REPUB LIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un but – Une foi

Ministère de la Santé et de la Prévention

Plan National Stratégique pour **La Survie De L'enfant**

2007 - 2015

Juillet 2007

PRÉFACE

La baisse de la mortalité chez les moins de cinq ans, enregistrée à l'échelle mondiale au fil des ans, est attribuée pour l'essentiel à l'avènement du développement économique rapide dans certains pays. Comme beaucoup de pays en développement, le Sénégal s'est résolument engagé dans la lutte contre la pauvreté en mettant en place une politique nationale et des stratégies spécifiques de réduction de la pauvreté à travers son « Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté ».
Notre pays s'est doté de documents cadre assurant une cohérence totale entre les objectifs de réduction de la pauvreté et les Objectifs du Millénaire pour le Développement qu'il espère atteindre en 2015. Pour relever ce défi, le pays bénéficie de ressources additionnelles tirées de l'initiative PPTE, mise en place avec les pays développés. Parmi les secteurs principaux bénéficiaires des ressources PPTE il y a le secteur de la santé qui a en charge trois des objectifs à atteindre sur un total de huit et qui amplifie ses actions de lutte contre les maladies notamment celles qui frappent la mère, le nouveau-né et l'enfant de moins de 5 ans.

Au niveau continental, l'Union Africaine a élaboré une stratégie qui vise à promouvoir, dans des conditions optimales, la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, la survie, la croissance et le développement des enfants âgés de 0 à 5 ans, conformément aux OMD.
La majorité des décès d'enfants de moins de cinq ans est due à un petit nombre d'affections courantes, qu'il est possible de prévenir et de traiter : infections, malnutrition et affections néonatales se présentant isolément ou en combinaison.

La mise en œuvre de la stratégie de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant reste un mécanisme essentiel de prestation qu'il convient de bien articuler avec la « Feuille de Route » pour la lutte contre la mortalité Maternelle et néonatale. Cette synergie constitue le fondement du « Partenariat pour la Santé de la Mère du Nouveau-né et l'Enfant » qui prône le passage à l'échelle des paquets d'interventions à haut impact à travers des paquets de services essentiels, basés sur le cycle de vie et le continuum des soins. Il s'agit des soins à la femme enceinte, parturiente et au nouveau-né, de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, y compris la supplémentation en micronutriments et le déparasitage, de la prévention et le traitement du paludisme, de l'offre et la promotion des services de vaccination des mères et des enfants, de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, de la prise en charge médicale de l'enfant exposé ou infecté par le VIH et de la prise en charge des maladies courantes de l'enfant.

Le Gouvernement du Sénégal à travers le Ministère de la Santé et de la Prévention assurent le leadership dans les efforts visant à promouvoir une approche intégrée et centrée sur la planification des programmes et la prestation de services, pour passer à une plus grande échelle les interventions de santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant. Pour cela, il est nécessaire que le secteur de la santé mette en œuvre une gestion efficace des ressources, axée sur les résultats.

Afin d'assurer une couverture totale, le Sénégal a adopté une approche en plusieurs phases entre 2007 et 2015. Cette approche permet de rationaliser la mise en œuvre à court, moyen et long terme des paquets d'interventions porteuses. Il est aussi nécessaire de conjuguer les efforts afin d'arriver à fédérer les actions et renforcer l'engagement de l'ensemble des partenaires selon une approche multisectorielle.

L'élaboration de ce Plan National Stratégique pour la Survie de l'Enfant (PNSE) complète judicieusement la Feuille de Route pour lutter contre la Mortalité Maternelle et Néonatale. Elle intervient au moment où le secteur de la santé a décidé de prendre à bras le corps la problématique de la Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant.
C'est également dans ce contexte de défi à relever par tous les acteurs de la santé, que nous nous évertuerons à appliquer avec efficacité les réformes initiées par le Ministère de l'Economie et des Finances telles que l'institution de la budgétisation par objectifs à travers les cadres de dépenses à moyen terme (le CDMT et pour les secteurs CDSMT) et la déconcentration de la gestion du BCI.
Le succès de ces entreprises nécessite de la part des personnels de santé, compétence et dévouement. Chaque région médicale devrait être en mesure d'évaluer l'état de mise en œuvre pour chaque district. Nous savons pouvoir compter sur l'engagement de chacun et de tous.

Mme Safiatou Thiam
Ministre de la Santé et de la Prévention

SOMMAIRE

PRÉFACE . . . 3
LISTE DES TABLEAUX . . . 6
LISTE DES FIGURES . . . 7
LISTE DES ANNEXES . . . 8
LISTE DES ABRÉVIATIONS . . . 9
RESUME . . . 10

1. INTRODUCTION . . . 12
1.1 Contexte et justification. . . . 12
1.2. Profil géographique, démographique et socio-économique . . . 12
1.3. Organisation du système de santé . . . 13

2. ANALYSE DE LA SITUATION . . . 16
2.1 Données de morbidité et de mortalité mère, nouveau-né et enfant . . . 16
2.2 Couverture des interventions clés et cartographie . . . 22
4. Prévention du paludisme . . . 26
2.2 Financement des activités pour la Survie de la mère et de l'enfant . . . 28

3. ENVIRONNEMENT ET OPPORTUNITES POUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DES PROGRAMMES . . . 30
3.1 Cadres de politiques et paquets minima d'activités . . . 30
3.2 Goulots d'étranglement, Opportunités et mesures pour une couverture maximale . . . 32

4. CADRE STRATEGIQUE DE LA POLITIQUE DE SANTE DE L'ENFANT . . . 39
4.1 Vision, but et objectifs généraux . . . 39
4.2 Axes stratégiques, domaines prioritaires d'intervention et objectifs spécifiques . . . 39
4.3 Stratégies, paquets d'interventions et lignes d'action . . . 43

LIGNES D'ACTION . . . 49
S1. Révision des curricula et renforcement des compétences des prestataires de services . . . 49
S2. Mise en œuvre d'une politique cohérente de gestion des ressources humaines . . . 49
S3. Mise en place d'un système de développement de la qualité des services . . . 49
S4. Renforcement des capacités physiques, techniques et managériales du système de santé . . . 49
S5. Développement de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) . . . 50
S6. Renforcement des capacités de la communauté et des acteurs communautaires pour la mise en œuvre adéquate du paquet SMNI . . . 50
S7. Renforcement des mécanismes de collaboration intra et multisectorielle en faveur de la mère, du nouveau-né et de l'enfant . . . 51
S8. Développement des ressources financières et matérielles . . . 51

4.4 Modalités de mise en œuvre du plan stratégique. . . . 52
4.5 Financement et utilisation des ressources mobilisées . . . 56
4.6 Cadre de mise en œuvre . . . 60

ANNEXES . . . 63

BIBLIOGRAPHIE. . . . 89

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : CDSMT 2008 2010
Tableau II : Distribution de la Mortalité Néonatale par Région
Tableau III : Distribution des Principales causes de Morbidité des enfants de moins de 5 ans par Région
Tableau IV : Distribution des Mortalités infantile, juvénile et Infanto-juvénile par Région
Tableau V : Niveau des indicateurs paludisme selon l'EDS IV 2005 et l'ENSP 2006
Tableau VI : Cadres de référence
Tableau VII : PMA dans des catégories de prestations de service
Tableau VII : Soins prénatals
Tableau IX : Accouchements et soins immédiats
Tableau X : Soins post natals
Tableau XI : prévention des maladies de l'enfant
Tableau XII : Traitement des maladies de l'enfant
Tableau XIII : Plan d'intervention à court ,moyen et long terme : interventions et performances attendues
Tableau XIV : Sources des ressources additionnelles destinées au financement du plan stratégique
Tableau XV : Estimation budgétaire du plan par domaine principal Phase I En millier de dollars US$ dollars est retenu à un taux de 1 pour 500 Francs CFA
Tableau XVI : Estimation budgétaire du plan par domaine principal Phase II
Tableau XVII : Estimation budgétaire du plan par domaine principal Phase III
Tableau XVIII : Estimation des ressources budgétaires additionnelles suivant les niveaux des prestations en En millier de dollars US$ dollars est retenu à un taux de 1 pour 500 Francs CFA Phase I
Tableau XIX : Estimation des ressources budgétaires additionnelles suivant les niveaux des prestations en millier de dollars US. Un dollar ($) est retenu à un taux de 1 pour 500 Francs CFA Phase II
Tableau XX : Estimation des ressources budgétaires additionnelles suivant les niveaux des prestations En millier de dollars US$ dollars est retenu à un taux de 1 pour 500 Francs CFA Phase III
Tableau XXI : Financement du PNSE : montants annuels sur chaque phase et montant global
Tableau XXII : Nombre de vie d'enfants ou de mères sauvées et niveau d'atteinte des deux principaux OMD visés

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Causes des morbidités maternelles

Figure 2 : Evolution de la mortalité maternelle au Sénégal entre 1992 et 2005

Figure 3 : Tendances évolutives de la mortalité néonatale au Sénégal de 1992 à nos jours

Figure 4 : Goulots étranglement suivi grossesse

Figure 5 : Goulots étranglement Accouchements assistés

Figure 6 : Prise en charge Maladie au premier niveau soins

Figure 7 : Impact et coût additionnel par mode de prestation de services

LISTE DES ANNEXES

Annexe A
Cadre logique et indicateurs

Annexe B
Cartographie des interventions concernées

Annexe C
Types de prestations de services par niveau

Annexe D
Goulots d'étranglement, opportunités des interventions et implications pour les programmes : volet avant la grossesse, grossesse et accouchement

Annexe E
Goulots d'étranglement, opportunités des interventions et implications pour les programmes : volet nouveau-né, nourrisson et enfant sains

Annexe F
Goulots d'étranglement, opportunités des interventions et implications pour les programmes : volet nouveau né, nourrisson et enfant malades

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABCD	Atteindre les bénéficiaires communautaires à travers le District
AME	Allaitement maternel Exclusif
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDSMT	Cadre de Dépenses sectorielles à Moyen Terme
CPN	Consultation Pré-natale
CS	Centre de Santé
DPS	Direction de la Prévision et de la Statistique
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTP3	Diphtérie Tétanos, Poliomyélite 3
EDS	Enquête Démographie et Santé
ENSP	Enquête Nationale sur le Paludisme
EPS	Etablissement Public de Santé
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
ESC	Enquête de surveillance du comportement
FAF	Fer acide folique
GPF	Groupement de Promotion Féminine
IRA	Infection Respiratoire Aigue
ICP	Infirmier Chef de Poste
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MII	Moustiquaire Imprégnée à l'Insecticide
MSPM	Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale
MPDDCI	Ministère du Plan du Développement Durable et de la Coopération Internationale
OCB	Organisation Communautaire de Base
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de vaccination
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire et social
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PIC	Paquet Intégré de communication
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	Poste de Santé
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
RMM	Réduction de la mortalité maternelle
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SONUB	Soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base
SONUC	Soins Obstétricaux et néonatals d'urgence Complets
SPNN	Santé Périnatale et Néonatale
SR	Santé de la Reproduction
TRO	Thérapie par Réhydratation Orale
Unicef	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UROCREN	Unité de réhydratation Orale/ Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle
VAT2	Vaccin antitétanique (deuxième dose)
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquise

RESUME

Les progrès récents observés en matière de réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto-juvénile traduisent mal les gaps que le Sénégal doit combler pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, en particulier les objectifs 4 et 5 visant la santé de la mère et de l'enfant. Le Ministère de la santé et de la prévention a rapidement pris la mesure de ce défi, en mobilisant une équipe intersectorielle de cadres de services nationaux et des partenaires au développement renforcée par un consultant pour élaborer un Plan Stratégique National pour la Survie de l'Enfant.

L'adoption d'un Plan Stratégique National pour la Survie de l'Enfant est considérée comme un véritable « plan de guerre » pour la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant. Cet exercice de planification sur le court, moyen et long terme s'inscrit dans un contexte de remobilisation technique et politique pour l'atteinte des OMDs. Ce contexte est marqué par (i) la deuxième phase de la mise en œuvre de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté (SRP), combinée à une stratégie de croissance économique accélérée (SCA), (ii) la mise en œuvre de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, (iii) la capitalisation des nouvelles directives de la PCIME intégrant les soins du nouveau né et le VIH/Sida, au moment où le plan stratégique PCIME arrive à son terme en 2007, (iv) le renforcement du partenariat pour la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant et (v) au plan technique avec la mise en place d'outils de planification et de budgétisation le CDSMT.

Dans le cadre d'une analyse approfondie de la situation sanitaire de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en plus de l'examen des indicateurs de morbidité et de mortalité, la stratégie a fait le point sur la couverture des interventions clés de santé concernant les cibles en question, ainsi que sur la cartographie de ces interventions. L'analyse de la situation a également déterminé un montant moyen annuel de 11 milliards de Francs CFA pour les actions de santé concernant la santé de la mère et de l'enfant. Mais, dans les conditions actuelles, seules 27 % de ces ressources sont orientés vers la lutte contre la mortalité maternelle.
L'analyse complémentaire faite grâce aux outils de planification et budgétisation, de même que l'approche de définition des paquets d'interventions essentielles de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) par niveau du système de santé, ont conduit à une intensification des actions autour de la mère et du nouveau-né pour accélérer l'atteinte des OMD4 et OMD5. Au préalable, divers documents nationaux et internationaux ont défini le cadre politique des nouvelles stratégies et des interventions. L'exercice consistant à lever les goulots d'étranglement des interventions à haut impact et à saisir les opportunités pour faciliter leur mise en œuvre, détermine l'amplitude des actions à mener, les objectifs de prestations ou de couverture, ainsi que les résultats attendus.

