ivresse publique

Intervention 1.3 : Renforcement de la disponibilité des médicaments et produits

Ligne d'action 1.3.1_Assurer l'approvisionnement en médicaments

Ligne d'action 1.3.2_Organiser des rencontres périodiques avec la SEN-PNA

Ligne d'action 1.3.3_Appuyer la relance de la stratégie "Yeksi naa" et autres initiatives en faveur de la disponibilité de la gamme des produits PF et des produits SRMNIA-N de qualité par niveau

Ligne d'action 1.3.4_Renforcer les capacités des prestataires et acteurs communautaires dans la gestion de la chaine logistique

Ligne d'action 1.3.5_Améliorer les plans de préparation et de riposte face aux urgences intégrant le dispositif minimum d'urgence (DMU) prenant en compte la PF

Ligne d'action 1.3.6_Améliorer la coordination et le suivi-évaluation du système pharmaceutique

Intervention 1.4 : Renforcement de la capacité institutionnelle et organisationnelle des Directions régionales de la Santé (DRS)

Ligne d'action 1.4.1_Renforcer les capacités des ressources humaines

Ligne d'action 1.4.2_Renforcer la coordination entre les DRS et la DSME

Ligne d'action 1.4.3_Faire le plaidoyer pour le renforcement des ressources humaines de la SRMNIA-N

Intervention 1.5: Renforcement de la participation communautaire pour la SRMNIA-N

Ligne d'action 1.5.1_Appuyer la fonctionnalité des instances de coordination du niveau communautaire

Ligne d'action 1.5.2_Elaborer de façon participative et concertée avec la communauté le plan d'action pour lutter contre les décès évitables « *muccal suñuy doom* » dans les 6 régions aux taux de mortalité infanto-juvénile les plus élevées

Ligne d'action 1.5.3_Renforcer la participation communautaire pour le soutien à la santé des adolescent-e-s et jeunes en situation de vulnérabilité

Intervention 1.6 : Renforcement de la collaboration intra sectorielle et intersectorielle pour la SRMNIA-N

Ligne d'action 1.6.1_Renforcer la collaboration avec le secteur privé de la santé dans la mise en œuvre des activités de la SRMNIA-N

Ligne d'action 1.6.2_Optimiser la synergie intra sectorielle pour la gestion conjointe des paquets de services SRMNIA-N

Ligne d'action 1.6.3_Renforcer le partenariat avec les autres secteurs, les collectivités territoriales, la société civile et le secteur privé dans la planification et la mise en œuvre des activités SRMNIA-N

Ligne d'action 1.6.4_Renforcer la collaboration avec le secteur de l'environnement pour une meilleure prise en charge des effets des changements climatiques sur la SRMNIA-N

Ligne d'action 1.6.5_Renforcer les instances de coordination et de collaboration intra sectorielle et intersectorielle

Intervention 1.7 : Promotion de l'équité et de l'égalité de genre

Ligne d'action 1.7.1_Renforcer l'intégration de la dimension genre dans l'offre de services SRMNIA-N

Ligne d'action 1.7.2_Appuyer la lutte contre les violences basées sur le genre

Ligne d'action 1.7.3_Assurer la promotion de l'attractivité des espaces ado/jeunes pour renforcer leur utilisation

Intervention 1.8 : Accroissement des ressources financières pour le financement de la SRMNIA-N

Ligne d'action 1.8.1_Promouvoir l'enrôlement des cibles dans le dispositif assurantiel

Ligne d'action 1.8.2_Renforcer les activités de changement de comportements pour une meilleure fréquentation des structures de santé

Ligne d'action 1.8.3_Faire le Plaidoyer pour la mobilisation de financements endogènes et innovants pour la SRMNIA-N y compris la Sécurité sanitaire

Ligne d'action 1.8.4_Amener les Collectivités territoriales et les CDS à contribuer aux financements des programmes de la SRMNIA-N

Ligne d'action 1.8.5_Mettre en place une ligne budgétaire pour l'acquisition de médicaments et produits de la SRMNIA-N

Ligne d'action 1.8.6_Cartographier les financements en lien avec la Sécurité sanitaire par secteur

Intervention 1.9 : Amélioration de la capacité en gestion financière et comptable

Ligne d'action 1.9.1_Renforcer les capacités des ressources humaines en gestion financière et comptable

Ligne d'action 1.9.2_Mettre en place un système de redevabilité financière

Intervention 1.10 : Promotion du partenariat, de l'inter opérabilité santé-Etat civil et inter sectorielle

Ligne d'action 1.10.1_Appuyer l'enregistrement des événements de la vie à l'État civil (naissances et décès)

Ligne d'action 1.10.2_Renforcer la collaboration entre services de santé et service de l'état civil

Ligne d'action 1.10.3_Appuyer les activités de sensibilisation des parents/gardiens d'enfants à déclarer tous les enfants à l'état civil

Intervention 1.11 : Mise en œuvre de l'achat stratégique

Ligne d'action 1.11.1_Motiver les agents communautaires en fonction des performances

Ligne d'action 1.11.2_Renforcer la mise en œuvre de l'achat stratégique

Intervention 1.12 : Amélioration de la qualité de l'offre de soins SRMNIA-N

Ligne d'action 1.12.1_Institutionnaliser et mettre en œuvre la démarche qualité vers l'accréditation des structures

Ligne d'action 1.12.2_Mettre en œuvre un système d'offre de soins prenant en compte les besoins des usagers y compris les personnes en situation de handicap et/ou de vulnérabilité

Ligne d'action 1.12.3_Appuyer la fonctionnalité des instances de coordination en faveur de l'amélioration de l'offre de soins

Intervention 1.13 : Renforcement du système de planification, de suivi et d'évaluation de la SRMNIA-N et des capacités organisationnelles de la DSME

Ligne d'action 1.13.1_Appuyer la planification des activités de SRMNIA-N selon les directives du MSHP

Ligne d'action 1.13.2_Assurer le suivi et l'évaluation du plan stratégique SRMNIA-N 2024 -2030 et du PANBPF 2024 -2030

Ligne d'action 1.13.3_Elaborer un plan d'action pour la SRAJ

Ligne d'action 1.13.4_Assurer la mise à jour des outils de gestion de la SRMNIA- N

Ligne d'action 1.13.3_Renforcer le système d'information sanitaire dans le domaine de la SRMNIA-N

Ligne d'action 1.13.4_Renforcer les capacités des acteurs de la SRMNIA-N sur la planification, le suivi -évaluation, le management des programmes et le développement professionnel

Ligne d'action 1.13.7_Actualiser l'audit organisationnel de la DSME

Ligne d'action 1.13.8_Renforcer la fonctionnalité du cadre de concertation multisectorielle des acteurs intervenants dans la santé des adolescent-e-s et jeunes à tous les niveaux

Intervention 1.14 : Surveillance, riposte et rétablissement

Ligne d'action 1.14.1_Appuyer la réalisation des audits des décès à tous les niveaux et renseigner le DHIS 2

Ligne d'action 1.14.2_Renforcer les compétences des prestataires du public et du privé des districts sur le SIG/DHIS2 et la carte de score

Ligne d'action 1.14.3_Rendre disponibles les outils de gestion (dernière version) dans tous les PPS des districts

Ligne d'action 1.14.4_Appuyer l'équipement d'au moins 50% des PPS formés en matériel informatiques (ordinateurs, modem, etc.)

Ligne d'action 1.14.5_Assurer la coordination des groupes de travail technique (GTT)

Ligne d'action 1.14.6_Réaliser des enquêtes périodiques de satisfaction de la qualité des services et de l'offre de soins SRMNIA-N à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Ligne d'action 1.14.7_Développer un système de surveillance intégrée et d'alerte précoce pour la sécurité sanitaire

Ligne d'action 1.14.8_Renforcer les capacités diagnostic des laboratoires

Intervention 1.15 : Recherche, innovation, documentation et diffusion de l'information

Ligne d'action 1.15.1_Renforcer la mise en œuvre des analyses approfondies sur la SRMNIA-N

Ligne d'action 1.15.2_Promouvoir la recherche sur la SRMNIA-N à tous les niveaux

Ligne d'action 1.15.3_Mettre en place un mécanisme de gestion des connaissances sur la SRMNIA-N

Axe stratégique 2 : Amélioration de l'équité, de la qualité de l'offre de services et de soins pour une CSU réussie (infrastructures, équipements, Ressources Humaines, disponibilité des médicaments et produits SRMNIA-N)

Intervention 2.1 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité des infrastructures et des équipements de qualité pour la SRMNIA-N d'ici 2030

Ligne d'action 2.1.1_Mettre en place des unités de réanimation obstétricale fonctionnelles au niveau de tous les EPS

Ligne d'action 2.1.2_Rendre fonctionnel le centre national de Procréation Médicalement Assistée (PMA) du CHN Dalal Jamm de Dakar

Ligne d'action 2.1.3_Mettre en place 6 unités de PMA à Kaolack, Mbour, Touba, Ziguinchor, Saint-Louis et Tambacounda

Ligne d'action 2.1.4_Mettre en place des infrastructures sanitaires tenant compte des soins respectueux, de l'équité, du handicap, du genre et de la résilience au changement climatique

Ligne d'action 2.1.5_Mettre en place un système d'interconnexion des structures du réseau SONU entre elles et avec le SAMU National

Ligne d'action 2.1.6_Renforcer les équipements des maternités, des blocs opératoires, des laboratoires et de banques de sang en tenant compte des soins respectueux, de l'équité, du handicap, du genre et de la résilience au changement climatique

Ligne d'action 2.1.7_Mettre en place des filières de régulation des urgences obstétricales et pédiatriques au niveau des SAMU

Ligne d'action 2.1.8_Renforcer la logistique roulante au niveau des structures sanitaires (ambulances équipées)

Ligne d'action 2.1.9_Faire un plaidoyer pour le renforcement de la fonctionnalité des SAU (au niveau des EPS 1, 2 et 3) et UAU (au niveau des centres de santé) en infrastructures, équipement, en ressources humaines compétentes et en outils pour la gestion des urgences pédiatriques

Ligne d'action 2.1.10_Mettre en place l'oxygène, l'oxymètre de pouls et le CDSA au niveau des postes de santé des régions de Dakar, Thiès, Kaffrine, Kolda, Sédhiou et Tambacounda

Ligne d'action 2.1.11_Mettre en place des unités de néonatologie fonctionnelles et aux normes dans les EPS et centre de santé de type II

Ligne d'action 2.1.12_Mettre aux normes les coins de nouveau-né dans toutes les maternités

Ligne d'action 2.1.13_Mettre en place des outils de gestions de la PCIME dans les PS, CS, EPS1 et des structures privées enrôlées

Ligne d'action 2.1.14_Mobiliser des ressources financières pour la réalisation d'une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques sur l'AME

Ligne d'action 2.1.15_Appuyer la mise en place et la fonctionnalité des coins état civil dans les EPS, CS et PS

Ligne d'action 2.1.16_Renforcer les capacités des prestataires sur le PEV

Intervention 2.2 : Renforcement de la disponibilité des ressources humaines de qualité, en nombre suffisant et assurer leur fidélisation pour la SRMNIA-N

Ligne d'action 2.2.1_Faire le plaidoyer pour le renforcement des structures de santé en ressources humaines qualifiées (recrutement, motivation)

Ligne d'action 2.2.2_Assurer le plaidoyer auprès de la DRH du MSHP pour la révision du curriculum de formation de base des IDE et sage-femmes

Ligne d'action 2.2.3_ Renforcer les capacités des prestataires sur les SONU (formation continue, coaching, suivi post-formation)

Ligne d'action 2.2.4_ Renforcer les capacités des prestataires sur la triple élimination de la transmission du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B de la mère et de l'enfant (formation continue, coaching, suivi post-formation)

Ligne d'action 2.2.5_Renforcer les capacités des prestataires sur les standards Qualité en SRMNIA-N

Ligne d'action 2.2.6_Renforcer les capacités du personnel sur les soins respectueux en maternité

Ligne d'action 2.2.7_Renforcer les capacités des prestataires sur l'approche genre et SRMNIA-N

Ligne d'action 2.2.8_Renforcer les capacités des prestataires sur la prise en charge des violences basées sur le genre (VBG) y compris les viols et les violences exercées par un partenaire intime (VPI)

Ligne d'action 2.2.9_Faire un plaidoyer pour le renforcement des ressources humaines en nombre suffisant et de qualité, dans tous les EPS de niveau 2 et 3 et les EPS disposant d'un SAU

Ligne d'action 2.2.10_Faire le plaidoyer pour la formation des paramédicaux et des médecins généralistes en soins pédiatriques

Ligne d'action 2.2.11_Renforcer le partenariat avec les instituts de formation en SRMNIA-N

Ligne d'action 2.2.12_Faire le plaidoyer auprès du ministère de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation pour l'ouverture de DES de pédiatrie dans 02 UFR de santé (Saint louis et Ziguinchor)