Pour les deux objectifs généraux centrés sur les OMDs que vise le plan stratégique, trois (3) axes stratégiques sont déterminés à savoir : (i) amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet intégré d'interventions de qualité pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant; (ii) augmentation de la demande et de l'utilisation des services par les populations notamment les groupes vulnérables ; (iii) création d'environnements institutionnel, réglementaire et économique favorables au passage à l'échelle du paquet d'interventions.

Au total, onze (11) domaines sont identifiés et vingt-sept (27) objectifs spécifiques sont fixés. Des stratégies sont également définies et plusieurs dizaines de lignes d'action sont mises en évidence. En s'appuyant sur les produits de l'exercice de planification et de budgétisation, la stratégie fait apparaître un besoin global de financement de 573, 433 milliards FCFA. Ce montant de ressources permettra de sauver 95 941 vies d'enfants et 2 774 vies de mères d'ici 2015. Par rapport à l'atteinte des OMDs on sera largement au-delà du niveau visé par la communauté internationale, puisque le résultat de l'OMD4 sera de 160 % de réduction alors que pour l'OMD5 le taux de réduction sera de 105 %. Ces résultats peuvent sembler ambitieux, tout autant que le niveau de mobilisation de ressources financières qu'ils nécessitent. Néanmoins

en assurant un vigoureux leadership et un suivi rigoureux de l'exécution des interventions, tous les espoirs sont permis de le voir se matérialiser. L'implication des plus hautes autorités politiques est requise, en même temps qu'un processus très participatif.

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte et justification

Un an après la conférence de Londres de Décembre 2005, sur le Compte à Rebours d'ici 2015, le Gouvernement du Sénégal a tenu un Symposium national pour la santé maternelle, néonatale et infantile. Le symposium a permis de faire le point sur les progrès réalisés, les défis à relever d'ici 2015 et le plaidoyer.
Malgré la baisse récente de la mortalité maternelle et infanto-juvénile entre 1992 et 2005, passant respectivement de 510 à 401 pour 100.000 naissances vivantes et de 145 à 121‰, la santé des mères et des enfants reste encore très préoccupante dans l'optique de l'atteinte des OMD 4 et 5.
Pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, le gouvernement et les partenaires se sont engagés à passer à l'échelle les interventions efficaces à travers des mécanismes innovants de mobilisation et d'utilisation rationnelle des ressources.
L'élaboration du Plan Stratégie Nationale pour la Survie de l'enfant survient dans un contexte d'adoption de la stratégie régionale et de partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile. A cet égard, l'existence d'une Feuille de Route pour l'Accélération la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale (RMMN) constitue une porte d'entrée pour le continium des soins qu'il convient cependant de compléter avec un plan stratégique pour la survie de l'enfant. Cet exercice intervient au moment où le plan stratégique PCIME arrive à son terme et nécessite d'intégrer les soins du nouveau-né et le VIH/Sida.

1.2. Profil géographique, démographique et socio-économique:

Le Sénégal est situé dans la partie la plus occidentale du continent africain dans la zone soudano sahélienne. D'une superficie de 196 722 km2, limité au nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'Est par le Mali, au sud par la République de Guinée et la Guinée Bissau, il est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côtes.

Sur le plan administratif, le Sénégal est divisé en onze (11) régions comportant chacune trois départements, à l'exception de Dakar qui en compte quatre (4), soit trente quatre (34) départements sur l'ensemble du territoire national. Ces départements sont subdivisés en communes (au nombre de 64) et arrondissements (plus de 100).

La population du Sénégal est estimée à 10 370 876 habitants pour l'année 2004 et à 11 343 328 habitants en 2007 avec une espérance de vie à la naissance de 55,7 ans. La structure par âge révèle une population très jeune avec 55,6% ayant moins de 20 ans et près de 64% de moins de 25 ans. Les femmes représentent 52% de la population globale.

Cette population est très inégalement répartie à travers le territoire national, l'essentiel étant concentré dans la partie occidentale du pays. A titre d'exemple la région de Dakar abrite 24% de la population totale alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. La région de Dakar enregistre ainsi une densité de population de 4 613 habitants au km2 en 2004 contre une moyenne nationale de 57 habitants au km2.

° MEF, Direction de la Prévision et de la Statistique
estimation de la population du Sénégal dec 2005 à 2015, Janvier 2006

Les régions les moins peuplées sont celles de Tambacounda et de Matam avec respectivement 11 et 16 habitants au km2. Ce sont aussi les régions les plus vastes du pays avec respectivement 29,9% et 14,8% du territoire national. Les unités administratives les plus peuplées sont les départements de Dakar et de Pikine qui abritent respectivement 41% et 34% de la population de la région de Dakar. Il faut également souligner que la communauté rurale de Touba est presque aussi peuplée que les régions de Matam et de Ziguinchor réunies.
La population urbaine représente 41,5% de la population globale (DPS 2005) plaçant le Sénégal parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique sub-saharienne.

La quatrième enquête démographique et de santé (EDS IV, 2005) donne pour la période allant de janvier 2002 à janvier 2005 un taux brut de natalité de 39,1 pour mille. L'accroissement moyen annuel estimé à 2,5% reste élevé, caractéristique d'une fécondité encore élevée. L'indice synthétique de fécondité est estimé à 5,3 enfants par femme ; il est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants par femme).

La croissance économique maintenue à une moyenne annuelle d'environ 5% de 2002 à 2005 est en deçà de l'objectif de 7% nécessaire pour améliorer significativement les conditions de vie des ménages et réduire la pauvreté de moitié d'ici 2015.

Le niveau de pauvreté de la population demeure encore une préoccupation. Les résultats de la deuxième enquête sénégalaise auprès des ménages (ESAM 2, 2001-2002), montrent que l'incidence de la pauvreté reste élevée même si elle a baissé de façon significative de 1994 à 2002 : la part de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est ainsi passée de 67,9% en 1994-1995 à 57,1% en 2001-2002 soit une réduction de 10,8 points de pourcentage en termes absolus et de 16% en termes relatifs.

Un autre facteur caractéristique de la situation du pays est le niveau d'alphabétisation et de scolarisation. Selon le deuxième Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP 2, 2006-2010), seuls 37,8% des plus de 15 ans ont la capacité de lire et écrire dans une langue quelconque. La population rurale sénégalaise reste majoritairement analphabète, moins d'une personne sur quatre est alphabétisée. En outre, l'analphabétisme est beaucoup plus marqué chez les femmes 60% (EDS IV, 2005) que chez les hommes 40%(EDS IV, 2005).
Le taux brut de scolarisation dans l'élémentaire est en constante progression passant de 69,4% à 79,9% entre 2001 et 2004, cependant le taux d'achèvement de l'école primaire est de 44,1%. La scolarisation des filles dans l'élémentaire demeure encore relativement faible. Les taux de scolarisation sont de 82,4% chez les garçons contre 77,3% chez les filles en 2004.

1.3. Organisation du système de santé

Depuis l'indépendance, les Constitutions successives ont reconnu le droit de chaque citoyen à la santé. Les Gouvernements qui se sont succédés ont défini des politiques de santé qui ont visé à garantir, dans la mesure des moyens disponibles, ce droit constitutionnel. A la fin des années 90, le Ministère de la Santé a élaboré en collaboration avec les partenaires un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 1998 – 2007) qui est actuellement dans sa deuxième phase (2004 – 2008).
La mise en œuvre de ce programme repose sur un système de santé de type pyramidal.

Le système de santé du Sénégal est organisé selon le scénario de développement

sanitaire à trois niveaux : l'échelon périphérique (district), l'échelon régional (région médicale) et l'échelon central.

• L'échelon périphérique, le niveau opérationnel, correspond au district sanitaire.
Le Sénégal compte 65 districts sanitaires dont 7 créés en juillet 2006 et 2 en juin 2007.
Les postes de santé sont implantés dans les communes, les communautés rurales ou les villages et sont gérés par des infirmiers chefs de postes (ICP) ; ils polarisent au niveau rural des infrastructures communautaires (cases de santé et maternités rurales).

• L'échelon régional, le niveau intermédiaire, correspond à la région médicale. Au niveau de chacune des 11 régions médicales, la structure de référence est représentée par l'hôpital/Etablissement Public de Santé (EPS).

• L'échelon central, le niveau politique et stratégique comprend les directions et services nationaux. En dehors du PEV logé à la Direction de la prévention Médicale, la Direction de la Santé avec ses 7 divisions, coordonne tous les programmes de santé de la cible mère-enfant.

1.3.1 Les infrastructures sanitaires :

1.3.1.1 Le secteur public

Le dispositif sanitaire, en 2007 (annuaire statistique SNIS), comprend soixante sept (67) centres de santé dont 18 centres SONUC, vingt deux (22) hôpitaux dont deux (2) non fonctionnels ainsi que mille cinq cent trente quatre (1534) postes de santé dont quinze (15) non fonctionnels. Selon des indications générales le pays compte également deux mille (2000) cases de santé et quatre cent soixante seize (476) maternités rurales.

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), qui est aussi un établissement public de santé, est chargée de l'achat des médicaments et produits sur le marché international, de la gestion et de la distribution au niveau périphérique par l'intermédiaire des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA).

1.3.1.2 Le secteur privé

Il joue un rôle important dans le dispositif de santé. On distingue le secteur privé à but lucratif et le secteur à but non lucratif (secteur confessionnel et médecine d'entreprise). Ce secteur privé est constitué d'un hôpital privé catholique, de 32 cliniques, 70 maternités, de 131 cabinets médicaux, 180 postes de santé confessionnels, des services médicaux d'entreprise, 800 officines et pharmacies et une vingtaine de laboratoires d'analyses médicales.

1.3.2. Les ressources

1.3.2.1 Les ressources financières

Pour ces sept dernières années, allant de 2000 à 2007, le budget de l'Etat alloué à la santé est passé de vingt neuf milliards sept cents sept millions à soixante quinze milliards cent quatre vingt millions francs CFA (75 180 000 000 FCFA), soit une progression en valeur absolue de quarante cinq milliards quatre cents soixante treize millions de francs CFA. (Rapport financier du MSPM/DGE 2007)
Dans ce budget 41,28 % sont destinés aux dépenses de personnel, 28,54 % au

fonctionnement et 30,17 % au titre des dépenses de transfert.
L'apport des populations par l'intermédiaire des comités de santé pour l'année 2007 se chiffre à vingt six milliards cent quatre vingt douze millions cent quatre vingt quatorze mille francs CFA (26 192 194 000) .

L'adoption du cadre de dépenses sectoriel à moyen terme (CDSMT) depuis 2007 dans la suite des réformes des finances publiques, vise à conformer l'allocation des ressources aux objectifs ciblés. Pour ce qui concerne la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, les prévisions s'élèvent à trois milliard neuf cent soixante neuf million deux cent quatre vingt dix mille huit cent quarante francs CFA (3 969 290 840 FCFA) soit 3,28% du budget total en 2008. Pour 2009 et 2010 ces prévisions enregistront une baisse en valeur relative et correspondent à 2,34% du budget du secteur.

Tableau N° I : CDSMT 2008 2010

Programme	Budget 2008	Budget 2009	Budget 2010
Renforcement des capacités Institutionnelles	17 748 158 288	18 612 992 029	19 147 798 591
Infrastructures Equipements et Maintenance	68 696 361 089	72 041 248 508	74 113 609 162
Lutte contre la maladie	15 785 000 900	16 554 695 499	17 090 849 781
Pharmacie et médicaments	5 095 674 965	5 280 866 494	5 432 777 080
Prévention	20 242 865 085	21 228 509 386	21 839 179 431
Ressources humaines	32 465 775 734	34 046 563 466	35 025 954 519
Santé de la mère du nouveau né de l'enfant et de l'adolescent	3 969 290 840	4 162 559 170	4 282 300 277
Lutte contre le SIDA	5 565 987 000	5 896 999 898	6 004 908 941
Total	169 510 114 900	177 763 714 389	182 877 305 122

1.3.2.2 Les ressources humaines

En 2007, l'effectif du personnel de santé qualifié s'élève à 832 médecins, 2855 infirmiers et 874 sages-femmes. Les besoins sont estimés à 1134 pour les médecins, 3781 pour les infirmiers, et 1361 pour les sages-femmes .
La couverture en personnel qualifié reste donc insuffisante notamment dans les régions périphériques.

Trois angles d'analyse permettront de cerner la situation actuelle. D'abord le recensement et l'analyse des données de morbidité et de mortalité du couple mère-enfant, puis l'analyse des interventions actuellement mises en œuvre et leur cartographie sur le territoire national et enfin le financement des activités pour la survie de la mère et de l'enfant.

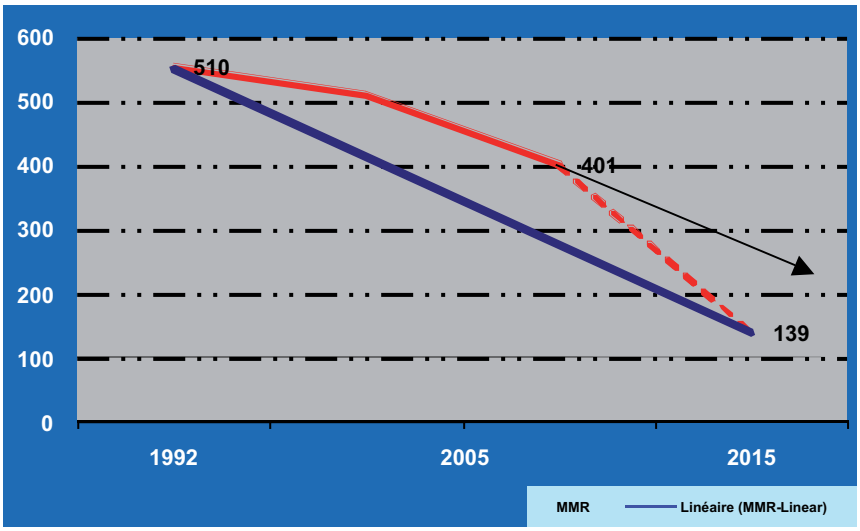
2.1 Données de morbidité et de mortalité mère, nouveau-né et enfant

L'accroissement des performances du programme Santé de la Reproduction, notamment pour réduire les taux de mortalité maternelle et de mortalité infanto-juvénile, a constitué une des orientations stratégiques principales du Programme de Développement Intégré du secteur de la Santé (PDIS 1998-2002) et reste maintenu comme domaine prioritaire dans la 2éme phase du PNDS (2004-2008). Ainsi ; ces dernières années une évolution favorable a été notée sur la quasi–totalité des indicateurs de morbidité et de mortalité. Toutefois, des disparités importantes existent entre les régions.

2.1.1 Morbidité et mortalité maternelles

Le taux de mortalité maternelle a régressé de 109 points en passant de 510 pour 100 000 naissances vivantes en 1992 à 401 pour 100 000 naissances vivantes en 2005 (EDS 2, 4).
Cette baisse de 21% témoigne des progrès notés dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle. La disponibilité en ressources humaines compétentes a été améliorée par la formation des compétents en SONU et l'accessibilité financière aux services par la subvention des césariennes à l'échelle nationale et des accouchements dans les 8 régions les plus pauvres. Ainsi le taux d'utilisation des services s'est accru avec 93% de couverture en CPN1, 40% en CPN4 et un taux d'accouchement dans les structures de santé de 62%. Ces moyennes nationales cachent la grande disparité entre les régions
Le taux d'accouchement en structure varie de 92% à Dakar à 35% à Tambacounda. Le personnel compétent se concentre à Dakar avec plus de 90% des gynécologues.
L'accessibilité et la disponibilité encore faibles des SONUC, font que la mortalité liée à la grossesse, à l'accouchement et au post partum constitue la première cause de décès chez les femmes en âge de reproduction. Les principales causes de la mortalité maternelle sont dominées par les pathologies obstétricales directes (66%) comme les hémorragies, l'hypertension artérielle et ses complications, les dystocies et les infections. L'anémie et le paludisme ont été également identifiés comme des causes obstétricales indirectes (34%).
Les facteurs sous jacents à ces causes sont liés aux insuffisances du système de santé et aux mauvaises conditions sociales et économiques des femmes.

Figure 1 : Evolution de la mortalité maternelle au Sénégal entre 1992 et 2005

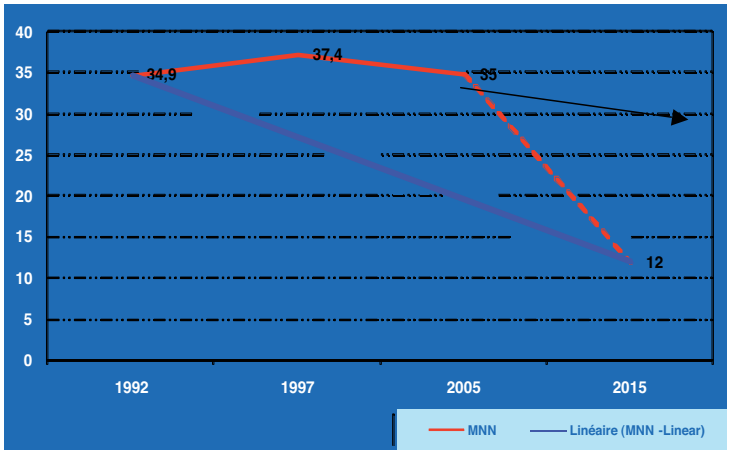


Rapport financier du MSPM/DGE 2007
DRH, synthèse annuelle 2007, DGPPE

2.1.2 Morbidité et mortalité néo-natales

Le taux de mortalité néonatale reste préoccupant au Sénégal et dans la plupart des pays d'Afrique au sud du Sahara. Cette mortalité représente 57% de la mortalité infantile et environ 30% de la mortalité infanto juvénile.
Les principales causes de décès dans la période néonatale sont apparemment les mêmes que celles constatées dans l'ensemble de la Région africaine et concernent principalement les infections (36%), la prématurité (27%) et l'asphyxie (23%), les affections congénitales, la diarrhée et le tétanos.

Figure 2 : Tendances évolutives de la mortalité néonatale au Sénégal de 1992 à nos jours



Source : EDS IV, 2005

Les taux de mortalité néo-natale les plus élevés se retrouvent à Fatick (56‰) et Tambacounda (56‰). Les régions de Louga et Dakar enregistrent les taux les plus faibles avec respectivement 28 et 30 pour mille. Les disparités sont énormes entre le milieu rural (46‰) et le milieu urbain (32‰)

Tableau II : Distribution de la Mortalité Néonatale par Région

Régions / Prévalence	Mortalité Néonatale (EDSIV)
DAKAR	30‰
DIOURBEL	53‰
FATICK	56‰
KAOLACK	44‰
KOLDA	53‰
LOUGA	28‰
MATAM	38‰
SAINT LOUIS	27‰
TAMBACOUNDA	56‰
THIES	33‰
ZIGUINCHOR	32‰
PAYS	**35‰**
Urbain	32‰
Rural	46‰

Source : EDS IV, 2005

Pour espérer une baisse notable de la mortalité infantile et infanto juvénile, des efforts soutenus doivent être orientés dans la période néonatale sachant que 50% des nouveaux-nés meurent dans les 24 heures qui suivent la naissance, et 75% dans la première semaine.

2.1.2 Morbidité et mortalité des enfants de moins de 5 ans

2.1.2.2 Morbidité chez les enfants de moins de 5 ans

La morbidité chez les enfants de moins de 5 ans est globalement très élevée avec comme causes principales :
- le paludisme (30% des enfants),
- la diarrhée (22%)
- les IRA (13%) et
- l'anémie (un taux global de 82,6% dont 7,4% pour la forme sévère, 55% pour la forme modérée et 20,2% pour la forme légère).

Les disparités sont importantes entre les différentes régions du pays, de même entre la zone urbaine et la zone rurale.

Tableau III : Distribution des Principales causes de Morbidité des enfants de moins de 5 ans par Région

Prévalence / Régions	Paludisme/ Fièvre 2 dern. Sem précédant l'enquête (EDS IV)	IRA	Diarrhée	Anémie		Insuffisance. Pondérale	
				modérée	sévère	modérée	sévère
DAKAR	34,7 %	21,0%	27,9%	48,7%	5,5%	6,0%	1,5%
DIOURBEL	23,2 %	9,2%	19,1%	61,0%	5,2%	19,9%	2,4%
FATICK	22,7 %	10,5%	18,6%	60,3%	10,%	15,8%	0,4%
KAOLACK	37,6 %	17,2%	33,1%	58,8%	13,0%	11,2%	1,7%
KOLDA	26,5 %	3,6%	16,2%	51,2%	6,9%	32,2%	7,3%
LOUGA	28,6 %	15,9%	17,2%	58,5%	8,7%	20,6%	5,8%
MATAM	30,4 %	15,1%	22,7%	55,2%	9,1%	28,4%	5,8%
SAINT LOUIS	35,2 %	14,4%	21,2%	50,5%	5,7%	27,3%	3,1%
TAMBACOUNDA	29,3 %	7,0%	23,6%	58,3%	10,9%	24,5%	5,7%
THIES	26,3 %	12,2%	16,3%	56,8%	4,6%	13,3%	1,3%
ZIGUINCHOR	23,1 %	5,8%	16,8%	41,3%	3,9%	10,5%	1,5%
NATIONAL	**30 %**	**13%**	**22%**	**55%**	**7%**	**17%**	**3%**
Urbain	30,4 %	16,3%	22,2%	51,7%	5,1%	9,7%	1,6%
Rural	29,4 %	11,3%	22,4%	56,8%	8,7%	21,5%	3,7%

L'analyse de la morbidité chez les moins de 5 ans selon l'EDS IV recoupant certaines données socio-économiques donne les commentaires suivants :

fièvre
On peut distinguer deux groupes de régions : Dakar (35 %), Kaolack (38 %) et Saint-Louis (35 %) qui ont une prévalence de plus 35 % et les autres régions où les prévalences varient entre 23 % et 30 %. Le niveau d'instruction de la mère et le niveau de bien-être économique n'influent pas sur la prévalence de la fièvre

Les IRA
Les différences inter-régionales sont particulièrement importantes ; Dakar (21 %), Kaolack (17 %), Louga (16 %) et Matam (15 %) sont celles qui connaissent les plus fortes prévalences d'IRA. À l'inverse, c'est dans les régions de Kolda (4 %) et de Ziguinchor (6 %) que les proportions d'enfants ayant eu des IRA au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête sont les plus faibles. La prévalence élevée des IRA se retrouve parmi les ménages des quintiles les plus riches

(17 % et 15 % contre 10 % dans les plus pauvres), ces derniers résidant plus fréquemment dans les zones urbaines dont Dakar.

La diarrhée
Les disparités inter-régionales sont très importantes : aux deux extrêmes, on trouve les régions de Kolda, Louga, Thiès et Ziguinchor avec une prévalence d'environ 17% et les régions de Dakar et de Kaolack avec des prévalences respectives de 28% et 33%. On ne constate pas non plus d'écarts significativement importants de la prévalence en fonction de l'indice de bien-être du ménage.

L'anémie
On observe ainsi que la prévalence de l'anémie sévère dans les régions les plus touchées (Kaolack, Tambacounda et Fatick) est deux à trois fois plus élevée que dans les régions les moins touchées (Ziguinchor, Thiès, Dakar et Diourbel).
Enfin, la prévalence de l'anémie sévère des enfants des ménages les plus pauvres est six fois plus élevée que celle des enfants des ménages les plus riches (12% contre 2%).

L'insuffisance pondérale
La prévalence de l'insuffisance pondérale est élevée dans les régions de Kolda (32 %), Matam (28%), Saint-Louis (27%), Tambacounda (25%) et Louga (21%) ; dans ces régions entre un enfant sur quatre et un enfant sur 3 en est atteint. Dakar est la région où la prévalence de cette forme de malnutrition est la plus faible (6 %).Enfin, dans les ménages les plus riches, 6 % des enfants présentent une insuffisance pondérale ; dans les ménages les plus pauvres, cette proportion est de 26 %.

2.1.2.1 Mortalité infantile

Décès d'enfants de moins de 1 an
La mortalité infantile a enregistré une baisse significative entre les 2 dernières enquêtes de démographie et de santé. Elle est passée de 70 pour 1000 à 61 pour 1000. Les causes de décès des enfants de moins de 1 an sont principalement représentées par les IRA (19%), la diarrhée (25% chez les enfants de moins de 6 mois et 34% dans la tranche d'âge de 6 à 11 mois), la malnutrition, la fièvre (34% chez les moins de 6 mois, 43% chez les nourrissons de 6 mois à 11 mois). Il est à noter que la mortalité infantile représente 54,7% de la mortalité infanto juvénile.

Tableau IV : Distribution des Mortalités infantile, juvénile et Infanto-juvénile par Région

Prévalence / Régions	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité Infanto-Juvénile
DAKAR	44‰	37‰	79‰
DIOURBEL	89‰	98‰	178‰
FATICK	79‰	82‰	154‰
KAOLACK	79‰	84‰	156‰
KOLDA	100‰	116‰	205‰
LOUGA	53‰	45‰	96‰
MATAM	68‰	45‰	110‰
SAINT LOUIS	52‰	42‰	93‰
TAMBACOUNDA	100‰	111‰	200‰
THIES	60‰	44‰	101‰
ZIGUINCHOR	69‰	64‰	129‰
PAYS	**61‰**	**64‰**	**121‰**
Urbain	52‰	41‰	91‰
Rural	82‰	85‰	160‰

Mortalité des enfants de moins de 5ans

Selon l' EDS IV 2005, les principales causes de mortalité dans cette tranche d'âge sont :
- La pneumonie (13%),
- La fièvre (30%) et
- La diarrhée (22%).
- La malnutrition est directement ou indirectement associée à plus de 50% des cas de décès chez les enfants, de plus par ses effets induits sur le développement des enfants, elle crée et amplifie les problèmes de santé des enfants. L'insuffisance pondérale est de 17%, la maigreur de 8% et le retard de croissance de 16% avec une situation plus exacerbée en milieu rural (21% retard de croissance). La surcharge pondérale des enfants de moins de 5 ans est de 2,2% en 2000 (Rapport sur la santé de la Région africaine, OMS 2006). Les carences en micronutriments :
- 61% des enfants de moins de 6 ans ont une carence en vitamine A ce qui serait responsable de 30% de la MIJ ;
- 83% des enfants de moins de 6 à 59 mois sont anémiés ;
- Le goitre dans la partie Sud-Est du pays, considéré comme endémique jusqu'en 2005 avec une prévalence de 34% allant par endroit jusqu'à 51% (EDS IV 2005), est en nette régression grâce à la stratégie de production et de promotion de la consommation de sel iodé (enquête TDCI mai 2007).

2.1.3 Facteurs de risques liés à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Il s'agit de facteurs indirects influençant l'état de santé de la mère et de l'enfant. Les cinq facteurs mis en évidence sont : les facteurs liés aux services sociaux de base, ceux liés à l'environnement, les facteurs socioculturels, les conflits et les situations d'urgence, enfin les facteurs économiques.

2.1.3.1 Facteurs liés aux services sociaux de base

Il s'agit des services sociaux de base qui ont de réelles incidences sur la santé des enfants. Ils sont relatifs à la disponibilité et à l'accès :
- aux services de santé de qualité
- à l'éducation et à la formation

- à l'eau potable et à un assainissement adéquat
- et, enfin, aux services énergétiques

Disponibilité/accès aux services de santé de qualité :

- L'accessibilité géographique des services de santé est faible: 42,6% des populations sont à plus de 30 minutes des services de santé (SS). ; en zone rurale, 32,9% des populations sont à plus de 5 km des SS, avec des conditions de transport souvent défavorables.
- 45,4% des soins prénatals sont assurés par des accoucheuses traditionnelles en zone rurale.
- Le personnel de santé est en nombre insuffisant et inégalement réparti, notamment dans les zones pauvres et reculées, avec la majorité du personnel qualifié à Dakar.