Ligne d'action 2.2.13_Former les prestataires des PS et CS des régions de Dakar, Thiès, Kaffrine, Kolda, Sédhiou et Tambacounda sur l'utilisation de l'oxygène, de l'oxymètre de pouls et du CDSA

Ligne d'action 2.2.14_Faire un plaidoyer pour la mise à disposition d'au moins 1 pédiatre dans chaque CS 2 et d'au moins 2 pédiatres dans chaque EPS

Ligne d'action 2.2.15_Faire un plaidoyer pour la disponibilité d'un personnel paramédical suffisant dans les unités de pédiatrie des CS2 et les services de pédiatrie des EPS conformément à la carte sanitaire

Ligne d'action 2.2.16_Renforcer les capacités des prestataires sur la PCIME clinique (pour les prestataires qualifiés) et la PCIME communautaire (pour les acteurs communautaires de soins officiant dans les PPS et les cases de santé)

Ligne d'action 2.2.17_Rendre disponible une base de données actualisée des prestataires formés en PCIME clinique

Ligne d'action 2.2.18_Renforcer les capacités des équipes sur l'identification des fistules obstétricales

Ligne d'action 2.2.19_Renforcer la fonctionnalité des structures pour l'identification et la prise en charge des fistules obstétricales (équipement des structures et capacité des équipes)

Intervention 2.3 : Appui aux initiatives de fidélisation des agents exerçant dans les zones reculées en collaboration avec la DRH

Ligne d'action 2.3.1_Appuyer le plaidoyer pour la domiciliation des postes budgétaires

Ligne d'action 2.3.2_Appuyer l'application du guide de mobilité

Ligne d'action 2.3.3_Renforcer le plaidoyer auprès des collectivités locales pour le recrutement du personnel de santé qualifié

Intervention 2.4 : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments et des produits de la SRMNIA-N à moindre coût jusqu'au dernier Kilomètre

Ligne d'action 2.4.1_Rendre disponible les médicaments et produits d'urgence pour les enfants en quantité et en qualité suffisante dans les SAU des EPS de niveau 2 et 3

Ligne d'action 2.4.2_Rendre disponible les médicaments d'urgence et les kits d'accouchement, de césarienne et d'AMIU en quantité suffisante dans les maternités

Ligne d'action 2.4.3_Rendre disponible les médicaments d'anesthésie au niveau des blocs SONU

Ligne d'action 2.4.4_Rendre disponible les médicaments de stimulation ovarienne en les intégrant dans la liste des médicaments essentiels (gonadotrophines, analogues et antagonistes GnRH, HCG)

Ligne d'action 2.4.5_Rendre disponible le sang et les produits sanguins labiles

Ligne d'action 2.4.6_Rendre disponibles et gratuits les médicaments et vaccins pour la mise en œuvre de la PCIME clinique et la PCIME communautaire respectivement dans toutes les structures de prise en charge et au niveau communautaire

Ligne d'action 2.4.7_Faire le suivi de l'approvisionnement, la distribution et la gestion des médicaments et produits essentiels pour la SRMNIA-N, y compris les antigènes du PEV, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (EPS, CS, PS et communautaires)

Ligne d'action 2.4.8_Mettre en place un dispositif de collecte, de conservation et d'administration sécurisée du lait maternel au niveau des unités de néonatalogie

Ligne d'action 2.4.10_Renforcer les capacités des prestataires sur la Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS)

Ligne d'action 2.4.11_Faire un plaidoyer pour rendre accessibles les produits pour les adolescents et jeunes

Ligne d'action 2.4.12_Intégrer la gratuité de l'amoxicilline dispersible (pour la prise en charge des IRA) et les kits de SRO/Zinc (pour la prise en charge de la diarrhée) dans la SEN-CSU au niveau communautaire

Intervention 2.5 : Renforcement de l'offre et de l'accès de services PF de qualité

Ligne d'action 2.5.1_Mettre à l'échelle le DMPA-SC et de l'auto-injection

Ligne d'action 2.5.2_Renforcer la disponibilité et la maintenance du matériel et des équipements

Ligne d'action 2.5.3_Mettre à jour la formation initiale basée sur les standards en fonction de nouvelles orientations de la politique nationale

Ligne d'action 2.5.4_Renforcer les compétences des prestataires qualifiés sur la PF, l'approche genre et droits humains et la PEC des VBG

Ligne d'action 2.5.5_Mettre à l'échelle l'Identification Systématique des Besoins de la Cliente (ISBC) à tous les niveaux

Ligne d'action 2.5.6_Renforcer la mise à l'échelle de la stratégie de la Planification Familiale du Post-Partum

Ligne d'action 2.5.7_Renforcer les stratégies d'autosoin

Ligne d'action 2.5.8_Prendre en charge des BNS en PF dans la population générale

Ligne d'action 2.5.9_Améliorer la PF chirurgicale dans les prestations de services SRMNIA-N

Ligne d'action 2.5.10_Intégrer l'offre de dépistage du VIH au niveau des services PF, pour les jeunes adolescents

Ligne d'action 2.5.11_Mettre en place des modèles différenciés pour le suivi intégré de la femme vivant avec le VIH ayant recours aux services de PF

Ligne d'action 2.5.12_Renforcer la disponibilité de la gamme des méthodes PF dans le secteur privé

Ligne d'action 2.5.13_Élargir l'offre de service PF à base communautaire

Ligne d'action 2.5.14_Capitaliser la contribution du secteur privé et du niveau communautaire

Intervention 2.6 : Amélioration de la qualité des services au niveau des PPS

Ligne d'action 2.6.1_Elaborer et mettre en œuvre au niveau de tous les CS2 et EPS un Plan d'Amélioration de la Qualité de l'offre de soins SRMNIA-N

Ligne d'action 2.6.2_Rendre effective la mise en œuvre de la PCIME communautaire sur toute l'étendue du territoire

Ligne d'action 2.6.3_Vulgariser les différents documents normatifs et standards pour la SRMNIA-N (PNP, Guide pratique des urgences pédiatriques, standards qualité, documents sur les soins respectueux, soins attentifs, SMK, guide de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales, PON chirurgie, PON anesthésie, PON SDMPR, etc.)

Ligne d'action 2.6.4_Renforcer les compétences des prestataires sur les soins du développement/attentifs, sur les standards qualité, les soins respectueux (formation, coaching, auto-évaluation, suivi)

Ligne d'action 2.6.5_Renforcer la PCI dans les maternités, les coins de nouveau-né, les unités de néonatologie et les services de pédiatrie

Axe Stratégique 3 : Renforcement de la Promotion et de la prévention pour une utilisation précoce et accrue des services de santé et d'une prise en charge de qualité

Intervention 3.1 : Promotion de la demande en soins de santé, Promotion, Prévention suivant une approche multisectorielle

Ligne d'action 3.1.1_Renforcer les compétences des acteurs communautaires de promotion et de prévention sur le paquet SRMNIA-N

Ligne d'action 3.1.2_Renforcer le programme Bajenu Gox sur le paquet SRMNIA-N

Ligne d'action 3.1.3_Rendre effectif la supplémentation en vit A et le déparasitage dans toutes les plateformes communautaires (DIPE, SPC, etc.)

Ligne d'action 3.1.4_Développer des interventions communautaires pour la promotion de la demande de soins maternels et l'autonomisation des femmes handicapées et/ou en situation de précarité

Ligne d'action 3.1.5_Renforcer les acteurs communautaires et les prestataires de services sur la santé des adolescent-e-s et jeunes (BG et ACS)

Ligne d'action 3.1.6_Développer des interventions communautaires en faveur du nouveau-né et des enfants

Ligne d'action 3.1.7_Assurer l'enrôlement et l'achat des soins pour les bénéficiaires (enfants de moins de 5 ans, des élèves et ndongo daara, femmes enceintes)

Ligne d'action 3.1.8_Assurer le contrôle médical des prestations fournies aux bénéficiaires du programme

Intervention 3.2 : : Intensification de la communication et de la mobilisation sociale

Ligne d'action 3.2.1_Elaborer un plan de communication intégré pour le PS SRMNIA-N 2024-2030 en tenant compte des spécificités des régions et des districts et celles des cibles

Ligne d'action 3.2.2_Mettre en œuvre le plan de communication intégré en SRMNIA-N

Ligne d'action 3.2.3_Assurer le suivi/évaluation du plan de communication intégré SRMNIA-N

Intervention 3.3 : Renforcement le plaidoyer sur la SRMNIA-N

Ligne d'action 3.3.1_Assurer un plaidoyer auprès des décideurs sur la SRMNIA-N

Ligne d'action 3.3.2_Mener des actions de plaidoyer à l'endroit des leaders et partenaires

Intervention 3.4 : 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 3.4.1_Rendre disponible les outils de suivi prénatal révisés (registre CPN, carnet de santé etc.)

Ligne d'action 3.4.2_Renforcer le taux d'utilisation de la CPN

Ligne d'action 3.4.3_Améliorer le taux d'achèvement en CPN

Ligne d'action 3.4.4_Améliorer la couverture effective en CPN

Ligne d'action 3.4.5_Renforcer la stratégie de la triple élimination de la transmission mère-enfant du VIH, des hépatites et de la syphilis

Ligne d'action 3.4.6_Améliorer la couverture vaccinale en VAT chez les femmes enceintes

Ligne d'action 3.4.7_Mettre en place un système d'identification précoce, de suivi des grossesses à risque (facteurs morbides) et de référence à temps

Intervention 3.5 : Amélioration de la qualité de la prise en charge des accouchements intégrant la dimension genre

Ligne d'action 3.5.1_Systématiser l'utilisation du partogramme dans la surveillance du travail

Ligne d'action 3.5.2_Systématiser la GATPA dans la prévention des hémorragies du postpartum

Ligne d'action 3.5.3_Systématiser la surveillance du postpartum immédiat pendant les deux premières heures

Ligne d'action 3.5.4_Renforcer l'utilisation de la ventouse dans la prise en charge des dystocies

Intervention 3.6 : Amélioration quantitative et qualitative du suivi post natal (CPoN) intégrant la dimension genre

Ligne d'action 3.6.1_Améliorer la couverture en CPoN

Intervention 3.7 : Amélioration de la prise en charge des avortements

Ligne d'action 3.7.1_Améliorer les Soins Après Avortements

Ligne d'action 3.7.2_Renforcer la promotion de la PF en post abortum

Ligne d'action 3.7.3_Renforcer la mise sous PF en post abortum

Intervention 3.8 : Amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales

Ligne d'action 3.8.1_Améliorer la prise en charge des hémorragies du postpartum

Ligne d'action 3.8.2_Améliorer la prise en charge de la pré éclampsie et de l'éclampsie

Ligne d'action 3.8.3_Améliorer la prise en charge des hémorragies du troisième tiers de la grossesse

Ligne d'action 3.8.4_Améliorer la prise en charge de l'anesthésie pendant la césarienne

Ligne d'action 3.8.5_Améliorer la prise en charge de la réanimation obstétricale

Ligne d'action 3.8.6_Renforcer la qualité de la réanimation du nouveau-né

Ligne d'action 3.8.7 : Améliorer la fonctionnalité du réseau SONU 24h /24 et 7 j/7

Ligne d'action 3.8.8_Étendre le réseau des maternités SONU

Intervention 3.9 : Amélioration de la prise en charge holistique des fistules obstétricales

Ligne d'action 3.9.1_Renforcer l'identification des femmes porteuses de fistules obstétricales

Ligne d'action 3.9.2_Assurer la continuité de la prise en charge en routine des cas de fistules obstétricales confirmées

Ligne d'action 3.9.3_Assurer la pérennisation de la gratuité de la prise en charge des fistules obstétricales

Ligne d'action 3.9.4_Appuyer la fonctionnalité des maisons d'accueil et d'appui à la réinsertion des femmes porteuses de fistules obstétricales

Ligne d'action 3.9.5_Appuyer le fonctionnement des CVAC.i et OCB pour l'identification et l'orientation des femmes porteuses de fistules

Intervention 3.10 : Appui à la prévention et la prise en charge du cancer du col de l'utérus

Ligne d'action 3.10.1_Renforcer les campagnes de promotion de l'information sur l'exposition aux facteurs de risque du cancer du col de l'utérus

Ligne d'action 3.10.2_Soutenir la vaccination à grande échelle contre les infections à HPV16 et 18 chez les adolescentes de 9 à 14 ans

Ligne d'action 3.10.3_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 3.10.4_Appuyer la prise en charge précoce et adaptée des lésions précancéreuses

Ligne d'action 3.10.5_Soutenir les initiatives d'augmentation de la disponibilité des moyens de diagnostic du cancer du col au niveau de toutes les structures sanitaires du pays

Intervention 3.11 : Appui à la prévention et la prise en charge du cancer du sein

Ligne d'action 3.11.1_Renforcer la promotion de l'allaitement maternel

Ligne d'action 3.11.2_Appuyer les activités de communication sur le dépistage précoce par l'autopalpation des seins

Ligne d'action 3.11.3_ Faciliter l'accès à la mammographie dans toutes les régions