Disponibilité/accès à l'éducation/formation :

- On note un faible niveau d'instruction des parents : ménages sans niveau d'instruction (77% des ménages), taux de pauvreté de cette couche (66,7%), ménages avec niveau d'instruction primaire (11%), taux de pauvreté (42,6%).
- Le taux de MIJ est fortement corrélé au niveau d'instruction : le taux de mortalité infanto-juvénile est de 152‰ pour les ménages avec aucun niveau d'instruction ; 94‰ pour les ménages avec niveau d'instruction primaire et 60‰ pour ceux avec un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Disponibilité/accès à l'eau potable et à l'assainissement :

L'accès à l'eau potable est faible :
- 17 % de la population n'ont toujours pas accès à l'eau potable alors qu'en zone rurale ce pourcentage est de 42 %.
- 20% des ménages urbains et péri-urbains, les plus modestes dépendent des bornes fontaines et paient ce service trois à cinq fois plus cher que les ménages disposant d'un branchement domiciliaire ;
- 35% des ménages ruraux utilisent les bornes fontaines et consomment à peine 20 l/j/pers.

Le niveau d'assainissement est faible parfois inexistant :
- Seuls 37% des ménages dont l'essentiel à Dakar (42%) sont raccordés à l'égout (DSRP, 2006) ;
- 28% des ménages en milieu rural ne disposent d'aucun système d'évacuation des excréta (DSRP, 2006) ;
- le taux de traitement des eaux usées au Sénégal en 2004 est de 19% (DSRP, 2006) ;
- Le taux de dépollution des eaux usées est de 13%.

Disponibilité/accès aux services énergétiques :

La faible consommation énergétique est liée à la faiblesse de l'offre par rapport à la demande, au coût élevé d'accès aux services énergétiques et à la qualité du service

2.1.3.2 Facteurs environnementaux :

Les facteurs environnementaux comme les pollutions de toute nature et l'urbanisation sauvage influent négativement sur la santé des enfants. Ces facteurs sont :

Pollution :
- Déversement non contrôlé des boues, rejet en mer des eaux usées non traitées particulièrement à Dakar ;
- Rejet gazeux provenant des industries, des pots d'échappement des véhicules ; Déchets dangereux tels pesticides obsolètes, déchets biomédicaux, déchets infectieux etc.

Urbanisation sauvage :
30 à 40% de l'espace occupé en milieu urbain correspond à des zones insalubres et impropres à l'habitat.

2.1.3.3 Facteurs socioculturels

Parmi les facteurs socio-culturels relatifs aux us et coutumes, croyances et interdits ayant un impact negatif sur la santé des enfants, on note :

- les grossesses multiples et / ou rapprochées ;
- les mariages précoces (grossesses précoces), l'excision (complication à l'accouchement), les tabous liés à la déclaration de la grossesse, les interdits alimentaires (anémie, malnutrition);
- la stigmatisation des OEV/PVVIH
- le faible pouvoir de décision des femmes

2.1.3.4 Conflits et situations d'urgence

Les épidémies (choléra), conflits armés, inondations et autres catastrophes naturelles (pluies hors saisons) agissent le plus souvent sur la couche de la population la plus vulnérable que constituent les enfants, particulièrement sur leur santé.

2.1.3.5 Facteurs économiques

Les facteurs économiques sont un des grands déterminants de la santé. En conditionnant la survie par le biais plus particulièrement d'une alimentation saine, ils conditionnent la santé des êtres humains et partant des enfants.
Les résultats de la deuxième enquête sénégalaise auprès des ménages (ESAM 2 2001-2002), montrent que l'incidence de la pauvreté reste élevée même si elle a baissé de façon significative de 1994 à 2002. La proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est tombée de 67,9% en 1994-1995 à 57,1% en 2001-2002 soit une réduction de 10,8 points de pourcentage en termes absolus et de 16% en termes relatifs tout restant encore assez important pour constituer une des priorités nationales. En effet on note toujours :

- un faible pouvoir économique des femmes ;
- une faible disponibilité alimentaire, de même qu'une insécurité alimentaire liées à un déficit de production agricole avec plus de 50% de dépendance alimentaire du pays en céréales, et à une baisse des ressources animales et halieutiques.

2.2 Couverture des interventions clés et cartographie

L'analyse de la situation sanitaire de la mère et de l'enfant met en évidence des actions majeures mises en œuvre pour relever les défis, mais encore insuffisantes pour l'atteinte des OMD. Parmi ces actions certaines sont de nature transversale :

2.1.1 Actions transversales relatives à la santé de la mère et de l'enfant

On peut identifier au moins trois actions clés dont le faible niveau justifie la situation peu satisfaisante que l'on connaît.

2.1.1.1 Mise à disposition de personnel qualifié

Depuis la fin des années 90 et le début des années 2000, on a assisté à un double mouvement de développement des structures de formation des personnels de santé (y compris par des institutions privées de formation) et un développement d'expériences innovatrices tendant à offrir certaines prestations essentielles de gynéco-obstétrique comme la césarienne au niveau district. Ce dernier volet a consisté à former « des médecins compétents en SONUC », des techniciens supérieurs en anesthésie, des aides opérateurs, des instrumentistes, des infirmiers, aides infir-

miers et des sages-femmes d'état en SONU incluant même la formation des Sages-femmes en échographie.
Les SONUB sont mis en œuvre dans toutes les régions sauf Dakar et Diourbel (faute de formation) tandis que les SONUC n'existent que dans 17 districts sur 65.

2.1.1.2 Mise en place d'un système référence-contre référence

Un effort important a été fait pour renforcer les structures sanitaires situées en milieu rural en équipement de communication et de transport. Cependant le problème de transfert des malades issus des zones enclavées et périphériques persistent.

L'organisation de la communication voire de la concertation entre les prestataires de différents niveaux du système de soins reste à améliorer. L'apport des secteurs devant contribuer à la qualité du système d'orientation tels que les télécommunications et le transport routier reste également insuffisants.

De même, l'engagement communautaire en terme d'organisation, d'adhésion massive aux mutuelles de santé pour une meilleure prise en charge des urgences et de mobilisation de ressources restent encore insuffisants.

2.1.1.3 Gestion de la SMNI

A cet égard, il faut noter que le district ne dispose pas de compétences suffisantes en planification et gestion. Cette situation ne permet pas de tirer profit du contexte des OMD, du CDSMT, de l'intersectorialité associée à l'approche sectorielle et de la vision reflétée dans l'étude « macro-économie et santé ».

Par ailleurs les supervisions formatives des agents de santé sont très irrégulières, faute de disponibilité de moyens et de compétence des équipes cadre de districts.

2.1.2 Analyse des actions couvrant la période avant, pendant la grossesse et lors du post partum immédiat (annexe D)

Il est établi que la survie du nouveau né et du nourrisson est étroitement liée à la survie de la mère, notamment dans les pays pauvres. Dès lors, les programmes de survie de l'enfant devront faire une large place aux interventions tendant à préserver la vie de la mère.
La feuille de route insiste sur le caractère indissociable des problèmes de santé de la mère et ceux de l'enfant notamment le nouveau né.
En examinant les interventions menées dans le cycle de vie du couple mère enfant sur la période d'avant la grossesse jusqu'à la période postnatale/néonatale, on peut tirer des enseignements importants relatifs à la performance des programmes.

2.1.2.1 Planification familiale

Avant la grossesse, il apparaît que les besoins de planification familiale sont faiblement couverts (65 % de besoins non couverts) alors que la prévalence contraceptive actuelle est de 10% pour un objectif national de 20 % .

La relance de la planification familiale nécessite une mise à l'échelle des services à base communautaire ainsi que son intégration dans les services de santé de la mère et de l'enfant

2.1.2.2 Disponibilité et accessibilité des services de qualité

Sous la coordination du PNLP, les familles et les communautés engagent des activités de prévention du paludisme chez la femme enceinte par la promotion de l'utilisation des MII, avec l'ap-

pui des ONGs et groupements de promotion féminine. Cependant, les ruptures constatées dans la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides limitent la couverture.
Toujours en faveur de l'action communautaire, il a été constaté que les initiatives à base communautaire permettent d'accroître considérablement la couverture en fer chez les femmes enceintes.

Au niveau des formations sanitaires de premier niveau (postes de santé) et de référence (centres de santé et hôpitaux) fournissant des prestations de santé prénatales le taux de fréquentation par les femmes enceintes bien qu'ayant connu une hausse par rapport à la décennie précédente reste faible : CPN4 à 40 % et le taux d'accouchements assistés à 52%.

La question de l'accessibilité géographique pourrait se régler par la mise en application de la carte sanitaire et l'implication du secteur privé, parapublic, confessionnel et militaire dans le programme SMNI.

L'accessibilité financière demeure également une préoccupation prise en compte par la politique de subvention des accouchements et des césariennes, par la sécurisation des produits SR et par la mutualisation.

2.1.2.3 Continuité des soins entre le domicile et les structures

Pour les interventions sur la période de la grossesse, il apparaît que seule la supplémentation en fer et acide folique a été réalisée de manière satisfaisante c'est-à-dire que l'objectif de 90% est atteint. L'utilisation des MII par les femmes enceintes connaît de grands progrès même si un écart significatif persiste par rapport à l'atteinte de l'objectif qui est de 80% (le taux actuel est 59.5%).

Pour ce qui est de la période de l'accouchement, et des soins immédiats post partum, l'examen des interventions laisse apparaître des écarts importants par rapport aux objectifs au regard des résultats affichés à travers les indicateurs caractéristiques :

- Accouchements en structures sanitaires : 62% pour un objectif de 90% ;
- Disponibilité de SONU : 25% pour un objectif de 80% ;
- Césariennes : 3% pour un objectif de 10%.

Pour le continuum des soins, la faible performance des actions est liée notamment à trois lacunes importantes : la non intégration du paquet de soins essentiels du nouveau né et les stratégies avancées de SR des Centres et Postes de santé ; la faible capacité des femmes, des agents de santé communautaire et des organisations communautaires de base dans l'identification des signes de danger de la grossesse, des signes de danger chez le nouveau né et des autres complications ; enfin, les insuffisances du système de préparation à l'accouchement au niveau communautaire, y compris l'absence d'un mécanisme de prise en charge des cas d'urgence à référer.

2.1.3 Analyse des actions de la période post natale et infantile

Il y a lieu de considérer séparément, d'une part les soins postnatals avec des préoccupations spécifiques reflétant à certains égards le niveau de préparation de la mère à adopter des comportements favorables à la santé de son nouveau né, et d'autre part les soins préventifs de santé infantile classiques.

2.1.3.1 Soins post natals (annexe D suite)

S'agissant de la période post natale et néonatale, les performances sont toujours faibles.
- La proportion des mères/nouveau-nés qui ont bénéficié de SPN n'est que de 27,7% pour un objectif de 90% en 2015 ;
- La proportion des nouveaux nés mis au sein dans l'heure qui suit l'accouchement est de 22.7% pour un objectif de 70%.

2.1.3.2 Soins préventifs de santé infantile (annexe F)

Par rapport aux nourrissons sains, le niveau des indicateurs retenus ne laisse pas apparaître une grande performance au niveau des interventions
- Pour l'AME, il est de 34% pour un objectif de 50% en 2007 ;
- La couverture vaccinale atteint 61.2% pour un objectif de 90% ;
- L'utilisation de MII pour les enfants a atteint 10% pour un objectif de 80% en 2010.

1) Promotion de l'allaitement maternel et exclusif

Les familles et les communautés par l'intermédiaire des ASC et des relais communautaires reçoivent des informations sur la promotion de l'allaitement maternel exclusif dans la quasi-totalité des districts du pays. Ces efforts ont permis de faire passer le taux d'AME (source EDS) de 23 % en 1997 à 34 % en 2005. Cependant des efforts plus soutenus sont attendus pour une couverture nationale de la promotion de l'AME au niveau familial et communautaire à travers la PCIME-C et la stratégie du paquet intégré de communication (PIC).

Dans les postes de santé, les ICP et Sage –femmes mènent des activités de promotion de l'allaitement maternel exclusif avec l'appui des ASC, lors des causeries organisées dans les structures. Le manque de temps des prestataires est incriminé dans la plupart des cas pour expliquer la faible implication des professionnels de la santé dans les activités de prévention en général et de promotion de l'AME en particulier. La situation dans les structures de référence mérite d'être améliorée quand bien même des instructions existent pour ces activités de promotion qui ne sont pas systématiquement mises en œuvre.

2) Alimentation complémentaire adéquate et supplémentation en micronutriments

L'EDS IV (2005) indique que 64,1% des enfants consomment a partir de 6 mois, en plus du lait maternel, une nourriture solide ou semi-solide quelconque riche en protéines en en minéraux, avec des taux suivants d'alimentation complémentaire adéquate des enfants : allaitement au sein plus alimentation : 50 % dès 6-7 mois et 73 % dès 8-9 mois.

Dans ce domaine, les relais mènent au niveau communautaire des causeries dans les familles et lors des évènements sociaux.
Dans les postes et centres de santé, les ICP, sages-femmes et médecins insistent sur l'importance de l'alimentation dans la prise en charge et la prévention des pathologies infantiles. Cependant ces activités restent encore limitées du fait de l'insuffisance de la communication interpersonnelle.

3) Promotion de la consommation de sel iodé par les ménages

Pour ce qui est de la consommation de sel iodé, 64 % des ménages sont couverts dont 41 % adéquatement.
L'absence de communication de masse soutenue, la faible disponibilité du sel iodé dans les zones endémiques, la production familiale de sel et la non régularité du contrôle du sel de consommation courante sont des facteurs limitant l'atteinte des objectifs de consommation du sel iodé.
Il est à noter que le contrôle de qualité est assuré par d'autres secteurs : Ministère du Commerce, Douane. Toutefois le Ministère de la Santé les a capacités pour exercer le contrôle à titre promotionnel en mettant à leur disposition des kits de testeur.

4) Supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois

Selon les résultats de l'EDS IV (2005) 16% des enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance et 5,3% souffrent de la forme sévère. S'agissant des cas de malnutrition sévère entre

1992 (EDS 2) et 2005 (EDS 4), les prévalences de l'insuffisance pondérale et du retard de croissance ont baissé respectivement de 20% à 17% et de 22% à 16%.

Les activités de suivi promotion de la croissance ont connu une expansion importante dans certaines régions du fait de leur décentralisation au niveau de la communauté. Dans les postes de santé et les centres de santé, des occasions manquées sont notées lors des séances de vaccination.

La prise en charge des cas de malnutrition sévère reste préoccupante du fait de l'insuffisance de Centres de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle fonctionnelles et la faible communication avec les mères et accompagnants.

Suivant la directive nationale, confortée par l'expérience de Affé (MSPM/BASICS) la cible prioritaire du suivi promotion de la croissance a été ramenée à 24 mois.
Le PRN pour sa contribution spécifique, vise une couverture de plus de 40% de la cible.

6) Vaccination / prévention des maladies évitables par la vaccination

La couverture nationale de ces interventions a permis le recul voire la disparition de certaines maladies infantiles fatales pour l'enfant dans un passé récent. Suivant les données de l'EDS IV (2005) 66% des enfants ont été protégés complètement ou partiellement contre le tétanos néonatal (2 injections ou plus reçues par la mère).
Avant l'âge de 12 mois, seul 48% des enfants ont été complètement vaccinés ; cette proportion atteint 59% pour les enfants de 12 à 23 mois. A noter que 4,6% des enfants de 0 à 12 mois n'ont reçu aucune vaccination.

Dans les familles et les communautés, les relais, les ASC et autres personnels communautaires permettent de maintenir le lien entre les structures de santé et les familles. Ces liens se manifestent lors des séances de vaccination en stratégie avancée.

Actuellement les résultats de la vaccination laissent entrevoir la possibilité d'éliminer la rougeole mais également d'arriver à l'interruption de la transmission du polio virus sauvage et du tétanos néonatal. Cependant quelques résultats insuffisants sont notés du fait de l'enclavement de certaines zones, de la mobilité des populations et de la faible implication des autres secteurs.

7) Prévention du paludisme

Les activités de promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides sont menées dans les communautés par des relais communautaires et des groupements de promotion féminine (GPF). Selon les résultats d'une étude du PNLP effectuée sur 40 districts, à la suite de la mise en œuvre de la stratégie « Atteindre les Bénéficiaires Communautaires à travers les Districts » (ABCD), il y a eu une amélioration importante concernant l'évolution de certains indicateurs relatifs à la prévention du paludisme :

Tableau V : Niveau des indicateurs paludisme selon l'EDS IV 2005 et l'ENSP 2006

Indicateurs	EDS IV (2005)	Enquête nationale palu 2007 par Macro intern.
Taux de disponibilité de MII	20,2%	36%
Taux d'utilisation des MII par les enfants de moins de 5 ans	7,1%	16%
Taux d'utilisation des MII par les femmes enceintes	8,5%	13%
Pourcentage des femmes enceintes ayant reçu un antipaludéen (TPI)	9,2%	49%

Sources : EDS IV (2005) et « Enquête nationale sur le paludisme au Sénégal 2006

Cependant des besoins et demandes non satisfaits ont été notés du fait de ruptures d'approvisionnement dans des districts et/ou de l'absence d'imprégnation de certaines formes de moustiquaires. Les comités de santé des postes et des districts, les Organisations Communautaires de Base, les Groupements de femmes, l'Etat et les partenaires au développement constituent les principales sources de financement de ces activités.

Dans les centres de santé l'insuffisance de conseils sur l'utilisation de la MII et divers problèmes de gestion des MII tant au niveau de l'approvisionnement qu'au niveau de la distribution, limitent l'accès et la couverture en MII. Selon l'enquête d'évaluation de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans, c'est seulement dans 11 % des cas que l'agent de santé évalue et donne des conseils sur l'utilisation des MII.
Par ailleurs des initiatives comme les Journées de survie de l'enfant qui sont initiées dans certains districts, sont des stratégies pour améliorer le niveau de couverture des interventions préventives, curatives et promotionnelles.

2.1.3.3 Soins curatifs de santé infantile (annexe E)

S'agissant de la cible enfants malades, le constat est toujours la non atteinte des objectifs fixés. Le taux de prise en charge des cas de paludisme atteint 45% pour un objectif de 80%. Le pourcentage des formations sanitaires offrant la PCIME a atteint 61% pour un objectif de 80%

1) Mise en oeuvre de la PCIME

Face à l'existence de programmes verticaux de survie de l'enfant, des stratégies comme la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) sont initiées depuis 2000 dans un souci de rationalisation et d'intégration des activités dans les formations sanitaires de premier niveau.

Depuis 2005, plus de 60% des districts font la PCIME clinique (composante 1 = renforcement des compétences des agents de santé).

La composante familiale et communautaire (composante 3 de la PCIME) est plus étendue (85% des districts) et bénéficie du soutien du Programme de Renforcement de la Nutrition. Cette PCIME communautaire qui couvre les activités du PAIN, les soins à domicile et le recours aux soins précoces, s'installe sur l'ensemble du territoire national, même si elle est mieux « monitorée » dans les 34 districts couverts par le PRN.

* Enquête rapide de couverture des journées locales de supplémentation en vitamine A au Sénégal juillet-août 2005 ; septembre 2005, MSPM/HKI

2) Qualité de la prise en charge

L'enquête réalisée en Mai 2006 en collaboration avec l'OMS dans 10 districts choisis dans 8 régions sur les 11, évaluant la mise en œuvre de la PCIME au niveau de 40 structures sanitaires de premier niveau, a montré des insuffisances dans l'application de la PCIME (seulement 18% des agents de santé supervisés recherchent les signes généraux de danger) et dans les supervisions des postes de santé par les districts (seulement 8 structures sur 40 ont été supervisées dans les 6 mois précédant l'enquête).

Pour la composante 2 relative au renforcement du système de santé, l'enquête a révélé que l'index de disponibilité des huit médicaments oraux essentiels est de 0,63 et celui des six médicaments injectables pour le traitement pré transfert de 0,7. Concernant les 5 vaccins (BCG, PO, Pentavalent, VAR, VAA), l'index était de 0,85. Et seulement 20 % des structures de santé ont bénéficié d'une supervision prenant en compte la prise en charge des cas. Cette situation indique que des efforts sont encore requis pour éviter les ruptures de médicaments et de vaccins, préjudiciables à la qualité des services offerts.

L'enquête a confirmé que les maladies les plus courantes étaient le paludisme (72%), les infections respiratoires aiguës (47%), la diarrhée (23%). Ces maladies sont pour la plupart des cas associés à une malnutrition qui les aggrave. Les résultats relatifs à la prise en charge thérapeutique de ces affectons courantes ont montré un niveau de prise en charge de la diarrhée par SRO faible (56,5% selon l'enquête et 12 % selon EDS IV 2005), contrairement à une prise en charge satisfaisante pour le paludisme (95%).

Pour le paludisme il y a eu introduction des traitements à base d'Artémisinine qui s'est étendu au niveau communautaire grâce à la stratégie ABCD (atteindre les bénéficiaires à travers chaque district) ; tandis que la stratégie communautaire pour la lutte contre les IRA est passée de 4 districts tests en 2003 à 30 en 2007.
Cependant la prise en charge correcte des IRA est corrélée au suivi régulier des agents de santé communautaires qui nécessite l'accompagnement par une ONG bien impliquée, orientée et engagée.

2.2 Financement des activités pour la Survie de la mère et de l'enfant

Le Financement de divers programmes relatifs à la Survie de l'enfant vont du financement des activités du PEV, au financement de la maternité sans risque en passant par les ressources allouées à la PCIME ainsi que celles que les programmes de lutte contre le paludisme et le VIH/SIDA..

D'autres institutions du secteur public (Education nationale, ANCTP, Forces armées, Collectivités Locales…) ainsi que le secteur privé (ONG, Laboratoires pharmaceutiques et entreprises privées,…) participent directement ou indirectement au financement de la santé des populations.

S'agissant des crédits budgétaires du PEV, l'Etat a souscrit à l'Initiative d'Indépendance Vaccinale en 1996 avec l'ouverture d'une ligne budgétaire pour prendre en charge les achats de vaccins. En 1999, 450 millions FCFA ont été inscrits dans le budget de l'Etat pour ces achats de vaccins et consommables. Ce financement a pratiquement doublé en terme d'inscription budgétaire puisqu'il atteint 850 millions FCFA en 2002. Depuis cette date l'enveloppe n'a pas augmenté et le taux d'exécution dépasse difficilement les 50%.

Des partenaires importants soutiennent ce programme. Ainsi, le soutien de GAVI a permis l'introduction de nouveaux vaccins (Pentavalent) pour un montant de financement estimé à 1,35 milliard en 2005. D'ailleurs le coût total du PEV en 2005 a été estimé à 8,8 milliards de FCFA

réparti entre les catégories de coûts suivants : coûts récurrents 50% ; coût en capital 1% ; coûts de campagne 27% et enfin coûts partagés (avec d'autres activités et programmes) 21%. Par rapport à ce financement global, la part de l'Etat atteint 57%. Les autres partenaires importants sont GAVI, OMS et UNICEF.

Les financements globaux destinés à lutte contre le paludisme et le VIH par le Fonds mondial ont permis d'obtenir des subventions d'environ 17 milliards sur 5 ans (2005-2009) pour le paludisme et de l'ordre de 15 milliards pour le VIH (2007-2011). Tandis que dans le cadre de l'initiative présidentielle de lutte contre le paludisme (PMI), le programme paludisme bénéficie d'un financement global d'un montant de 16 700 000 dollars US par année, de 2007 à 2010 et de 23 919 223 Euros dans le cadre du 7eme round du fond mondial pour la période allant de 2007 à 2012. Une partie de ces ressources est utilisée pour le financement de la SMNI.

S'agissant des autres dépenses relatives à la survie de l'enfant, il s'avère difficile de déterminer les montants précis des activités concernées. Toutefois une indication du niveau du financement de certains programmes permet d'apprécier l'insuffisance des ressources pour atteindre les objectifs de survie de l'enfant. Ainsi selon l'étude sur la revue des dépenses publiques de santé en 1997-2002, la nutrition est financée à hauteur de 630 millions Fcfa en 2002 en plus du financement du PRN qui s'élève à 1,5 milliard environ. Pour ce qui est du coût de la prise en charge des enfants dans le cadre de la PTME, le plan d'action 2006-2011 indique un coût global de 2,3 milliards soit un coût annuel moyen de près de 400 millions Fcfa.

En considérant le PEV, la nutrition et la PTME, on peut dire que les activités pour la survie de l'enfant consomment un montant annuel de ressources variant entre 8,2 et 9,8 milliards de Fcfa soit une moyenne annuelle de 9 milliards de FCFA.

Quant aux activités SR, elles reçoivent un financement annuel de l'ordre de 3 milliards de FCFA au début des années 2000 (3,5 milliards en 2001 et 2,7 milliards en 2002).
Au total, un programme alliant la lutte contre la mortalité maternelle et la lutte contre la mortalité infanto-juvénile doit pouvoir compter actuellement sur des ressources d'un montant moyen annuel de 12 milliards de Francs CFA. Seulement, dans les conditions actuelles, seules 27 % de ces ressources sont orientées vers les actions de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.
Il s'agit aussi bien de l'analyse de l'environnement d'un point de vue politique, institutionnel, réglementaire et programmatique en terme de cadres de politiques adoptés par les autorités nationales pour assurer la survie des enfants, que de la mise en évidence des obstacles et des opportunités pour une mise en œuvre efficiente des interventions

Rapport d'évaluation de la qualité de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans les structures de santé de premier niveau au Sénégal, mai 2006

Il s'agit aussi bien de l'analyse de l'environnement d'un point de vue politique, institutionnel, réglementaire et programmatique en terme de cadres de politiques adoptés par les autorités nationales pour assurer la survie des enfants, que de la mise en évidence des obstacles et des opportunités pour une mise en œuvre efficiente des interventions

3.1 Cadres de politiques et paquets minima d'activités

3.1.1Cadres de référence

Tableau VI : Cadres de référence

Documents internationaux ou régionaux de référence	Survie de l'enfant : une Stratégie pour la Région Africaine, 2006 Cadre stratégique de survie de l'enfant de l'Union Africaine, 2006
Documents nationaux de référence	• Déclaration de politique de Population (1988) • Déclaration de politique nationale de santé, 1989 • Lettre de politique sectorielle de la santé, 1997 • Plan National de Développement Sanitaire, 1998-2008 (PDIS 1998-2003 et 2ème phase 2004-2008), MSPM • Document Stratégique de Réduction de la pauvreté, 2ème génération, 2006, MEF • Objectifs du Millénaire pour le Développement, 2004, Min. Plan • Cadre de Dépenses sectorielles à Moyen Terme, 2007-2009, MSPM • Programme National de Développement Local (PNDL) • Programme National d'eaux potables et d'Assainissement du millénaire (PEPAM) • Annuaires statisques 2004, 2005 et 2006- SNIS/MSPM • Lettre de politique de la nutrition
Plans Stratégiques des programmes	• Plan stratégique PCIME, (2002-2007), • Plan Stratégique PEV (2007-2011) • Plan Stratégique Paludisme (2006-2010) • Plan Stratégique SIDA (2007-2011) • Plan Stratégique PRN (2007-2011) • Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (2006-2015)
Directives	• Liste des Médicaments essentiels et tarification • Administration de la vitamine A en routine • Changement protocole thérapeutique palu (ACT) • Gratuité des accouchements et des césariennes • Prix de cession des MII pour les groupes vulnérables • Nouveaux protocoles SR,

Les cadres de référence notés révèlent une grande diversité des actions et des secteurs concernés. La multisectorialité qui est reflétée est un facteur d'engagement collectif pour la réduction de la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. A l'intérieur du secteur de la santé, la multiplicité des acteurs concourant à l'atteinte des résultats escomptés est évidente. Ainsi, les questions essentielles de la mortalité maternelle et de la mortalité infantile sont bien prises en compte dans les documents de référence, mais il convient de s'interroger sur le cadre

institutionnel devant prendre en charge cette pluralité. Plusieurs programmes du MSPM doivent collaborer étroitement. Cette contrainte institutionnelle reflétée dans l'organigramme du MSPM, exige la bonne coordination des actions attendues des divers programmes ainsi qu'une approche stratégique.