Ligne d'action 3.11.4_Soutenir la mise en place d'unités d'anatomopathologie dans les 4 axes du pays (Nord, Centre, Est et Sud)

Ligne d'action 3.11.5_Renforcer l'accessibilité aux moyens thérapeutiques (chirurgie, chimiothérapie et Radiothérapie)

Intervention 3.12 : Renforcement de la prise en charge du nouveau-né

Ligne d'action 3.12.1_Renforcer la mise en œuvre des soins immédiats du nouveau-né

Ligne d'action 3.12.2_Rendre systématique l'examen clinique du nouveau-né

Intervention 3.13 : Amélioration de la prise en charge des faibles poids à la naissance

Ligne d'action 3.13.1_Renforcer la mise en œuvre des soins maternels Kangourou

Ligne d'action 3.13.2_Renforcer la mise en œuvre de l'allaitement maternel exclusif

Intervention 3.14 : Amélioration du statut vaccinal des enfants 0-23 mois dans le cadre du PEV

Ligne d'action 3.14.1_Appuyer l'amélioration de la couverture vaccinale de l'hépatite B à la naissance

Intervention 3.15 : Amélioration de la couverture du paquet de soins essentiels intégrés à la vaccination

Ligne d'action 3.15.1_Mettre à niveau les prestataires sur le concept de l'enfant protégé

Ligne d'action 3.15.2_Développer des stratégies pour améliorer les niveaux de couverture des enfants protégés

Ligne d'action 3.15.3_Assurer le monitoring des données de couverture des enfants protégés

Intervention 3.16 : Renforcement de la prise en charge des affections respiratoires (IRA, Asthme)

Ligne d'action 3.16.1_Renforcer les capacités des prestataires sur la prise en charge des IRA et de l'Asthme

Ligne d'action 3.16.2_Renforcer la disponibilité des intrants de prise en charge des IRA et de l'asthme (oxymètre de pouls, dispositifs de nébulisation, en extracteurs mobiles d'oxygène, amoxicilline dispersible et salbutamol pour nébulisation) dans tous les PPS

Intervention 3.17 : Renforcement de la prévention et la prise en charge des cas de diarrhée

Ligne d'action 3.17.1_Assurer la disponibilité des intrants de prise en charge de la diarrhée (SRO/ZINC, RESOMAL) au niveau des PPS et des CREN

Ligne d'action 3.17.2_Renforcer la promotion du WASH

Ligne d'action 3.17.3_Renforcer les capacités des prestataires sur la prise en charge de la diarrhée dans tous les PPS et à tous les niveaux

Intervention 3.18 : Renforcement de la prévention et la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

Ligne d'action 3.18.1_Renforcer les capacités des prestataires sur la prise en charge intégrée des cas de paludisme selon l'approche PCIME

Ligne d'action 3.18.2_Mettre en place un groupe technique pour coordonner les interventions sur la prise en charge du paludisme, du VIH et de la tuberculose chez les enfants de moins de 5 ans

Intervention 3.19 : Renforcement de la prise en charge du VIH pédiatrique

Ligne d'action 3.19.1_Mettre en place des stratégies de dépistage de la fratrie dans le cadre de l'e-TME

Ligne d'action 3.19.2_Mettre en œuvre des stratégies de dépistage actif des enfants MAM et MAS

Ligne d'action 3.19.3_Appuyer la mise en œuvre du Programme « tutorat » pour les enfants infectés et affectés par le VIH

Ligne d'action 3.19.4_Renforcer les capacités des prestataires sur la prise en charge du VIH pédiatrique

Intervention 3.20 : Renforcement de la prise en charge de la TB chez l'enfant

Ligne d'action 3.20.1_Appuyer la mise en place des stratégies de dépistage précoce de la TB chez l'enfant

Ligne d'action 3.20.2_Renforcer la qualité de la prise en charge de la TB chez l'enfant

Intervention 3.21 : Prévention et prise en charge des affections chroniques de l'enfant (drépanocytose, diabète, obésité, cancer, épilepsie, cardiopathie)

Ligne d'action 3.21.1_Faire le plaidoyer pour l'intégration de la PEC des affections chroniques de l'enfant dans le système de couverture sanitaire universelle (CSU)

Ligne d'action 3.21.2_Renforcer la qualité du dépistage et de la PEC des affections chroniques de l'enfant

Intervention 3.22 : Prise en charge des troubles neurodéveloppementaux chez l'enfant

Ligne d'action 3.22.1_Mener une recherche sur l'impact des écrans sur le neurodéveloppement des enfants de moins de 5 ans

Ligne d'action 3.22.2_Réaliser des campagnes de communication sur les méfaits des écrans sur les enfants de moins de 5 ans

Ligne d'action 3.22.3_Appuyer la mise en place des structures d'accueil et de PEC des enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux

Ligne d'action 3.22.4_Renforcer la qualité de la prise en charge des enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux

Ligne d'action 3.22.5_Explorer l'apport de la technologie (y compris l'intelligence artificielle) dans la prise en charge des enfants atteints de troubles neurodéveloppementaux

Intervention 3.23 : Amélioration de la prévention et de la prise en charge de la malnutrition aiguë

Ligne d'action 3.23.1_Renforcer le dépistage actif de la malnutrition aiguë au niveau communautaire et le dépistage passif dans les structures de santé

Ligne d'action 3.23.2_Renforcer la prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau des CREN, UREN et sites communautaires

Ligne d'action 3.23.3_Renforcer le Suivi et la promotion de la croissance jusqu'à l'âge de 5 ans

Ligne d'action 3.23.4_Promouvoir les actions essentielles en nutrition/hygiène et pratiques familiales essentielles

Ligne d'action 3.23.5_Renforcer les interventions nutritionnelles à base communautaire

Ligne d'action 3.23.6_Renforcer le plaidoyer pour la production d'aliments locaux pour la prévention de la malnutrition aiguë et la fortification industrielle des aliments

Ligne d'action 3.23.7_Renforcer la surveillance nutritionnelle au niveau des sites sentinelles

Ligne d'action 3.23.8_Promouvoir un bon état nutritionnel des FAR, y compris les femmes enceintes et les femmes allaitantes

Ligne d'action 3.23.9_Renforcer la communication pour l'utilisation des aliments riches en nutriments, y compris les aliments fortifiés

Ligne d'action 3.23.10_Promouvoir un bon état nutritionnel chez les enfants d'âge scolaire et les adolescent-e-s

Ligne d'action 3.23.11_Mettre à jour le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë chez les enfants de 0-5 ans intégrant les nouvelles directives de l'OMS et les groupes vulnérables

Intervention 3.24 : Renforcement de l'Alimentation maternelle, Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (AM/ANJE)

Ligne d'action 3.24.1_Promouvoir la mise au sein précoce et l'allaitement exclusif

Ligne d'action 3.24.2_Renforcer la fortification à domicile des aliments des enfants de 6 à 23 mois avec les suppléments en micronutriments : les poudres de micronutriments (MNPs) ou la supplémentation alimentaire avec des Suppléments Lipidique et Nutritionnel en petite quantité (SQ-LNS)

Ligne d'action 3.24.3_Intégrer la supplémentation en multiple micronutriments (MMS) pour les femmes enceintes dans le programme de nutrition maternelle

Ligne d'action 3.24.4_Renforcer les services de nutrition lors des CPN et CPON

Ligne d'action 3.24.5_Mettre en place un protocole de prise en charge de la malnutrition chez les adolescentes et les femmes enceintes/allaitantes

Ligne d'action 3.24.6_Mettre à jour le document national de politique sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)

Intervention 3.25 : Renforcement de la gestion des urgences pédiatriques

Ligne d'action 3.25.1_Mettre en place une base de données des prestataires formés en urgences pédiatriques

Ligne d'action 3.25.2_Assurer la fonctionnalité du système de référence et contre-référence dans le cadre du réseau national des urgences pédiatriques

Ligne d'action 3.25.3_Appuyer le SAMU national dans la régulation des urgences pédiatriques

Axe Stratégique 4 : Renforcement de la santé des adolescent-e-s et jeunes

Intervention 4.1 : Renforcement de l'offre de services intégrés et adaptés aux besoins des adolescent-e-s et jeunes selon les standards, en prenant en compte la dimension genre (y compris le handicap)

Ligne d'action 4.1.1_Renforcer les capacités des acteurs (prestataires du secteur public et privé, acteurs communautaires, personnel de soutien) sur la santé des adolescent-e-s et jeunes en prenant en compte la santé mentale

Ligne d'action 4.1.2_Renforcer les capacités des prestataires et acteurs communautaires sur les procédures opérationnelles et standards des VBG

Ligne d'action 4.1.3_Intensifier les stratégies avancées et mobiles d'offre de services de qualité adaptés aux adolescent-e-s et jeunes dans les structures de l'enseignement, les daaras, les lieux de forte fréquentation des jeunes, les structures accueillant les jeunes en situation de vulnérabilité (rupture familiale, les personnes handicapées, les adolescent-e-s et jeunes dans les lieux de privation de liberté, etc.).

Ligne d'action 4.1.4_Renforcer le dépistage des IST/VIH et l'offre du paquet de prévention combinée chez les adolescent-e-s et jeunes

Ligne d'action 4.1.5_Renforcer les infrastructures et équipements adaptés aux structures dédiées aux adolescent-e-s et jeunes y compris les personnes handicapées (espaces adolescent-e-s et jeunes, CCA, etc.)

Ligne d'action 4.1.6_Renforcer la prise en charge psychologique, juridique, sanitaire et sociale des victimes de VBG

Ligne d'action 4.1.7_Renforcer les interventions à haut impact en faveur de la santé des adolescent-e-s et jeunes

Ligne d'action 4.1.8_Renforcer la gestion de la santé menstruelle des adolescentes (infrastructures/bloc d'hygiène/kits d'hygiène)

Intervention 4.2: Promotion de comportements à moindre risque par le renforcement de l'éducation sanitaire des adolescent-e-s et jeunes particulièrement ceux en situation de vulnérabilité pour une vie saine et sécurisée

Ligne d'action 4.2.1_Renforcer l'Éducation à la Santé et au Bien-Être (ESBE) des adolescent-e-s et jeunes dans les différentes structures dédiées (clubs EVF, gouvernements scolaires, CCA, Espaces ados etc.)

Ligne d'action 4.2.2_Prévenir les conduites addictives (cyberdépendance) et l'utilisation des substances psychoactives (tabac, alcool, drogue de synthèse, cigarette électronique, chicha, volet, etc.) chez les adolescent-e-s et jeunes

Ligne d'action 4.2.3_Promouvoir l'autonomisation de l'adolescent-e et du jeune

Ligne d'action 4.2.4_Renforcer la collaboration avec les leaders religieux dans la promotion de comportements sains chez les adolescent-e-s et jeunes

Intervention 4.3 : Adaptation de l'offre de services PF auprès des adolescent-e-s / jeunes

Ligne d'action 4.3.1_Renforcer les compétences des prestataires de soins de santé et du personnel de soutien sur l'offre spécifique de service en santé reproductive aux adolescent-e-s et jeunes

Ligne d'action 4.3.2_Renforcer l'offre de service de santé intégrée, adaptée et de qualité des adolescent-e-s et jeunes

Intervention 4.4 : Renforcement de la communication pour le changement social et comportemental autour de la santé des adolescent-e-s et jeunes à travers la multisectorialité

Ligne d'action 4.4.1_Renforcer la promotion de la santé des adolescent-e-s et jeunes à travers la communication digitale

Ligne d'action 4.4.2_Renforcer la communication interpersonnelle et de masse en faveur de la santé des adolescent-e-s et jeunes

Ligne d'action 4.4.3_Renforcer le plaidoyer à l'endroit des décideurs politiques en faveur de la santé des adolescent-e-s et jeunes

Axe Stratégique 5 : Renforcement de la prévention, la préparation, la détection, la riposte et le relèvement post-crise pour une sécurité sanitaire durable et résiliente selon l'approche « One Health ».

Intervention 5.1 : Prévention des urgences sanitaires

Ligne d'action 5.1.1_Réduire les risques liés aux zoonoses émergentes et réémergentes

Ligne d'action 5.1.2_Réduire les risques liés à la résistance aux antimicrobiens

Ligne d'action 5.1.3_Identifier et harmoniser les instruments juridiques relatifs à la sécurité sanitaire et à l'approche One Health et veiller à leur effectivité

Ligne d'action 5.1.4_Intégrer la dimension genre et équité sociale et le changement climatique dans la planification et la gouvernance des risques sanitaires

Ligne d'action 5.1.5_Mener des recherches scientifiques et innovations sur des problématiques liées à l'approche One Health

Intervention 5.2 : Préparation et gouvernance territoriale

Ligne d'action 5.2.1_Promouvoir l'approche One Health dans la gouvernance sanitaire à tous les niveaux

Ligne d'action 5.2.2_Renforcer les capacités opérationnelles du système de gestion des incidents (SGI) et des mini-COUS

Ligne d'action 5.2.3_Renforcer la communication des risques, l'engagement communautaire et l'acceptabilité sociale

Ligne d'action 5.2.4_Renforcer les liens entre autorités de santé publique et autorités de sécurité/défense

Intervention 5.3 : Détection précoce et alerte (7-1-7)

Ligne d'action 5.3.1_Développer un réseau national interopérable de laboratoires et de biologie moléculaire

Ligne d'action 5.3.2_Améliorer le système de surveillance à base communautaire

Ligne d'action 5.3.3_Développer et renforcer les systèmes de surveillance intégrée des zoonoses

Ligne d'action 5.3.4_Améliorer les systèmes de surveillance intégrée de la RAM

Ligne d'action 5.3.5_Renforcer les ressources humaines spécialisées (épidémiologie, biosécurité, etc.)

Ligne d'action 5.3.6_Développer et mettre en place un système d'alerte précoce multisectoriel et multirisque (SAP)

Intervention 5.4 : Riposte rapide et contrôle aux frontières

Ligne d'action 5.4.1_Rendre opérationnel le dispositif multisectoriel d'intervention rapide

Ligne d'action 5.4.2_Mettre en place et opérationnaliser des unités de quarantaine aux PoE

Ligne d'action 5.4.3_Renforcer les capacités opérationnelles de riposte face aux crises sanitaires

Ligne d'action 5.4.4_Renforcer les capacités de coordination multisectorielle dans la PPDR face aux crises sanitaires

Intervention 5.5 : Relèvement post-crise et résilience communautaire

Ligne d'action 5.5.1_Réduire et compenser efficacement les impacts liés aux événements sanitaires (incluant la dimension protection sociale, filets sociaux, soutien psychologique)

Ligne d'action 5.5.2_Mettre en place un fonds de relèvement post-crise au niveau national et régional

Intervention 5.6 : Financement durable, décentralisation et partenariats

Ligne d'action 5.6.1_Faire la cartographie des financements et harmoniser la planification budgétaire

Ligne d'action 5.6.2_Developper et mettre en œuvre une stratégie de communication institutionnelle pour le financement de la PPR

Ligne d'action 5.6.3_Mettre en place un fonds d'urgence multisectoriel One Health mobilisable rapidement

Ligne d'action 5.6.4_Augmenter progressivement la dotation budgétaire nationale dédiée à la sécurité sanitaire

Ligne d'action 5.6.5_Développer un mécanisme de financement décentralisé

CHAPITRE IV :

CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI ÉVALUATION

Cadre de mise en œuvre et de suivi évaluation

IX. Coordination, synergie et complémentarité

IX.1 Coordination stratégique

La coordination stratégique est assurée à travers le Comité de Pilotage et de Coordination des interventions en SRMNIA-N (CPC-SRMNIA-N), cadre de concertation élargi qui regroupe l'ensemble des acteurs intervenant dans la SRMNIA-N.

Cette instance de coordination stratégique garantit la pleine participation de tous les intervenants clés et permet d'assurer la coordination des différentes parties prenantes ainsi que la synergie et la complémentarité des actions. Ce cadre de coordination stratégique se réunit tous les semestres et examine les informations produites par les instances de coordination technique. Elle est présidée par le Ministre de la Santé et de l'Action sociale ou son représentant et statue sur :

- Le niveau de mise en œuvre du Plan Stratégique SRMNIA-N conformément aux plans de travail annuel ;
- L'alignement de toutes les parties prenantes sur le Plan Stratégique de la SRMNIA-N ;
- La synergie et la complémentarité des financements du Plan Stratégique SRMNIA-N ;
- La mobilisation des financements surtout domestiques ;
- Les informations stratégiques ;
- Les principaux défis et recommandations.

IX.2 Coordination opérationnelle

Les comités techniques SRMNIA-N, bras technique du CPC-SRMNIA-N, présidés par le Directeur Général de la Santé (DGS) sont constitués d'experts du Ministère de la Santé et de l'Hygiéne publique, des autres ministères sectoriels, des PTF, des ONG, de la Société Civile, du Secteur privé, des Sociétés Savantes, des académiciens, des associations professionnelles, des collectivités territoriales et des directeurs régionaux de la santé. Ils appuient la DSME dans la mise en œuvre du Plan Stratégique Intégré de la SRMNIA-N et sur toutes les questions indiquées par le comité de pilotage.
Ces comités techniques discutent sur des points axés sur :

- la Santé de la mère et du nouveau-né ;
- la santé de l'enfant ;
- la Santé des adolescent-e-s et jeunes ;
- la nutrition ;
- la planification familiale ;
- la logistique ;
- la communication, le plaidoyer et la mobilisation sociale pour la SRMNIA-N
- le suivi de la mise en œuvre des projets et programmes SRMNIA N

IX.2.1 Rôles Spécifiques de la direction de la santé de la Mère et de l'Enfant (DSME)

La DSME assure la coordination globale de la mise en œuvre des interventions de la SRMNIA-N. Elle assure la planification au niveau central et apporte un appui technique au niveau opérationnel. Elle assure également le monitoring et le suivi des activités inscrites dans le plan stratégique, partage les résultats obtenus à travers les revues SRMNIA-N au niveau central et régional en collaboration avec les directeurs régionaux de la santé.

IX.2.2 Parties prenantes du niveau central du MSHP

La coordination avec les autres programmes de santé publique reste un défi pour la DSME car la santé de la mère, du nouveau-né et des adolescent-e-s et jeunes est fortement dépendante des interventions des autres directions et services du ministère de la santé et de l'Action sociale.

L'ensemble de ces directions et entités du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique contribue fortement à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.
La DSME travaille en étroite collaboration avec les autres départements ministériels concernés par la SRMNIA-N. Les autres départements ministériels impliqués dans la mise en œuvre du plan d'action intégreront leurs résultats dans les bilans périodiques qui seront présentés aux sessions du comité de pilotage nationale.

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

IX.2.3 Directions Régionales de la santé et Districts Sanitaires

Les Directeurs régionaux de la santé sont chargés d'impulser, de coordonner et de suivre la mise en œuvre opérationnelle du plan stratégique par les équipes cadre des districts sanitaires et de leur structure. Ces derniers sont responsables de la planification opérationnelle dans leur zone d'intervention. Les directeurs régionaux de la santé et les équipes cadres des districts sanitaires travailleront sous la tutelle administrative de l'administration territoriale (gouverneurs, préfets, sous-préfets) et territoriale (Présidents de conseils départementaux, maires) et en collaboration avec les autres services et directions régionales des autres secteurs ministériels impliqués.

IX.2.4 Autres secteurs ministériels et entités affiliés à la Primature

Divers secteurs ministériels contribuent à l'atteinte des objectifs de la SRMNIA-N

Le Ministère en charge des Forces Armées, assure la tutelle de toutes les structures sanitaires militaires de la garnison militaire 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 pourra contribuer dans la mise en œuvre de toutes les composantes de ce plan.

Les autres Ministères publics disposant de structures sanitaires tels que le Ministère de l'Intérieur, le Ministère en charge de la Justice, le Ministère en charge de l'Environnement, etc., contribueront aussi à l'atteinte de certains objectifs.

Le Ministère en charge de la Jeunesse contribue au niveau déconcentré à l'offre de services de santé des adolescents et des jeunes à travers ses 16 Centres Conseil pour Adolescent-e-s et jeunes. Ces structures conviviales ont pour vocation de promouvoir chez les adolescent-e-s et jeunes l'adoption de comportements responsables en matière de la SRMNIA-N. Ils mettent en œuvre de nombreuses activités d'IEC-CCC et offrent des services cliniques aux jeunes en collaboration avec les districts sanitaires. Cependant, ce partenariat doit être renforcé entre les deux ministères pour un meilleur fonctionnement de ces CCA. Le passage à l'échelle de la stratégie New Deal contribuera fortement à améliorer la santé des adolescents.

Le Ministère en charge de l'Education Nationale intervient dans la santé reproductive des adolescent-e-s et jeunes en milieu scolaire. La Division du contrôle médico scolaire coordonne les programmes et activités de promotion de la santé et de la nutrition en milieu scolaire. Elle travaille au niveau déconcentré avec les Inspections Médicales des Ecoles (IME) pour la prise en charge de la santé des élèves. Cependant la pérennisation des interventions se fera par l'institutionnalisation de la prise en charge de la santé des adolescent(e)s/ jeunes dans les programmes d'enseignement, l'introduction des modules dans les curricula de formation, le renforcement des compétences, l'assurance de la qualité de l'offre de services dans les infirmeries scolaires.

Il existe aussi 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 et jeunes. Des outils de promotion et de sensibilisation destinés aux élèves sont élaborés comme le curriculum numérique en SRAJ, dénommé « click info ado », la téléphonie mobile Bip Info Ado couplés à 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 et jeunes.

Le Ministère en charge de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'innovation occupe une place cruciale et essentielle dans la formation initiale des professionnels de santé (médecins, sage femmes et infirmiers) mais aussi la formation continue avec la mise à disposition de spécialistes indispensables à une meilleure prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant.

Aussi, à travers les différentes recherches menées par les différents instituts une collaboration étroite entre ce Ministère et le Ministère de la santé permettra de mieux assoir les politiques de santé fondées sur des évidences scientifiques et données probantes. Il s'y ajoute avec la décentralisation des universités et des écoles de formation, la promotion du concept « Université Pôle Territoire » pourra être développée pour résoudre le problème de déficit en ressources humaines dans les structures sanitaires des régions de l'intérieur.

Le Ministère en charge des Infrastructures contribuera fortement au développement des infrastructures pour une densification de la carte sanitaire.

On note aussi le Programme d'Urgence de Développement Communautaire (PUDC) et le Programme d'Urgence de Modernisation des Axes Routiers (PUMA) qui contribuent au désenclavement de certains départements avec la construction des pistes de production, d'infrastructures sanitaires et la dotation d'ambulances.

Le Ministère en charge de la Famille et des Solidarités joue un rôle très important pour améliorer l'accessibilité géographique et financière des soins en SRMNIA-N. Diverses initiatives sont mises en œuvre dans ce ministère dont la gratuité de la césarienne et des soins de moins de 5 ans avec l'Agence de la Couverture Sanitaire Universelle, le programme de bourses de sécurité familiale.

Aussi, ce Ministère intervient dans le cadre de la lutte contre les violences basées sur le genre, sur les mutilations génitales féminines et sur la politique de protection de l'enfant et dans la promotion de la masculinité positive avec l'implémentation de l'école des maris.

Le Ministère en charge des Collectivités territoriales intervient sur les aspects liés à l'enregistrement des naissances et des décès à l'Etat civil à travers les collectivités territoriales et en partenariat avec le Ministère en charge de la justice pour les jugements supplétifs.

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 territoriales.

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 territoriales ont un rôle important à jouer dans la mise en œuvre du plan SRMNIA-N. Elles interviennent sur les aspects liés à l'enregistrement des naissances et des décès à l'Etat civil à travers les collectivités territoriales et en partenariat avec le Ministère en charge de la justice pour les jugements supplétifs, la lutte contre les VBG.

Egalement elles contribuent à l'amélioration des conditions socio-économiques des femmes en vertu de leurs compétences de par la loi en matière de CSU ainsi que la mobilisation des ressources

domestiques. Les ONG et OCB pourront faciliter ce travail au niveau communautaire. Elles sont actives dans la coopération décentralisée.

Le Ministère en charge de la Justice intervient dans l'intégration de la problématique de la SRAJ dans les programmes de formation des éducateurs spécialisés, le renforcement des compétences de vie courante et l'accompagnement des jeunes en situation difficile, ainsi que 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 en charge des Sports est chargé de consolider la prise en charge des adolescent-e-s et jeunes dans les écoles de sports 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 en charge des Finances et du Budget : en plus des financements de l'Etat à travers le DPPD, certains financements des 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 la Coopération Américaine, la coopération Japonaise, etc.). Ce ministère est aussi chargé de la facilitation de l'intégration de la SRMNIA-N 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.

Le Ministère en charge de la Culture s'occupe du renforcement des compétences des acteurs du secteur, de la consolidation de la prise en charge de la SRMNIA-N dans les programmes et activités de ses structures. Ils contribuent en outre à la promotion de comportements favorables à la SRMNIA-N (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.

Le Ministère en charge de la Communication peut faciliter par l'accès aux médias et aussi par la promotion à la communication digitale.

Le Ministère en charge du Tourisme doit contribuer à la protection des adolescent-e-s et jeunes dans les établissements hôteliers 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.

IX.2.5 Organisations de la société civile

La société civile joue 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, de la lutte contre les violences basées sur le genre et les mutilations génitales féminines ainsi que dans la stimulation de la demande de soins et le recours précoce aux soins.

Elle peut grandement contribuer en collaboration avec les collectivités territoriales à combler au niveau communautaire les gaps liés à l'enregistrement des faits d'état civil ainsi qu'à l'élargissement de la couverture des soins à travers la délégation des tâches.