Tout ce qui précède justifie le besoin d'un document stratégique qui intègre les actions de l'ensemble des intervenants, à travers une vision claire, des objectifs et des stratégies précis, des activités et des ressources clairement identifiées.

Bien qu'il ne soit pas pertinent de suggérer un bouleversement du cadre institutionnel actuel, il serait utile de créer une cellule de coordination intégrant toutes les structures du Ministère de la Santé ainsi que les agences et autres secteurs intervenant dans la Santé Maternelle, Néonatale et Infantile (SMNI).

3.1.2 Paquets minima d'activités

Avant la nouvelle approche consistant à définir et à mettre en œuvre de manière solidaire et continue des paquets d'interventions essentielles pour répondre aux besoins de santé de la mère et ceux de l'enfant, l'essentiel des actions préconisées était connu, mais développé selon une logique différente.

Tableau VII : PMA dans des catégories de prestations de service

Soins prénatals
• Conseils aux mères et autres membres de la famille (époux, belle mère, grand mère…) sur le régime alimentaire, la diminution de charge de travail, l'importance des 4 CPN, la préparation à l'accouchement, l'allaitement maternel exclusif et la CPON précoce…
• Fournir des suppléments en fer/acide folique et conseils • Sensibiliser et prélever immédiatement les femmes enceintes si accord sur PTME et test VIH • Examiner et référer les anémies graves
• Administrer du mébendazole • Assurer la prophylaxie antipaludéenne • Encourager l'utilisation des moustiquaires imprégnées
• Surveiller gain de poids au cours du deuxième et du troisième trimestre chez la femme enceinte
• Explorer des alternatives pour atteindre les femmes enceintes ou allaitantes lorsque la disponibilité ou l'utilisation des services est faible
Soins à l'accouchement
• Fournir une assistance et conseils en matière allaitement maternel (IHAB, Directives OMS pour VIH)
• Administrer vitamine A en post partum • Vérifier supplémentation en fer / acide folique • Continuer à fournir des suppléments en fer / acide folique jusqu'à six mois après accouchement
• Examiner les mères à la recherche d'anémie grave • Référer / traiter tout cas d'anémie grave
• Donner des conseils en PF et MAMA (*) et sensibiliser sur le suivi promotion de la croissance de l'enfant

Soins post partum
• Evaluer l'AME • Apprendre aux mères à prévenir et résoudre les difficultés d'allaitement
• Encourager une bonne alimentation maternelle et • Promouvoir une charge de travail réduite pour les mères
• Examiner les mères pour déceler des cas d'anémie grave et • Référer / traiter ces cas
• Donner conseils sur la méthode MAMA • Donner des conseils PF compatibles avec l'allaitement maternel • Sensibiliser sur le suivi promotion de la croissance de l'enfant

Services de vaccination
• Vérifier / Compléter la supplémentation de la mère en vitamine A lors de l'administration du vaccin BCG à l'enfant
• Administrer la vitamine A lors des campagnes de masse • Fournir messages appropriés sur l'alimentation
• Vérifier le statut en vitamine A lors de la vaccination de routine • Procéder à la supplémentation en vitamine A de routine • Renforcer les messages appropriés sur la supplémentation en vitamine A
• Sensibiliser sur le suivi et promotion de la croissance des enfants

* méthode relative à l'allaitement maternel et à la contraception

Les paquets minima d'activités ont été déterminés de façon détaillée, par niveau de prestation de service à l'annexe C.

3.2 Goulots d'étranglement, Opportunités et mesures pour une couverture maximale

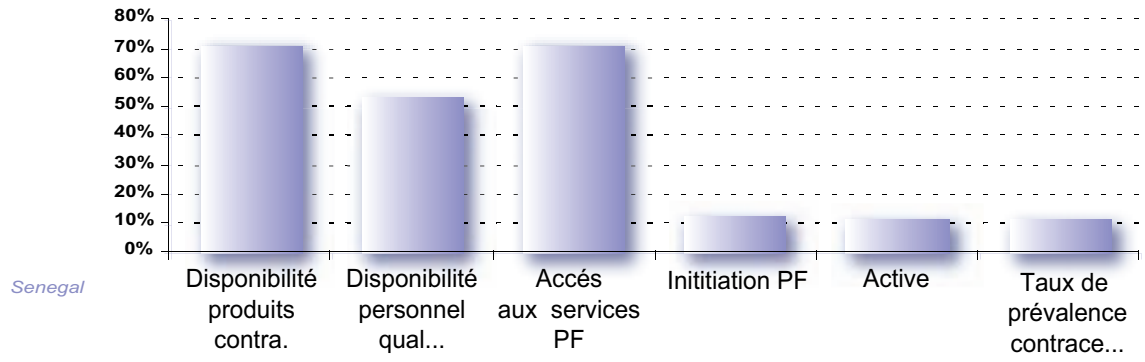
Les performances des interventions sont examinées sous l'angle des actions préventives et curatives couvrant les trois stades suivants : la période avant grossesse jusqu'à l'accouchement, les actions de prévention concernant le nouveau né, le nourrisson et l'enfant sains, les actions curatives portant sur le nourrisson et l'enfant malades. L'effort de mise en évidence des goulots d'étranglement et des opportunités de mise en œuvre des interventions afin de mettre à l'échelle les expériences pertinentes (cf. annexes D,E,F), a été mis à profit pour identifier les stratégies pouvant accélérer l'atteinte des objectifs fixés.

3.2.1 Goulots d'étranglement, opportunités et implications pour les programmes : volet avant la grossesse, grossesse et accouchement (**annexe D**)

L'examen de cette période sensible de la vie de la femme et les interventions sanitaires spécifiques la concernant met en évidence les principaux goulots d'étranglement suivants :

- Les facteurs culturels limitant l'acceptabilité des interventions, tant pour la PF que pour d'autres actions apparemment plus simples comme l'utilisation des moustiquaires imprégnées ;
- Les contraintes sociales ou sociologiques comme la faible implication des hommes, le déficit de communication entre usagers et prestataires ou le niveau élevé d'analphabétisme ;
- Les facteurs liés à la faible disponibilité ou à la qualité des diverses prestations relatives à la santé de la femme en âge de procréer et de la mère ;
- La faiblesse de l'accessibilité géographique et financière aux divers services
- L'insuffisance et la mauvaise répartition du personnel qualifié notamment gynécologue, pédiatre, anesthésiste, instrumentiste, etc. ;
- L'insuffisance de motivation du personnel de santé surtout dans les zones éloignées et difficiles.

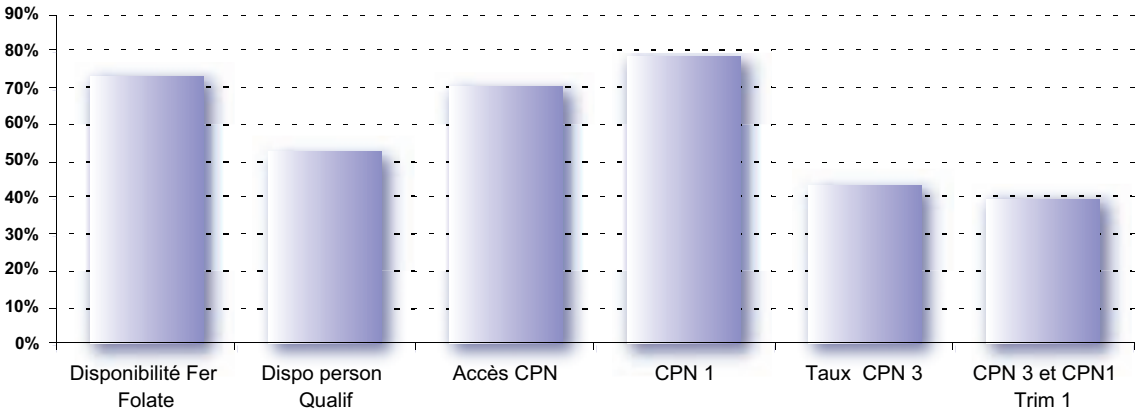
Figure 3 :
Goulots d'étranglement Planification Familiale



Senegal

On constate l'importance des goulots d'étranglement en partant du niveau de la disponibilité des produits contraceptifs à celui très bas de la prévalence contraceptive.

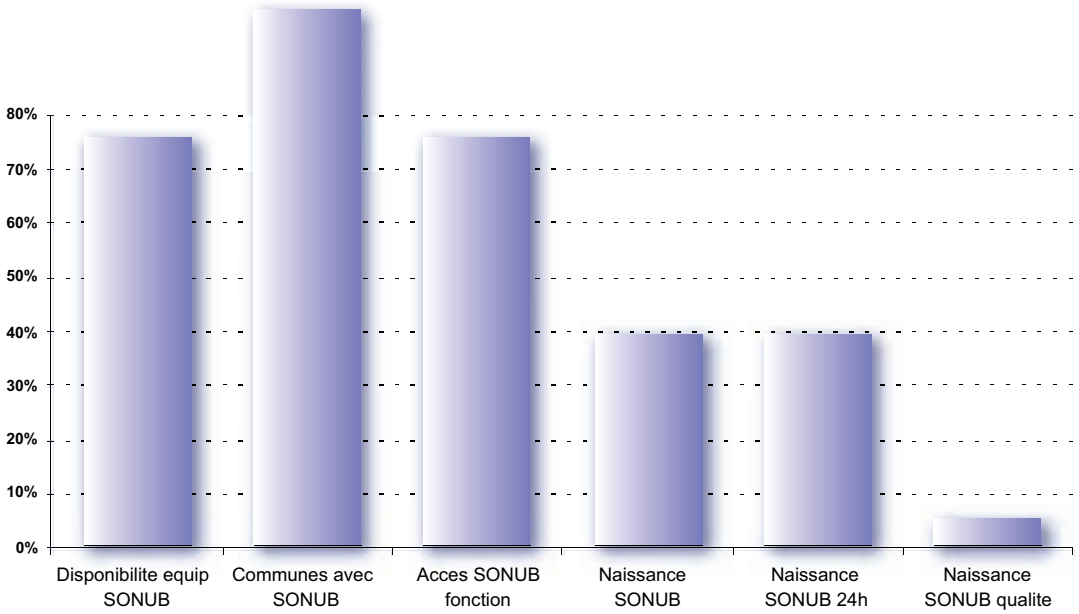
Figure 4 :
Goulots étranglement suivi grossesse



Senegal

constate une déperdition importante entre la CPN1 et la CPN3.

Figure 5 :
Goulots étranglement Accouchements assistés



Au niveau du centre de santé, en dépit de la disponibilité importante des équipements de SONUB, le nombre des naissances réalisées dans des conditions de SONUB de qualité est très bas, autour de 5% de l'ensemble des naissances.

Pourtant de nombreuses opportunités existent pour surmonter les problèmes et obtenir des résultats satisfaisants. On peut noter à cet égard :

- L'engagement politique de l'Etat qui se traduit par diverses mesures dont la création de lignes budgétaires pour la PF et pour l'achat de vaccins pour le PEV, l'adoption de la gratuité des césariennes dans 10 des 11 régions du pays ainsi que de l'accouchement dans certaines régions, engagement des parlementaires pour la maternité à moindre risque ;
- L'engagement des partenaires et d'autres acteurs dont le privé à appuyer l'effort de l'Etat dans la mise en œuvre des diverses interventions pour la santé de la femme en âge de procréer, de la mère et de l'enfant ;
- L'adhésion des communautés à la mise en oeuvre d'approches basées sur leur implication et leur pleine participation telle que la stratégie ABCD du programme paludisme ;
- La densité croissante du réseau de communication au niveau communautaire
- L'amélioration du niveau d'éducation et de scolarisation des filles.

Aussi, convient-il de renforcer voire de réajuster les actions des programmes et des divers acteurs pour accélérer l'atteinte des objectifs visés d'ici 2015 en matière de mortalité maternelle et infanto-juvénile. Parmi les mesures principales à développer on peut retenir :

- Evaluer et renforcer les systèmes de gratuité adoptés par l'Etat sur l'ensemble du territoire national et assurer la subvention des soins prénatals en fixant un forfait qui couvrira le bilan et les ordonnances ;
- Améliorer la couverture et la qualité des interventions, surtout au niveau communautaire, dans certaines régions comme Kolda, Tambacounda, Matam et Saint-louis ;
- Rendre disponible et améliorer la qualité des soins prénatals et postnatals immédiats dans toutes les structures de santé en les dotant d'équipements, de produits et de personnels adéquats pour réaliser les activités de SONUB ou de SONUC ;
- Développer l'éducation et la communication pour le changement de comportement en ciblant les jeunes filles, mais aussi les hommes, les religieux afin de surmonter les obstacles culturels de la PF, d'inciter les femmes au respect des 4 CPN et de l'utilisation des MII.