Les collectivités territoriales, en partenariat avec la communauté, les ONG et les mouvements associatifs y compris les associations professionnelles de santé sont impliqués dans la mobilisation des ressources financières, l'acquisition des compétences requises en matière de SRMNIA-N, la participation à l'offre de services au niveau communautaire, la référence vers les structures de prise en charge et la transmission des bonnes valeurs.

La société civile joue également un rôle d'alerte de plaidoyer pour un environnement favorable de veille citoyenne pour le suivi des engagements pris par l'État, les PTF et par elle-même à travers le suivi dirigé par les communautés (CLM) mis en place par les autres programmes de santé.

IX.2.6 Partenaires Techniques et Financiers

Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) multilatéraux et bilatéraux accompagnent la mise en œuvre de ce plan stratégique par différents domaines tels que le renforcement des capacités des acteurs, la mise à disposition d'intrants et de médicaments, le renforcement en équipements des structures sanitaires, le recrutement de personnel, le plaidoyer, la communication pour le changement social et comportemental, l'amélioration de la gouvernance de la SRMNIA-N etc.

IX.3 Mise en œuvre du plan stratégique

IX.3.1 Élaboration d'un plan annuel consolidé par la DSME

Chaque année, un plan annuel consolidé est élaboré par la DSME sur la base des ressources disponibles et/ou mobilisables (Etat et collectivités, comité de développement sanitaire, PTF, etc.) en collaboration avec les directions régionales de la santé.

IX.3.2 Élaboration des plans opérationnels annuels régionaux

Des plans d'actions annuels sont élaborés chaque année par chaque entité avec des activités tirées du plan stratégique et évalués selon le cadre de performance.

X. Cadre de suivi évaluation et de la recherche

L'atteinte des objectifs du Plan Stratégique SRMNIA-N 2024-2030, nécessite la mise en place d'un mécanisme de suivi et d'évaluation pour suivre les progrès réalisés, identifier les contraintes de mise en œuvre et proposer des solutions mais aussi de recherche pour guider la prise de décision basée sur des données probantes.

X.1 Gestion des données

Le MSHP dispose d'un système d'information structuré. Les données qui sont issues des activités des PPS et du niveau communautaire sont collectées à partir d'outils harmonisés et sont transmises au niveau central à travers la plateforme DHIS2 après saisie par les prestataires. Ces données doivent être traitées, analysées à tous les niveaux pour s'assurer de leur qualité avant la validation par les MCD, DRS et le niveau central selon une périodicité définie selon le niveau.

X.2 Le suivi de la mise en œuvre

La cellule de la Planification, du Suivi /Evaluation et de la Recherche de la DSME est chargée de coordonner et de planifier les activités en collaboration avec les niveaux intermédiaire et opérationnel.

- Le suivi de la mise en œuvre du Plan Stratégique SRMNIA-N 2024-2030 se basera sur le suivi du Plan de travail annuel (PTA) et des Plans de travail trimestriels (PTT) à tous les niveaux ;
- Des supervisions seront organisées mensuellement par les postes de santé, trimestriellement par les districts sanitaires et semestriellement par le niveau central pour assurer la qualité de la mise en œuvre des interventions des prestations et des données partagées ;
- Des revues régionales et nationales seront organisées pour apprécier les niveaux d'atteinte des performances et apporter des ajustements en impliquant tous les programmes, partenaires techniques et financiers et tous les acteurs qui interviennent dans la SRMNIA-N.

X.3 Évaluation du plan stratégique

L'évaluation de ce dit Plan Stratégique intégré SRMNIA-N se fera en deux étapes :

- L'évaluation à mi-parcours après quatre ans et demi de mise en œuvre (en fin 2028) ;
- L'évaluation finale se tiendra en 2030 conformément à l'échéance des ODD.

X.4 Recherche et gestion de la connaissance

La recherche et la gestion des connaissances sont des volets importants pour améliorer la prise de décision mais aussi pour pérenniser les interventions.

A cet effet, l'unité de recherche mise en place au sein de la DSME, contribuera à renforcer les activités de recherche par des analyses approfondies, des revues systématiques.

Elle est chargée d'identifier et de prioriser les thématiques de recherche en collaboration avec les autres directions et services du MSHP (DPRS, DRS…), les instituts de recherche et les PTF.

CHAPITRE V :

CADRE DE PERFORMANCE

Cadre de performance

Tableau VI : Cadre de performance du plan SRMNIA-N 2024 – 2030

CADRE DE PERFORMANCE DU PLAN SRMNIA-N 2024-2030														
IMPACT /RESULTATS INDICATEURS DE PERFORMANCE	**REFERENCES**			**Fréquence de collecte**	**CIBLES DE REALISATION ATTENDUES**							**METHODE DE COLLECTE**	**SOURCE**	**RESPONSABLE**
	Valeur de base	Année	Source		2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030			
IMPACTS														
Rapport de mortalité maternelle	153 / 100 000 NV	2023	EDS	5ans	141	129	117	106	94	82	70	Enquête	EDS	DSME
Quotient de mortalité néonatale	23‰	2023	EDS	2ans	21,4‰	19,9‰	18,3‰	16,7‰	15,1 ‰	13,5	12 ‰	Enquête	EDS	DSME
Quotient de mortalité infantile	31‰	2023	EDS	2ans	28,8‰	26,8‰	24,6‰	22,5‰	20,4‰	18,3 ‰	16,2 ‰	Enquête	EDS	DSME
Quotient de mortalité infanto-juvénile	40‰	2023	EDS	2ans	37,9‰	35,7‰	33,6‰	31,4‰	29,3‰	27,1 ‰	25 ‰	Enquête	EDS	DSME
Taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans	68‰	2023	EDS	2ans	66,5	65	63,5‰	62‰	60,5‰	59‰	58‰	Enquête	EDS	DSME
Taux de mortinaissance dans les structures sanitaires	27‰	2021	DHIS2	Mensuelle	25 ‰	22 ‰	20 ‰	18 ‰	15 ‰	12 ‰	9,9‰	Données de routine	DHIS2	DSME

R 1: La disponibilité et l'accessibilité des infrastructures et des équipements de qualité pour la SRMNIA-N sont renforcées														
Proportion de structure sanitaire (CS/PS) disposant d'espace ado jeune	2,6%	2023	Rapport annuel DSME	Annuelle	15,6%	28,6%	41,6%	54,6%	60%	65%	70%	Données de routine	Rapport annuel DSME	DSME
Proportion d'espace ado fonctionnel	ND	2023	Rapport de supervision DSME	Trimestrielle	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	Supervision	Rapport de supervision DSME	DSME
Proportion de structures désignées SONUB effectives	10%	2022	Rapport DSME	Semestrielle	30%	40%	60 %	70%	80%	90%	100,0%	Données de routine	DHIS2	DSME
Proportion de structures désignées SONUC effectives	26%	2022	Rapport DSME	Semestrielle	40%	50%	60 %	70%	80%	90%	100,0%	Données de routine	DHIS2	DSME
Proportion d'EPS disposent d'unités de réanimation obstétricale	ND			Annuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%	100,0%	Supervision	Rapport de supervision DSME	DSME
Proportion d'EPS 3 ayant un SAU pédiatrique fonctionnel	15%	2022	Rapport de revue annuelle EPS	Annuelle	30%	40%	50 %	70%	80%	90%	100%	Supervision	Rapport de supervision DSME	DSME
Proportion d'EPS 2 disposant d'un SAU intégrant la PEC des urgences pédiatriques	ND			Annuelle	10%	25%	40%	55%	70%	80%	100%	Supervision	Rapport de supervision DSME	DSME
Proportion d'EPS 1 disposant d'un SAU intégrant la PEC des urgences pédiatriques	ND			Annuelle	10%	25%	40%	55%	70%	80%	100%	Supervision	Rapport de supervision DSME	DSME

Proportion de CS disposant d'un UAU intégrant la PEC des urgences pédiatriques	ND			Annuelle	10%	20%	30%	40%	50%	55%	60%	Supervision	Rapport de supervision DSME	DSME
Nombre d'antennes SAMU installées dans les pôles territoriaux	4/8	2024	Rapport activité	Annuelle	0	0	5	6	7	8	8	Décompte	Rapport activité	SAMU
Nombre de SMURH néonatals SAMU prépositionnés dans les EPS	0	2024	Rapport activité	Annuelle	0	0	1	3	8	13	15	Décompte	Rapport activité	SAMU
Proportion des urgences obstétricales régulées par le SAMU	814/8 902	2023	AppliSAMU	Annuelle	867	900	1100	1400	1700	2000	2500	Extraction	AppliSAMU	SAMU
Proportion des urgences néonatales régulées par le SAMU	878/8 902	2023	AppliSAMU	Annuelle	893	970	1200	1500	1800	2100	2600	Extraction	AppliSAMU	SAMU
Mise en place d'un centre national de PMA	0				0	0	1	1	1	1	1	Supervision	Rapport de supervision DSME	DSME
Mise en place de 6 unités régionales de PMA	0				0	0	1	2	4	5	6	Supervision	Rapport de supervision DSME	DSME
Pourcentage de structures disposant d'infrastructures de laboratoires adéquates et adaptées	ND	2024	Rapport de supervision Cartographie de la Direction des laboratoires	Annuelle	ND	10%	30 %	50 %	70 %	80 %	90%	Supervision	Rapport de supervision Direction des laboratoires	Direction des Laboratoires

RI 2: La disponibilité des ressources humaines en qualité et en quantité suffisante et assurer leur fidélisation pour la SRMNIA-N est renforcée														
Pourcentage de structures disposant d'un personnel de laboratoire de qualité dédié disponible	ND	2024	Rapport de supervision Cartographie des laboratoires de la Direction des laboratoires	Annuelle	ND	10%	30 %	50 %	70 %	80 %	90%	Supervision	Rapport de supervision Direction des laboratoires	Direction des Laboratoires
Nombre de Sage-femmes d'Etat	685	2022	Annuaire statistique DRH	Annuelle	1000	1500	3000	3500	4000	4300	4 773	Données de routine	Rapport DRH	DRH
Nombre de Gynécologues/Obstétriciens	156	2022	Annuaire statistique DRH	Annuelle	165	175	185	195	205	215	225	Données de routine	Rapport DRH	DRH
Nombre de pédiatres	131	2022	Annuaire statistique DRH	Annuelle	140	150	160	170	180	191	203	Données de routine	Rapport DRH	DRH
Nombre de médecins anesthésistes	94	2022	Annuaire statistique DRH	Annuelle	105	120	130	140	150	160	172	Données de routine	Rapport DRH	DRH
Nombre de TS anesthésistes	157	2022	Annuaire statistique DRH	Annuelle	200	250	300	350	402	493	584	Données de routine	Rapport DRH	DRH
Nombre de TS biologistes	413	2022	Annuaire statistique DRH	Annuelle	450	500	550	600	650	700	773	Données de routine	Rapport DRH	DRH
Ratio en Bajenu gox	1/1974	2022	Rapport annuel DSME	Annuelle	1/1700	1/1600	1/1500	1/1400	1/1300	1/1200	1/1000	Données de routine	Rapport annuel DSME	DSME
Proportion de bajenu gox fonctionnelles	ND	2023	Rapport trimestriel DSME	Trimestrielle	91%	92%	93%	94%	95%	95%	95%	Données de routine	Rapport trimestriel DSME	DSME

R 3: La disponibilité et l'accessibilité des produits de santé et non santé pour le SRMNIA-N de qualité et à moindre coût jusqu'au dernier Km sont améliorées														
Pourcentage de produits de la gamme traceur SRSE/PF ayant été en rupture durant la période donnée dans les PPS supervisés	24%	2022	Rapport de supervision	Annuelle	22%	19%	16%	13%	10%	8%	5%	Supervision	Rapport de supervision	DSME
% de PPS supervisés ayant connu une rupture de produits SRSE/PF durant la période donnée	76%	2022	Rapport de supervision	Annuelle	60%	50%	40%	35%	20%	5%	0%	Supervision	Rapport supervision	DSME
Taux de rupture de la gamme PF au niveau PPS supervisés durant la période donnée	25%	2022	Rapport de supervision	Annuelle	23%	21%	18%	15%	10%	5%	0%	Supervision	Rapport supervision	DSME
Taux de satisfaction en SONU des besoins en produits sanguins labiles	ND	[redacted]			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Supervision	Rapport de supervision DSME	DSME
R 4 : La qualité des services au niveau des PPS est améliorée														
Proportion d'usagers qui ont déclaré être satisfaits des services SRMNIA-N reçus	ND	2023		Annuelle	20%	30%	40%	50%	60%	70%	75%	Enquête	ECPSS Enquêtes de satisfaction	DSME, DQSHH
Proportion de structures (EPS et CS) qui mettent œuvre la démarche qualité vers l'accréditation	0	2023	[redacted]	Annuelle	0	5%	10%	20%	30%	40%	50%	Supervision	Rapport d'activité DSME	DSME

Pourcentage de maternité (dans la salle d'accouchement et de travail) aménagé qui respectent la dignité, l'intimité et la confidentialité de la femme (parturiente)	ND	2023	Supervisions	Annuelle	5%	10%	15%	20%	30%	40%	50%	Supervision	Rapports d'activités	DSME
Pourcentage de femmes qui sont informées de la possibilité de choisir leur accompagnateur pendant le travail et l'accouchement (prestataire de santé, épouse, mère…etc.)	ND	2023	ECPSS, Enquêtes de satisfaction	Annuelle	5%	10%	15%	20%	30%	40%	50%	Enquête	ECPSS, Enquêtes de satisfaction	DSME
Taux de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus	14,50 %	2024	Registres de consultation/DHIS2/ Poste de santé, centre de santé, EPS	Semestrielle	14,50%	20	25 %	30 %	35 %	40 %	50 %	Routine		DLMNT
Proportion de femmes agées de 25 à 74 ans ayant bénéficié d'une détection précoce du cancer du sein	20%	2024	Registres de consultation/DHIS2/ Poste de santé, centre de santé, EPS	semestrielle	20%	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %	Routine	Registres de consultation/ DHIS2/ Poste de santé, centre de santé, EPS	DLMNT
Taux de dépistage de l'HTA chez les femmes	20%	2024	Registres de consultation/DHIS2/ Poste de santé, Enquête STEPS, centre de santé, EPS	semestrielle	20%	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %	Routine	Registres de consultation/ DHIS2/ Poste de santé, centre de santé, EPS	DLMNT

Taux de dépistage du diabète chez les femmes	ND	2024	Registres de consultation/ DHIS2/ Poste de santé, centre de santé, EPS	semestrielle	10%	15%	20%	25%	30%	35 %	40 %	Routine	Registres de consultation/ DHIS2/ Poste de santé, centre de santé, EPS	DLMNT
R 5 : La surveillance prénatale par la mise en œuvre du paquet de prestations de la CPN défini par les politiques, normes et protocoles est améliorée de façon qualitative et quantitative														
Proportion de femmes enceintes couvertes par la SEN-CSU	52% (sur les 6 régions ISMEA)	2024		Trimestrielle	-	75%	85%	95%	95%	95%	95%	Données de routine	Rapport de suivi ; Outils de gestion des prestations ; Plateformes dédiées ; Registre des bénéficiaires	SEN-CSU
Taux de couverture en CPN1	57%	2021	DHIS2	Mensuelle	60%	61%	63%	64%	65%	66%	67%	Données de routine	DHIS2	DSME
Taux d'achèvement CPN	64%	2021	DHIS2	Mensuelle	65%	67%	69%	71%	73%	75%	80%	Données de routine	DHIS2	DSME
Taux de couverture adéquate CPN	40%	2021	DHIS2	Mensuelle	44%	46%	47%	48%	50%	52 %	55 %	Données de routine	DHIS2	DSME
Taux de couverture en VAT	67%	2021	DHIS2	Mensuelle	68%	69%	71%	73%	75%	77 %	79%	Données de routine	DHIS2	DSME
Taux de couverture en TPI 3	65%	2021	DHIS2	Mensuelle	67%	69 %	71%	73%	75%	77%	79%	Données de routine	DHIS2	DSME

Pourcentage de femmes enceintes ayant reçues la proposition de test de dépistage VIH	91%	2022	Rapport CNLS	annuelle	92,3%	93,0%	93,7%	94,3%	95 %	95,5 %	96 %	Données de routine	Rapport annuel CNLS	DSME
Pourcentage de femmes enceintes ayant effectués le test de dépistage VIH et qui ont reçu le résultat	85,3%	2022	Rapport CNLS	annuelle	86,6%	87,4%	88,3%	89,1%	90%	90,5%	91%	Données de routine	Rapport annuel CNLS	DSME
Pourcentage de Femmes enceintes séropositives sous ARV	70%	2022	Rapport CNLS	annuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine	Rapport annuel CNLS	DSME
Pourcentage de femmes enceintes testées à la syphilis	85%	2021	DHIS2	annuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage de femmes enceintes testées positives à la syphilis et traitées	66%	2021	DHIS2	annuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine	DHIS2	DSME
R 6 : La prise en charge des avortements est améliorée														
Taux d'avortements constatés au niveau des structures de santé	6%	2021	DHIS2	Mensuelle	5,50%	5,00%	4,50%	4,00%	3,50%	3 %	2,5%	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage d'avortements du premier trimestre pris en charge par AMIU	40%	2021	DHIS2	Mensuelle	49%	51%	54%	57%	60%	61 %	62 %	Données de routine	DHIS2	DSME

Pourcentage d'avortements du premier trimestre pris en charge par misoprostol	51%	2021	DHIS2	Mensuelle	42%	40%	37%	34%	31%	30%	29%	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage de femmes sous méthode contraceptive après avortement	44%	2021	DHIS2	Mensuelle	53%	56%	59%	62%	65%	65,5 %	66 %	Données de routine	DHIS2	DSME
R 7 : L'assistance aux accouchements est améliorée de façon quantitative et qualitative														
Taux d'accouchements effectués dans les structures sanitaires (EPS, CS et PS)	92%	2023	EDS	2 ans	92,5%	93 %	93,5%	94 %	94,5%	95%	95,5%	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un prestataire de santé qualifié	94%	2023	EDS	2 ans	94,55%	95%	95,5%	96%	96,5%	97	97,5	EDS	EDS	DSME
Pourcentage d'accouchement à domicile vus enregistrés dans les structures sanitaires	4%	2021	DHIS2	Mensuelle	3,5%	3,5%	3 %	2,9%	2,5%	2,4 %	2,3 %	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage de césarienne	6%	2021	DHIS2	Mensuelle	6,9%	7,1%	7,3%	7,5%	7,7%	7,9 %	8 %	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage de décès maternels audités	68%	2021	DHIS2	Mensuelle	70,7%	77,3%	85,9%	90,4%	94 %	97 %	100,0%	Données de routine	DHIS2	DSME
R 8 : Le suivi post natal (CPoN) est amélioré de façon quantitative et qualitative														
Taux de couverture en CPoN	44%	2021	DHIS2	Mensuelle	45%	48%	53%	59%	64 %	67 %	70 %	Données de routine	DHIS2	DSME

Taux de couverture en CPoN 1 (J1-J3)	90%	2021	DHIS2	Mensuelle	91%	92%	92,5%	93%	93,5 %	94 %	95%	Données de routine	DHIS2	DSME
R 9 : L'accès aux méthodes modernes de PF est amélioré														
Taux Prévalence contraceptive (Pourcentage des Femmes âgées de 15 à 49 ans en union utilisant actuellement une méthode contraceptive moderne)	25,6%	2023	EDS	2 ans	29,7%	33,8%	37,8%	41,9%	44 %	45 %	46,0%	Enquête	EDS	DSME
Taux Prévalence contraceptive (Pourcentage des Femmes âgées de 15 à 19 ans en union utilisant actuellement une méthode contraceptive moderne)	9,0%	2023	EDS	2 ans	10,4%	11,9%	13,3%	14,7%	15 %	15,5 %	16,2 %	Enquête	EDS	DSME
Taux Prévalence contraceptive (Pourcentage des Femmes âgées de 20 à 24 ans en union utilisant actuellement une méthode contraceptive moderne)	20,9%	2023	EDS	2 ans	24,2%	27,6%	30,9%	34,2%	35,5	36,5%	37,6%	Enquête	EDS	DSME
Nombre d'actives PF chez toutes les femmes	680 126	2021	DHIS2	Mensuelle	1043495	1406864	1 770 234	2 133 603	2 496 972	2 860 341	3 223 711	Données de routine	DHIS2	DSME

Besoins non satisfaits (BNS) chez les FAR en union	19%	2023	EDS	2 ans	18,1%	16,1%	14,0%	12,0%	11 %	10%	9,0%	Enquête	EDS	DSME
% des besoins non satisfaits pour les adolescentes mariées 15-19 ans en union	19,7%	2023	EDS	2 ans	19 %	18%	17,5%	17%	16,5 %	16 %	15,0%	Enquête	EDS	DSME
% des besoins non satisfaits pour les adolescentes mariées 20-24 ans en union	20,3%	2023	EDS	Annuelle	19,2%	18,2%	16,1%	14,1%	12,0%	10,5 %	10 %	Enquête	EDS	DSME
Taux de recrutement PF	7,0%	2021	DHIS2	Mensuelle	8 %	9 %	9,5 %	10 %	10,5 %	11 %	11,2 %	Données de routine	DHIS2	DSME
Montant du budget de l'Etat alloué à l'achat de produits contraceptifs	500 000 000	2022	Compte de la santé	Annuelle	700 000 000	750 000 000	800 000 000	850 000 000	900 000 000	950 000 000	1 000 000 000	Revue documentaire	Rapport Compte de la santé	DSME
R 10 : La prise en charge des urgences obstétricales et néonatales est améliorée														
Pourcentage Nouveau-nés de faible poids de naissance PEC par les soins maternels kangourou.	79%	2021	DHIS2	Mensuelle	85,9%	88,1%	90,4%	92,7%	94 %	94,5 %	95,0%	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage de nouveau-né réanimés	90%	2021	DHIS2	Mensuelle	91,5 %	93%	94,3%	95,7%	97,1%	98,5%	100,0%	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage de nouveau-né présentant un risque infectieux bénéficiant d'une antibiothérapie adaptée	90,7%	2021	DHIS2	Mensuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine	DHIS2	DSME

au niveau des structures de santé (postes et CS)														
Pourcentage de nouveau-né présentant une infection néonatale bénéficiant d'une antibiothérapie adaptée au niveau des SONUC	89,7%	2021	DHIS2	Mensuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage de complications obstétricales prises en charge	24%	2021	DHIS2	Mensuelle	35,6%	45,4%	60,3%	70,1%	85 %	95 %	100,0%	Données de routine	DHIS2	DSME
% de structures SONUC qui ont un taux de létalité obstétricale inférieure à 1%	ND	[redacted]		Semestrielle	90,0%	90,0%	90,0%	90,0%	90,0%	90,0%	90,0%	Supervision	Rapport de supervision	DSME
Taux de satisfaction en SONU des besoins en produits sanguins labiles	ND				100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Supervision	Rapport de supervision DSME	DSME
R 11 : la prise en charge holistique des fistules obstétricales est améliorée														
% de femmes présentant actuellement des symptômes de fistules obstétricales	0,3%	2023	EDS	2 ans	<0,3%	< 0,27%	< 0,25%	< 0,2%	< 0,15%	< 0,1%	0%	Enquête	EDS	DSME
Pourcentage de cas de fistules obstétricales traités	8%	2021	DHIS2	Annuelle	10%	15%	20%	22%	23%	24 %	25%	Données de routine	DHIS2	DSME

R 12 : La prise en charge du nouveau-né est améliorée														
Pourcentage Nouveau-nés vivants de faible poids de naissance	12%	2021	DHIS2	Mensuelle	11 %	10 %	9%	8%	7%	6%	5%	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage Nouveau-nés vivants de très faible poids de naissance	1%	2021	DHIS2	Mensuelle	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	Données de routine	DHIS2	DSME
Proportion de nouveau-nés mis au sein précocement	38,10 %	2023	EDS	2 ans	46,4%	57,7%	60%	65%	70%	75 %	80,0%	Enquête	EDS	DSME
Pourcentage de Nouveau-nés ayant bénéficié du paquet de soins immédiats à la naissance	89%	2021	DHIS2	Mensuelle	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage de décès néonatals audités	25%	2021	DHIS2	Mensuelle	30%	35 %	40%	43%	45 %	47 %	50%	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage de mortinaissance audité	ND			Mensuelle	21,42%	28,56%	35,70%	42,8%	45 %	47 %	50%	Données de routine	DHIS2	DSME
R 13 : La prévention et de la prise en charge de la malnutrition est améliorée														
Nombre d'enfant bénéficiant de la PECMA au niveau communautaire	1.076.636	2024	Système d'information du CNDN	Semestrielle	1.076.636	1.076.636	1.109.146	1.142.907	1.177.922	1.214.187	1.720.778	Données de routine	Système d'information du CNDN	CNDN
Taux de MAS traité avec Succès au CREN	45%	2021	DHIS2	Mensuelle	>50%	>55%	>60%	>65%	>70%	>75%	>75%	Données de routine	DHIS2	DSME