Le niveau de scolarité des mères étant un facteur essentiel pour la mortalité maternelle, il convient de tirer profit de l'important effort du Gouvernement pour la scolarisation universelle en particulier la grande mobilisation pour relever rapidement le taux de scolarisation des filles au niveau de celui des garçons.
De même, l'engagement des gouvernants à travailler pour l'égalité des sexes rencontre fort heureusement un discours non discordant de la part des chefs religieux. Ceci est de nature à influencer certaines réalités sociologiques traditionnelles et à faciliter la coopération des hommes dans l'adoption de mesures idoines de lutte contre la mortalité maternelle.

3.2.2 Goulots d'étranglement et opportunités et implications pour les programmes : volet nouveau né, nourrisson et enfant sains (annexe E)

S'agissant plus spécifiquement de la santé du nouveau né, du nourrisson et de l'enfant sains, l'analyse de goulots d'étranglement des interventions fournit les informations ci-après :

- Les problèmes d'utilisation liés aux croyances et pratiques culturelles en particulier pour la mise au sein précoce et l'AME ;
- La non disponibilité des aliments en période de soudure ;
- L'ignorance et la pauvreté de la mère par rapport à l'alimentation complémentaire, au déparasitage ou à l'utilisation de la MII ;

- Les problèmes latents du système de soins : accessibilité géographique et financière, disponibilité et qualité des prestations, quantité, qualité et répartition du personnel de santé ;
- Les problèmes spécifiques de la PTME avec la non disponibilité des ARV pour nouveau né, l'insuffisance de la formation du personnel et la non disponibilité des données sur cette question.

De nombreuses opportunités devront être systématiquement exploitées pour améliorer les résultats des interventions :

- L'existence d'interventions ayant un bon niveau d'exécution comme la CPN voire la PCIME qui pourraient jouer un effet d'entraînement ;
- La possibilité d'impliquer les relais et les matrones voire les pères et les grand-mères pour tout ce qui concerne les soins postnatals ainsi que pour l'alimentation du nouveau né ;
- Les sensibilisations à l'occasion des marchés hebdomadaires (loumas) ou à l'occasion des évènements spéciaux (pèlerinages, tontines, mbootay, baptêmes, mariages …) ;
- L'appui de bailleurs de fonds importants (GAVI, Banque Mondiale, BAD, USAID, Fonds Mondial, …) et de partenaires multilatéraux dynamiques (OMS, UNICEF, FNUAP) permettant de disposer d'un niveau de ressources non négligeable ;
- Certains programmes ou initiatives du gouvernement peuvent contribuer de manière décisive à préserver la santé de l'enfant sain. Il s'agit notamment du programme de renforcement nutritionnel 2ème phase (PRN 2), l'association du déparasitage avec les campagnes de masse du PEV, l'ISAARV et le passage à l'échelle de la PTME.

Dès lors quelques mesures importantes s'imposent, telles que :

- Améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge du nouveau né et du nourrisson dans les formations sanitaires ;
- Assurer régulièrement le monitoring des formations sanitaires et procéder à la tenue régulière des revues trimestrielles avec les RM pour constituer la base factuelle des évidences des interventions ;
- Redynamiser les structures « amis de bébés » et toutes les initiatives communautaires autour de la promotion de l'AME et plus généralement de l'implication de personnes clés comme les grand-mères et les pères ;
- Renforcer la responsabilité des collectivités locales et des partenaires locaux dans la gestion, le suivi et l'évaluation des activités sanitaires.

Hormis les efforts en cours dans les programmes PEV et Paludisme, il y a lieu de mettre à l'échelle certaines expériences comme celle concernant la CPON à J3 (trois jours après la naissance) et d'accentuer les efforts pour l'adoption de l'AME.
S'agissant de la tuberculose et du VIH, si l'on est au stade de l'élaboration de politique, norme et protocole pour assurer une prophylaxie convenable des enfants de moins de 5 ans, il en est autrement de la PTME où les goulots d'étranglement seront levés grâce à la disponibilité des ARV, notamment les ARV pédiatriques, et la formation du personnel de santé.

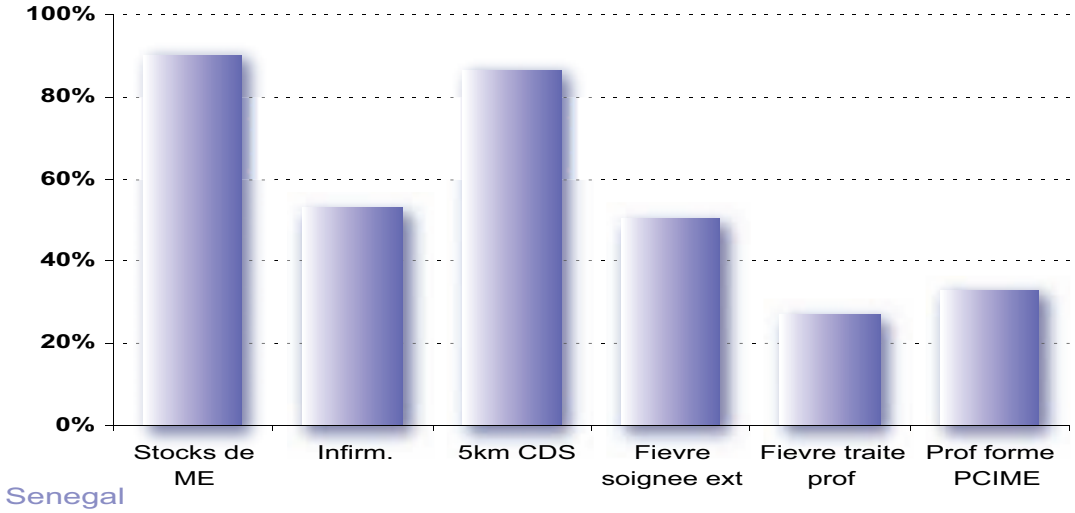
3.2.3 Goulots d'étranglement et opportunités des interventions et implications pour les programmes : volet nourrisson et enfant malades (annexe F)

La prise en charge correcte du nourrisson et de l'enfant malades continue d'être un problème tant au niveau communautaire qu'au niveau de bon nombre de formations sanitaires. Les goulots d'étranglement concernent :

- Le faible accès aux structures de santé, en plus de l'inadéquation des prestations offertes (la forme des produits ainsi que l'insuffisance de formation du personnel au plan communicationnel et au plan de soins pédiatriques particuliers) ;
- L'absence de coins TRO ou la non fonctionnalité des UROCREN au niveau des formations sanitaires ;

- La quasi gratuité de l'essentiel des prestations de soins aux enfants entraîne une faible motivation des ASC qui sont habituellement désintéressés pécuniairement à partir des paiements effectués par les usagers ;
- Une confiance excessive à la médecine traditionnelle avec les premiers recours adressés aux tradipraticiens.

Figure 6 :
Prise en charge Maladie au premier niveau soins



De nombreuses opportunités se présentent pour une prise en charge satisfaisante des nourrissons et des enfants malades :

- L'application de la PCIME communautaire avec l'existence d'ASC et de relais susceptibles de donner les conseils appropriés, ainsi que des pools de formateurs ;
- L'existence de la SRO nouvelle formule (NF) avec des comprimés de Zinc pour une meilleure prise en charge des cas de diarrhée ;
- L'existence d'un solide partenariat avec l'appui des bailleurs et de nombreuses ONGs locales.

Les mesures qui s'en suivent, en plus de couvrir les actions relatives à la fonctionnalité du système de santé, concernent surtout la mise en œuvre de la PCIME à tous les niveaux. Il s'agit de :

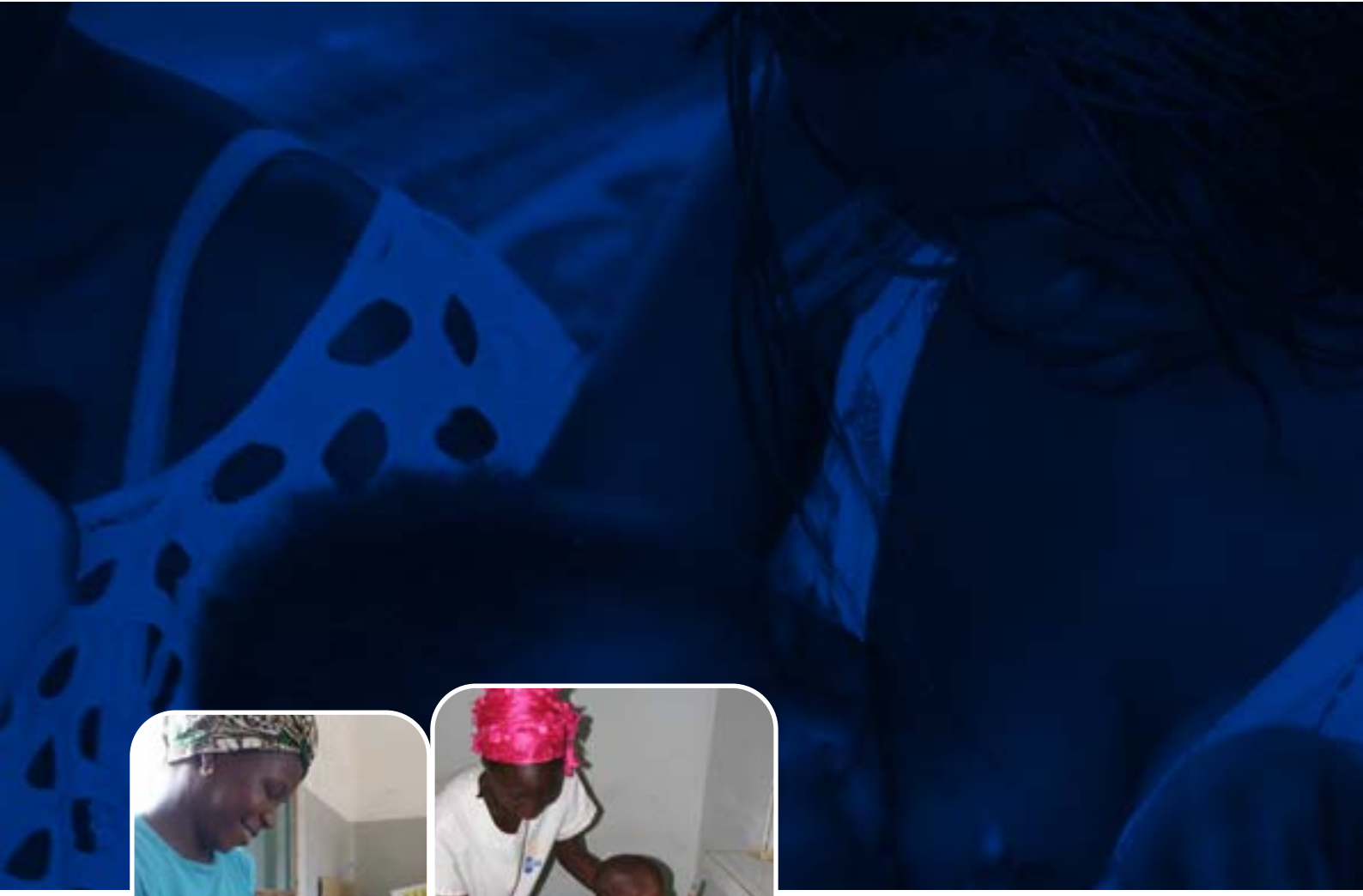
- Améliorer la capacité des formations sanitaires à prendre en charge dans des conditions idoines le nouveau né ou le nourrisson, dont l'opérationnalité des UROCREN ;
- Mettre à l'échelle les stratégies dont l'efficacité est prouvée (exemple des IRA au niveau communautaire) et définir un paquet d'interventions clés au niveau communautaire ;
- Adapter les outils et les manuels de formation aux innovations introduites ;
- Achever les formations en PCIME, notamment pour les régions de Dakar, Diourbel et Saint-Louis
- Assurer une appropriation locale de la mise en œuvre de la PCIME grâce à l'appui conjugué des comités de santé et des collectivités locales ;
- Informer et sensibiliser le personnel, les collectivités locales sur toute directive nouvelle pour son appropriation ;
- Superviser les prestations à tous les niveaux.

Ainsi, les principales stratégies de la prise en charge de l'enfant malade sont, pour l'essentiel, similaires à celles dégagées aux autres stades :

- Renforcement des compétences des prestataires et des ASC ;
- Promotion de la communication en générale et de la Communication interpersonnelle ;
- Plaidoyer pour la disponibilité effective des formes pédiatriques des ACT ;
- Développement des mécanismes de suivi des activités menées au niveau communautaire ;

- Renforcement et élargissement de l'offre de paquets de service au niveau des structures sanitaires et communautaires ;
- Renforcement du partenariat pour le financement, la coordination et la mise en œuvre des activités dans le cadre de la survie de l'enfant ;
- Plaidoyer pour une prise en charge des ASC par les collectivités locales en vue de la pérennisation des activités de santé communautaire.

En résumé, il apparaît que les mesures à prendre, examinées à travers les paquets d'activités, doivent être intégrées et présentées dans un cadre stratégique soutenu par une vision et des objectifs clairs.



CADRE STRATEGIQUE DE LA POLITIQUE DE SANTE DE L'ENFANT

Vision, but et objectifs généraux

CADRE STRATEGIQUE DE LA POLITIQUE DE SANTE DE L'ENFANT

4

4.1 Vision, but et objectifs généraux

4.1.1 Vision

Les enfants de moins de 5 ans sont l'avenir du Sénégal. En 2015, ils jouiront avec leurs mères d'un bon état de santé grâce à des services de santé maternelle, néonatale et infantile accessibles, performants et intégrés, pour leur épanouissement intégral en vue du un développement socio-économique durable du pays.