Taux de guérison des enfants 6-59 mois MAS à l'UREN	80,0%	2021	DHIS2	Mensuelle	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	Données de routine	DHIS2	DSME
Taux d'abandon des enfants -5ans au CREN	2,0%	2021	DHIS2	Mensuelle	<15%	<15%	<15%	<15%	<15%	<15%	<15%	Données de routine	DHIS2	DSME
Taux d'abandon des enfants 6-59 mois MAS à l'UREN	18%	2021	DHIS2	Mensuelle	<15%	<15%	<15%	<15%	<15%	<15%	<15%	Données de routine	DHIS2	DSME
Taux de létalité des enfants 6-59 mois MAS à l'UREN	<1%	2021	DHIS2	Mensuelle	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	Données de routine	DHIS2	DSME
Taux de létalité des enfants de moins de 5 ans MAS au CREN	7%	2021	DHIS2	Mensuelle	<10%	<10%	<10%	<10%	<10%	<10%	<10%	Données de routine	DHIS2	DSME
Prévalence d'enfants de moins de 5 ans souffrant de MAM	9,1%	2023	EDS	2 ans	8,2%	7,2%	6,3%	6 %	5,5 %	5 %	4,4%	Enquête	EDS	DSME
Prévalence d'enfants de moins de 5 ans souffrant de MAS	1,1%	2023	EDS	2 ans	1,0%	0,95 %	0,9%	0,8%	0,7%	0,6%	0,5%	Enquête	EDS	DSME
Prévalence d'enfants de moins de 5 ans souffrant de MAG	10,2%	2023	EDS	2 ans	9,1%	8,1%	7,0%	6,0%	5,7%	5,3%	4,9%	Enquête	EDS	DSME
Pourcentage de femmes enceintes présentant une malnutrition aigue	5%	2021	DHIS2	semestrielle	4,5%	4 %	3,7%	3,2%	2,8%	2,4%	1,9%	Données de routine	DHIS2	DSME

Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance T(A)	17,5%	2023	EDS	2 ans	16%	14%	13%	11%	9%	8,5%	8%	Enquête	EDS	CNDN
R 14 : L'Alimentation maternelle et celle du Nourrisson et du Jeune Enfant (AM/ANJE) est renforcée														
Proportion de nouveau-nés mis au sein précocement	38,1%	2023	EDS	2 ans	40%	45%	50%	60%	70%	75%	80,0%	Enquête	EDS	DSME
Pourcentage d'enfant 0-5 mois exclusivement allaité au sein	34,4%	2023	EDS	2 ans	36 %	37 %	39 %	43%	45%	47%	50%	Enquête	EDS	DSME
Pourcentage d'enfants 6-23 mois ayant reçu au moins 5 des 8 groupes d'aliment	26,5%	2023	EDS	2 ans	27,5%	28,5%	29%	29,5%	30 %	30,5 %	31,0%	Enquête	EDS	DSME
Pourcentage d'enfants de 6-23 mois allaités ayant reçu les 4 groupes d'aliments ou plus selon la fréquence minimale des repas	10%	2019	EDS	2 ans	10,5%	11%	12%	13%	14%	14,5%	15,0%	Enquête	EDS	DSME
Pourcentage d'enfant 6-59 mois atteint d'anémie	70,9%	2017	EDS	2 ans	65%	60%	55%	50%	45,7%	42,9%	39,9%	Enquête	EDS	DSME
Pourcentage de femmes 15-49 ans atteint d'anémie	54,1%	2017	EDS	2 ans	51%	49%	47%	44 %	42,6%	41,3%	40,0%	Enquête	EDS	DSME
Prévalence de l'anémie chez les adolescentes 15 19 ans	57,2%	2017	EDS	5 ans	55%	50%	46%	44%	43,2%	41,6%	40%	Enquête	EDS	DSME

R 15 : La PEC des enfants de moins de 5 ans selon l'approche PCIME est améliorée														
Proportion d'enfants de moins de 5ans couverts par la SEN-CSU	56%% sur les 6 régions ISMEA)	2024	Rapport de supervision	semestriel le	21,4 %	75%	85%	95%	95%	95%	95%	Donnée de routine	Rapport de supervision	SEN-CSU
Taux d'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5ans	ND	2024	Rapport de supervision	semestriel le	-	95%	95%	95%	95%	95%	95%	Donnée de routine	Rapport de supervision	SEN-CSU
Proportion de structures de santé appliquant la PCIME clinique	ND	2023	Rapport de supervision	Annuelle	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Supervision	Rapport de supervision	DSME
Proportion de structure communautaire appliquant la PCIME communautaire	ND	2023	Rapport de la réunion mensuelle autour du poste	semestriel le	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Supervision	Rapport de supervision	DSME
Pourcentage d'enfants présentant des symptômes d'IRA pour lesquels on a recherché des conseils ou traitements	59,4%	2023	EDS	2 ans	61 %	62 %	63,5%	67,6%	71,8%	75,9%	80%	Enquête	EDS	DSME
Pourcentage d'enfants ayant eu la diarrhée pour lesquels on a recherché des conseils ou traitement	43,8%	2023	EDS	2 ans	45%	48%	51,0%	58,3%	65,5%	72,8%	80%	Enquête	EDS	DSME
Pourcentage d'enfants ayant eu la diarrhée à qui on a donné la SRO-Zinc	17,4%	2023	EDS	2 ans	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	Enquête	EDS	DSME

Proportion de cas de diarrhée chez les enfants 0-59 mois traités par SRO/ZINC	94%	2021	DHIS2	Mensuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage d'enfants de 0 -59 mois présentant 1 pneumonie et traitée avec un antibiotique approprié (Amoxicilline)	95%	2021	DHIS2	Mensuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage d'enfants de 6 -11 mois supplémentés en vitamine A en routine	100%	2021	DHIS2	Mensuelle	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage d'enfants de 12 -59 mois supplémentés en vitamine A en routine	50%	2021	DHIS2	Mensuelle	55%	60%	65%	70%	75%	80%	80%	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage d'enfants de 6 -59 mois supplémentés en vitamine A en routine	57%	2021	DHIS2	Mensuelle	60%	63%	67%	70%	75%	80%	80%	Données de routine	DHIS2	DSME
Pourcentage d'enfants de 12- 59 mois déparasités en routine	44,1%	2021	DHIS2	Mensuelle	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	Données de routine	DHIS2	DSME
Proportion d'enfants de 0- 59 mois chez qui tous les signes généraux de danger sont recherchés	84%	2021	DHIS2	Mensuelle	89%	92 %	96%	100%	100%	100%	100%	Données de routine	DHIS2	DSME

Proportion d'enfants de 0 -59 mois présentant une anémie, traitée avec du Fer et déparasités	78%	2021	DHIS2	Mensuelle	80%	81%	83,1%	84,8%	86,5%	88,2%	90%	Données de routine	DHIS2	DSME
R 16 : La couverture du paquet de soins essentiels intégrés à la vaccination est améliorée														
Taux de couverture des enfants de 12-23 mois complétement vaccinés	47%	2023	EDS	2 ans	50%	55%	60%	70%	80%	85%	90%	Enquête	EDS	DP
Proportion d'enfant totalement protégés (Dans cet indicateur en plus de la vaccination intégré l'AME, la vitamine A, le déparasitage et la déclaration à l'état civil)	ND	2023	EDS	Annuelle	25%	30%	35%	40%	45%	47%	50%	Enquête	EDS	DSME
R 17 : La promotion de l'équité et de l'égalité genre pour le bien-être/des femmes en âge de reproduction et des enfants est améliorée														
Proportion de femmes âgées de 20-24 qui se sont mariées avant l'âge de 18 ans	30,2%	2023	EDS	2 ans	29%	28,5%	28 %	26%	24,0%	22,0%	19%	Enquête	EDS	DPRS/ Cellule genre
R 18 : Le système de planification, de suivi et d'évaluation de la SRMNIA-N et des capacités organisationnelles de la DSME est renforcé														
Taux de complétude du formulaire PF dans le DHIS2	97,7%	2021	DHIS2	mensuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine	DHIS2	DSME

Taux de complétude du formulaire Sante Mère-Nouveau-né dans le DHIS2	97,9%	2021	DHIS2	mensuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine	DHIS2	DSME
Taux de complétude du formulaire Santé Enfant dans le DHIS2	96,5%	2021	DHIS2	mensuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine	DHIS2	DSME
Taux de complétude du formulaire CREN dans le DHIS2	91,3%	2021	DHIS2	mensuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine	DHIS2	DSME
Taux de complétude du formulaire UREN dans le DHIS2	94,3%	2021	DHIS2	mensuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine	DHIS2	DSME
Taux de complétude du formulaire UREN-C dans le DHIS2	87,1%	2021	DHIS2	mensuelle	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine	DHIS2	DSME
Nombre de productions scientifiques réalisées dans le domaine de la SRMNIA-N par ou avec la DSME	ND	2022	Rapport annuel DSME	annuelle	7	8	9	10	12	14	16	Revue documentaire	Rapport annuel DSME	DSME
Disponibilité du rapport d'évaluation à mi-parcours du plan SRMNIA-N 2024-2028	NA			2026	0	0	1	0	0	0	0	Enquête	Rapport d'évaluation à mi-parcours	DSME
Disponibilité du rapport d'évaluation final du plan SRMNIA-N 2024-2030	NA			5 ans	0	0	0	0	1	1	1	Enquête	Rapport d'évaluation finale	DSME

Proportion de réunions semestrielles du CPC SRMNIA-N	NA		semestriel le	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	routine	Rapport d'activé DSME	DSME

CHAPITRES VI :

CADRE BUDGETAIRE

CADRE BUDGETAIRE

L'estimation budgétaire s'est axée sur les résultats attendus et en se basant sur le modèle des modèles unitaires. Ainsi, les ressources financières nécessaires pour atteindre les résultats du PSI SRMNIA-N 2024-2030 sont estimées à **675 673 503 937 FCFA.** Le tableau ci-dessous présente la répartition du budget par axe stratégique. Les détails du budget sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau VII : Répartition du budget par axe stratégique et par année

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total	%
Axe stratégique 1 : Amélioration de la gouvernance, de la coordination, de la collaboration et du partenariat à tous les niveaux	8 904 761 671	8 351 354 275	15 626 988 479	23 176 666 855	23 887 244 850	18 246 481 517	16 347 138 184	114 540 635 831	17,0%
Axe Stratégique 2 : Amélioration de l'équité, de la qualité de l'offre de services et de soins pour une CSU réussie (infrastructures, équipements, Ressources Humaines, disponibilité des médicaments et produits SRMNIA-N)	18 686 574 914	104 231 753 347	23 433 507 169	30 312 247 172	33 816 001 727	18 646 756 464	9 709 470 760	238 836 311 553	35,3%
Axe Stratégique 3 : Renforcement de la Promotion et de la prévention pour une utilisation précoce et accrue des services de santé et d'une prise en charge de qualité	21 664 666 000	20 110 701 000	37 243 008 756	41 612 168 756	41 510 068 756	44 517 484 756	42 959 424 756	249 617 522 781	36,9%
Axe Stratégique 4 : Renforcement de la santé des adolescent-e-s et jeunes	3 821 337 332	4 814 008 267	3 383 574 917	4 200 776 617	3 442 277 453	4 071 502 093	3 301 252 093	27 034 728 772	4,0%
Axe Stratégique 5 : Renforcement de la prévention, la préparation, la détection, la riposte et le relèvement post-crise pour une sécurité sanitaire durable et résiliente selon l'approche « One Health ».	-	-	9 128 861 000	9 128 861 000	9 128 861 000	9 128 861 000	9 128 861 000	45 644 305 000	6,8%
Total	53 077 339 917	137 507 816 889	88 815 940 322	108 430 720 400	111 784 453 786	94 611 085 830	81 446 146 793	675 673 503 937	100,0%

La répartition du budget par année est présentée dans la figure suivante.

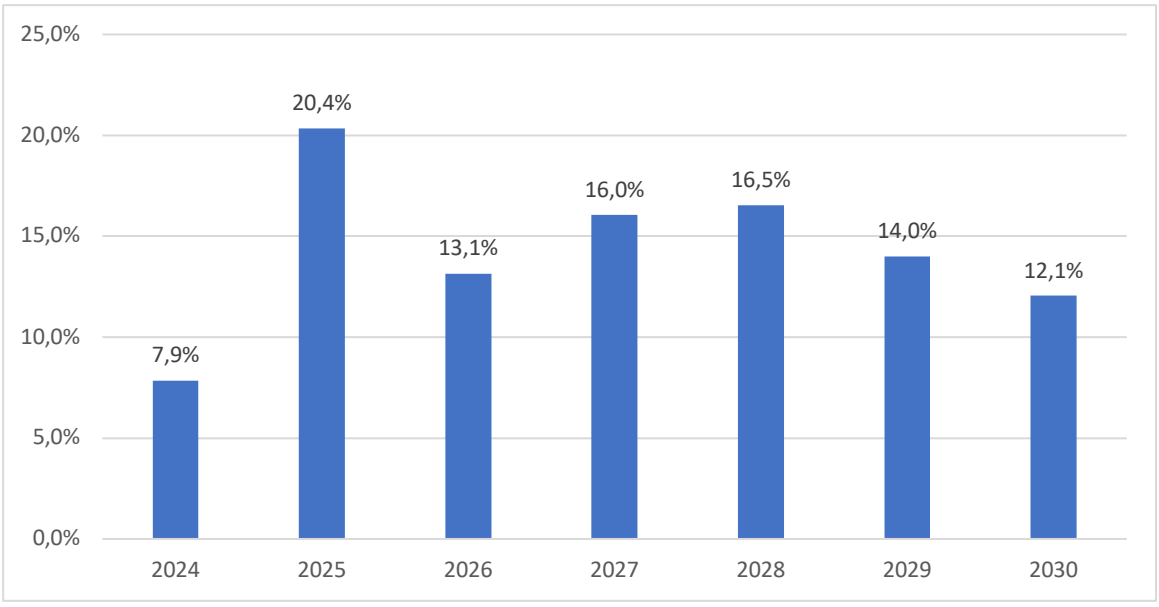


Figure 61 : Répartition du budget par année

La répartition du budget par axe stratégiques est représentée dans la figure ci-après

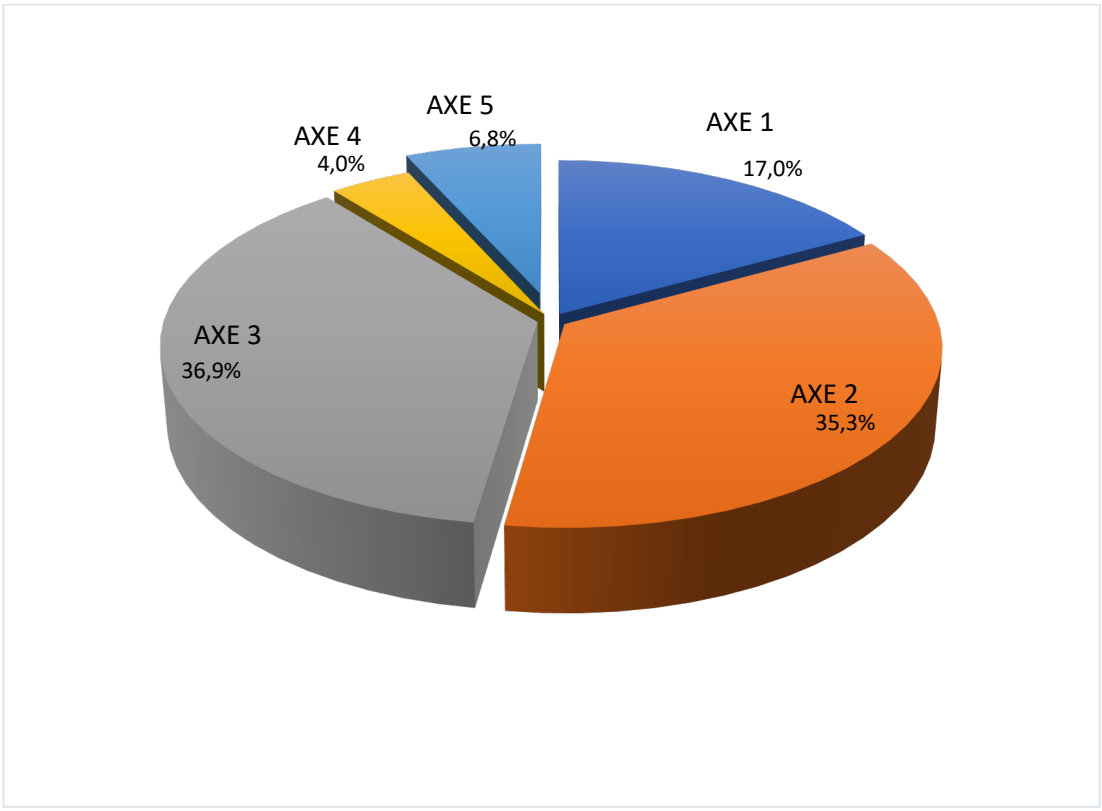


Figure 63 : Répartition du budget par axe stratégique

Le tableau suivant présente la répartition du budget par interventions et par ligne d'action.

ANNEXES

ANNEXES

Annexe 1 : Cadre de mesure de performance pour la sécurité sanitaire

COMPOSANTE	DOMAINE	INDICATEUR PAR DOMAINE	Baseline 2023	cible 2026	cible 2027	cible 2028	cible 2029	cible 2030
PREVENIR	P.1. Instruments juridiques	P.1.1 Instruments juridiques	1	2	3	4	4	4
		P.1.2 Équité et égalité entre les genres en contexte d'urgence sanitaire	1	2	3	4	4	4
	P.2. Financement	P.2.1 Ressources financières pour l'application du RSI	2	3	4	4	4	4
		P.2.2 Ressources financières pour les interventions d'urgence de santé publique	2	3	4	4	4	4

COMPOSANTE	DOMAINE	INDICATEUR PAR DOMAINE	Baseline 2023	cible 2026	cible 2027	cible 2028	cible 2029	cible 2030
	P.3. Coordination du RSI, fonctions du point focal national et plaidoyer	P.3.1 Fonctions du point focal national RSI	3	4	4	4	4	
		P3.2. Mécanismes de coordination multisectorielle	3	4	4	4		4
		P.3.3 Planification stratégique concernant le RSI, la préparation ou la sécurité sanitaire	4	4	4	4	4	4
	P.4. Résistance aux antimicrobiens	P.4.1 Coordination multisectorielle en matière de lutte contre la résistance aux antimicrobiens	3	4	4	4	4	3
		P4.2. Surveillance de la résistance aux antimicrobiens	2	3	4	4	4	4

COMPOSANTE	DOMAINE	INDICATEUR PAR DOMAINE	Baseline 2023	cible 2026	cible 2027	cible 2028	cible 2029	cible 2030
		P.4.3 Prévention des organismes multirésistants	1	2	3	4	4	4
		P.4.4 Optimisation de l'utilisation des agents antimicrobiens dans le domaine de la santé humaine	2	3	4	4	4	4
		P.4.5 Optimisation de l'utilisation des agents antimicrobiens dans les domaines de la santé animale et de l'agriculture	1	2	3	4	4	4
	P.5. Zoonoses	P.5.1 Surveillance des zoonoses	2	3	4	4	4	4
		P.5.2 Riposte aux zoonoses	1	2	3	4	4	4
		P.5.3 Pratiques sanitaires d'élevage d'animaux	2	3	4	4	4	4

COMPOSANTE	DOMAINE	INDICATEUR PAR DOMAINE	Baseline 2023	cible 2026	cible 2027	cible 2028	cible 2029	cible 2030
	P.6. Sécurité sanitaire alimentaire	P.6.1 Surveillance des maladies d'origine alimentaire et de la contamination des aliments	1	2	3	4	4	4
		P.6.2. Riposte et gestion des urgences en matière de sécurité alimentaire	2	3	4	4	4	4
	P.7. Sécurité et sûreté biologiques	P.7.1 Existence d'un système pangouvernemental de sécurité et de sûreté biologiques pour les secteurs de la santé humaine et animale et de l'agriculture	2	3	4	4	4	4
		P.7.2 Formation et pratiques en matière de sécurité et de sûreté biologiques dans tous les domaines concernés (notamment les secteurs de la santé humaine et animale et de l'agriculture)	2	3	4	4	4	4
	P.8 Vaccination	P.8.1. Couverture vaccinale (rougeole) dans le cadre du programme national	3	4	4	4	4	
		P.8.2. Accès et distribution des vaccins à l'échelle nationale	4	4	4	4	4	4

COMPOSANTE	DOMAINE	INDICATEUR PAR DOMAINE	Baseline 2023	cible 2026	cible 2027	cible 2028	cible 2029	cible 2030
		P.8.3. Vaccination de masse contre les épidémies de la Rougeole	1	2	3	4	4	4
	D.1. Système national de laboratoires	D.1.1 Système de transfert et de transport d'échantillons	2	3	4	4	4	4
		D.1.2 Système de qualité des laboratoires	3	4	4	4	4	4

COMPOSANTE	DOMAINE	INDICATEUR PAR DOMAINE	Baseline 2023	cible 2026	cible 2027	cible 2028	cible 2029	cible 2030
		D.1.3 Modalités des capacités d'analyses de laboratoire	4	4	4	4	4	4
		D.1.4 Réseau national de diagnostic efficace	3	4	4	4	4	4
	D.2. Surveillance	D.2.1 Fonction de surveillance et d'alerte précoce	3	4	4	4	4	4
		D.2.2 Vérification et investigation des événements	3	4	4	4	4	4
Détecter		D.2.3 Analyse et partage des informations	3	4	4	4	4	4
	D.3. Ressources humaines (secteurs	D.3.1. Stratégie de mise en place d'un personnel multisectoriel	2	3	4	4	4	4

COMPOSANTE	DOMAINE	INDICATEUR PAR DOMAINE	Baseline 2023	cible 2026	cible 2027	cible 2028	cible 2029	cible 2030
	de la santé animale et humaine)	D.3.2 Ressources humaines pour la mise en œuvre du RSI	3	4	4	4	4	4
		D.3.3. Formation du personnel	3	4	4	4	4	4
		D.3.4. Renfort du personnel en cas d'urgence de santé publique	1	2	3	4	4	4
		R.1.1. Évaluation des situations d'urgence possibles et préparation	1	2	3	4	4	4

COMPOSANTE	DOMAINE	INDICATEUR PAR DOMAINE	Baseline 2023	cible 2026	cible 2027	cible 2028	cible 2029	cible 2030
	R.1. Gestion des urgences sanitaires							

COMPOSANTE	DOMAINE	INDICATEUR PAR DOMAINE	Baseline 2023	cible 2026	cible 2027	cible 2028	cible 2029	cible 2030
Riposter								
		R.1.2. Centre d'opérations d'urgence de santé publique	3	4	4	4	4	4
		R.1.3. Gestion des interventions d'urgence sanitaire	4	4	4	4	4	4
		R.1.4. Activation et coordination du personnel et des équipes de santé en cas d'urgence de santé publique	2	3	4	4	4	4

COMPOSANTE	DOMAINE	INDICATEUR PAR DOMAINE	Baseline 2023	cible 2026	cible 2027	cible 2028	cible 2029	cible 2030
		R.1.5. Logistique et gestion de la chaîne d'approvisionnement en situation d'urgence	2	3	4	4	4	4
		R.1.6. Recherche, développement et innovation	3	4	4	4	4	4
	R.2. Lien entre les autorités de santé publique et les autorités de sécurité nationale	R.2.1. Les autorités de santé publique et les autorités de sécurité nationale (telles que les forces de l'ordre, les services de contrôle aux frontières et l'administration douanière) sont mobilisées en cas d'événement biologique suspecté ou confirmé	2	3	4	4	4	4
	R.3. Prestation de services de santé	R.3.1. Prise en charge des cas	4	4	4	4	4	4
		R.3.2. Utilisation des services de santé	2	3	4	4	4	4

COMPOSANTE	DOMAINE	INDICATEUR PAR DOMAINE	Baseline 2023	cible 2026	cible 2027	cible 2028	cible 2029	cible 2030
		R.3.3. Continuité des services de santé essentiels	2	3	4	4	4	4
	R.4. Prévention et contrôle des infections	R.4.1. Programmes de prévention et de contrôle des infections	2	3	4	4	4	4
		R.4.2. Surveillance des infections nosocomiales	1	2	3	4	4	4
		R.4.3. Environnement sûr au sein des établissements de santé	1	2	3	4	4	4
	R.5. Communication sur les risques et	R.5.1. Système de communication sur les risques et de collaboration avec les communautés en cas d'urgence	3	4	4	4	4	4

COMPOSANTE	DOMAINE	INDICATEUR PAR DOMAINE	Baseline 2023	cible 2026	cible 2027	cible 2028	cible 2029	cible 2030
	collaboration avec les communautés	R.5.2. Communication sur les risques	2	3	4	4	4	4
		R.5.3. Collaboration avec les communautés	2	3	4	4	4	4
AUTRES DANGERS RELEVANT DU RSI ET POINTS D'ENTRÉE	PoEs. Points d'entrée et santé aux frontières	PoE.1. Principales capacités requises en permanence aux points d'entrée (aéroports, ports et postes-frontières)	2	3	4	4	4	4
		PoE.2. Actions de santé publique aux points d'entrée	2	3	4	4	4	4

COMPOSANTE	DOMAINE	INDICATEUR PAR DOMAINE	Baseline 2023	cible 2026	cible 2027	cible 2028	cible 2029	cible 2030
		PoE.3. Gestion des transports internationaux selon une approche fondée sur les risques	3	4	4	4	4	4
	C.E. Événements d'origine chimique	C.E.1. Existence de mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte aux événements ou aux urgences d'origine chimique	1	2	3	4	4	4
		C.E.2. Environnement favorable à la gestion des événements d'origine chimique	2	3	4	4	4	4
	R.E. Situations d'urgence radiologique	R.E.1. Existence de mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte aux situations d'urgence radiologique et nucléaire	1	2	3	4	4	4

COMPOSANTE	DOMAINE	INDICATEUR PAR DOMAINE	Baseline 2023	cible 2026	cible 2027	cible 2028	cible 2029	cible 2030
		R.E.2. Environnement favorable à la gestion des situations d'urgence radiologique ou nucléaire	2	3	4	4	4	4