4.1.2 But

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des enfants de moins de cinq ans en vue d'accélérer l'atteinte des objectifs 4 et 5 du millénaire pour le développement (OMD)

4.1.3 Objectifs généraux

- Réduire la mortalité néonatale de 35‰ en 2005 à 16‰ d'ici 2015 en tenant compte de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales;
- Réduire la mortalité infanto juvénile de 121‰ en 2005 à 44‰ d'ici 2015 conformément aux OMD.

4.2 Axes stratégiques, domaines prioritaires d'intervention et objectifs spécifiques

Trois axes stratégiques ont été déterminés :

1. Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet intégré d'interventions de qualité pour la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant,
2. Augmentation de la demande et de l'utilisation des services par les populations notamment les groupes vulnérables ,
3. Création d'environnements institutionnel, réglementaire et économique favorables au passage à l'échelle du paquet d'interventions.

A partir de ces axes, des domaines ont été identifiés et pour chaque domaine, des objectifs spécifiques ont été définis pour permettre l'atteinte des OMD.

AXE 1	*Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet intégré d'interventions de qualité pour la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant*

DOMAINE 1 :	**Paquet de soins de santé ante et prénatales**
Objectif spécifique 1	Atteindre un taux de couverture adéquat d'au moins 80% du paquet de soins prénatal de qualité dans 100% des districts d'ici 2015
Objectif spécifique 2	Atteindre une prévalence contraceptive de 45%

DOMAINE 2 :	**Travail, Accouchement et Post partum immédiat**
Objectif spécifique 1	Atteindre 90% des accouchements par du personnel qualifié (médecins, SFE, IDE)
Objectif spécifique 2	Prendre en charge au moins 90% des complications liées aux Accouchements
Objectif spécifique 3	Effectuer la surveillance du travail dans 100% des cas par le partogramme dans les structures sanitaires
Objectif spécifique 4	Assurer à 100% des enfants qui naissent dans les structures de santé le paquet de soins essentiels (maintien de la Température, soins du cordon, soins des yeux, mise au sein précoce, administration de réanimation au besoin, initiation à l'AME)

DOMAINE 3 :	**Soins post natals**
Objectif spécifique 1	Atteindre un taux de couverture adéquate de 70% en CPON chez la mère et le nouveau né
Objectif spécifique 2	Atteindre un taux de couverture de 80% de soins spécifiques aux nouveau-nés malades et de faible poids
Objectif spécifique 3	Assurer à 80% des femmes séropositives ayant accouché en structures et à leurs nouveaux nés une prophylaxie ARV adéquate

DOMAINE 4 :	**Soins du NRS et de l'enfant**
Objectif spécifique 1	Assurer la prise en charge adéquate d'au moins 80% des enfants malades (paludisme, pneumonie, diarrhée, malnutrition, noma) au niveau des structures et de 80% au niveau communautaire
Objectif spécifique 2	Atteindre au moins un taux de couverture de 80% en MII chez le NRS et l'enfant
Objectif spécifique 3	Atteindre au moins un taux de couverture de 80 % d'allaitement maternel exclusif (AME)
Objectif spécifique 4	Assurer une alimentation complémentaire adéquate à 90% des enfants
Objectif spécifique 5	Assurer un taux de couverture de 95% de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage des enfants de moins de 5 ans
Objectif spécifique 6	Atteindre un taux de couverture d'au moins 90% d'ECV
Objectif spécifique 7	Réduire d'au moins 50% la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans
Objectif spécifique 8	Assurer la prise en charge d'au moins 80% d'enfants séropositifs de 0 à 5 ans

Objectif spécifique 1	D'ici 2011, renforcer en équipements les structures pour une prise en charge adéquate de l'accouchement, du nouveau-né et des enfants de moins de 5 ans
Objectif spécifique 2	Renforcer les infrastructures selon les normes établies

	DOMAINE 6 : **Qualité des services**
Objectif spécifique	Mettre en œuvre dans au moins 80% des PPS, le système d'assurance qualité centré sur la SMNI.

AXE 2	*Augmentation de la demande et de l'utilisation des services par les populations notamment les groupes vulnérables*

DOMAINE 1 :	**Renforcement de capacité de la communauté**
Objectif spécifique	D'ici 2015, amener 80% des agents de santé communautaire (ASC, matrones, relais, OCB) à mettre en oeuvre la SMNI-c

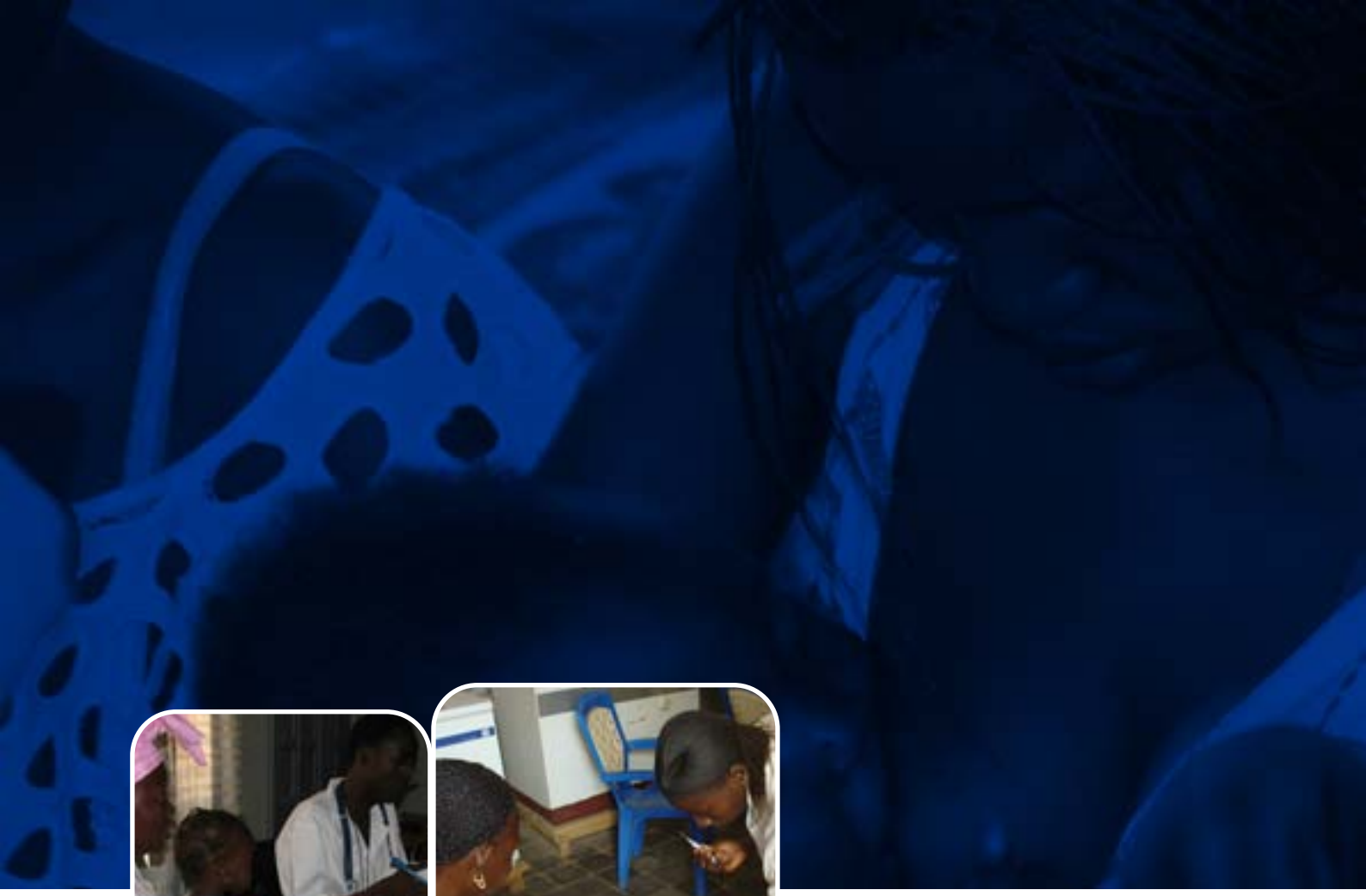
DOMAINE 2 :	**Renforcement de la Communication pour le changement de comportement**
Objectif spécifique	D'ici 2015, amener au moins 80% des mères ou gardiennes d'enfants de 0 à 5ans, à adopter des comportements favorables au paquet SMNI

AXE 3	*Création d'environnements institutionnel, réglementaire et économique favorables au passage à l'échelle du paquet d'interventions*

DOMAINE 1 :	**Cadres institutionnel et réglementaire**
Objectif spécifique 1	Redynamiser d'ici fin 2008 le cadre de concertation intrasectorielle de collaboration dans le cadre de la SMNI
Objectif spécifique 2	Amener tous les Ministères concernés à prendre en compte la dimension SMNI dans leurs interventions prioritaires

DOMAINE 2 :	**Mobilisation ressources financières**
Objectif spécifique	Accroître à 80% les ressources financières allouées aux programmes relatifs à la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant

DOMAINE 3 :	**Ressources humaines**
Objectif spécifique	Accroître d'au moins 80% la disponibilité du personnel en quantité et en qualité pour la mise en œuvre des interventions.



STRATÉGIES, PAQUETS D'INTERVENTIONS ET LIGNES D'ACTION

Stratégies, paquets d'interventions et lignes d'action

Des stratégies transversales ont été mises en évidence pour atteindre les objectifs. Ces stratégies permettent de passer à l'échelle les paquets d'interventions essentielles pour la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant tenant compte du cycle de vie et du continuum de soin.
Sous chaque stratégie, des lignes d'action ont été dégagées en prenant en considération les informations de terrain mentionnées dans le chapitre de l'analyse de situation.

STRATEGIES :

STRATEGIE 1	Révision des curricula et renforcement des compétences des prestataires de Services
STRATEGIE 2	Mise en œuvre d'une politique cohérente de gestion des ressources humaines
STRATEGIE 3	Mise en place d'un système de développement de la qualité des services
STRATEGIE 4	Renforcement des capacités physiques, techniques et gestionnaires du système de santé
STRATEGIE 5	Développement de la communication pour le changement de Comportement
STRATEGIE 6	Renforcement des capacités de la communauté et des acteurs communautaires pour la mise en œuvre adéquate des paquets SMNI
STRATEGIE 7	Renforcement des mécanismes de collaboration intra et multi sectorielle en faveur de la mère du nouveau-né et de l'enfant
STRATEGIE 8	Développement des ressources financières et matérielles

SELECTION DES INTERVENTIONS ESSENTIELLES

Conformément à la Stratégie Régionale pour la Survie de l'enfant, laquelle est basée sur l'exploitation des évidences scientifiques en matière d'interventions en santé publiées dans les revues spécialisées, 5 groupes d'interventions essentielles sont retenus.
La mise en œuvre de toutes ces interventions, dans le cadre du plan national de survie de l'enfant, nécessite le passage progressif à l'échelle à travers trois phases, correspondant aux trois paquets suivants :

- le paquet minimum de 2007 à 2008,
- le paquet élargi de 2009 à 2011
- le paquet maximum de 2012 à 2015.

Tableau VIII : Soins prénatals

Soins prénataux			
Intervention	**Paquet minimum**	**Paquet élargi**	**Paquet maximum**
Famille et communauté	• Counseling sur la préparation à l'accouchement, reconnaissance des signes de danger et la recherche de soins précoces pour la mère et le nouveau-né, l'AME, soins au nouveau-né, la nutrition, la PF en post-partum • Supplémentation en Fer acide folique • Prévention du paludisme en dormant sous MII	***Paquet minimum*** • Déparasitage de routine • Proposition et acceptation du test de dépistage volontaire (PTME) • Pulvérisation intra domiciliaire dans les zones de transmission élevée	***Paquet élargi***
FS de 1er niveau	• Vaccination VAT 2 • Counseling sur la préparation à l'accouchement, reconnaissance des signes de danger et la recherche de soins précoces pour la mère et le NN, l'AME, soins au NN, la nutrition, la PF en post-partum • Supplémentation en FAF • Détection et référence de toute complication • Traitement préventif du paludisme • Prévention du paludisme en dormant sous MII • Proposition, acceptation du test de dépistage volontaire (PTME)	***Paquet minimum +*** • diagnostic et traitement de la syphilis • Déparasitage de routine	***Paquet élargi +*** • Réalisation et résultats du test de dépistage volontaire (PTME) • Prévention de la transmission du VIH de la Mère et de l'Enfant par les ARV

Tableau IX : Accouchements et soins immédiats

Soins prénataux			
Intervention	**Paquet minimum**	**Paquet élargi**	**Paquet maximum**
FS de référence	• Vaccination VAT 2 • Counseling sur la préparation à l'accouchement, reconnaissance des signes de danger et la recherche de soins précoces pour la mère et le NN, l'AME, soins au NN, la nutrition, la PF en post-partum • Supplémentation en FAF • Détection et traitement de toute complication • Diagnostic et traitement de la syphilis • Traitement préventif du paludisme • Prévention du paludisme en dormant sous MII • Proposition Acceptation et réalisation du test de dépistage volontaire PTME • Prévention de la transmission du VIH de la Mère & Enfant par les ARV	• Détection et traitement des infections urinaires asymptomatiques • Déparasitage de routine	***Paquet élargi***

Tableau X : Soins post natals

Accouchement et soins immédiats			
Intervention	**Paquet minimum**	**Paquet élargi**	**Paquet maximum**
Famille et Communauté	• Soutien social support (accompagnement) pendant l'accouchement • Recours précoce aux soins	***Paquet minimum* +** • Soins spécifiques pour le NN de faible poids • Soins postnatals adaptés pour la mère et le NN y compris: réanimation avec gestes simples si besoin, soins hygiénique du cordon, le maintien de la température, mise au sein précoce et AME (sauf en cas de réanimation)	
FS de 1er niveau	• Soutien social support (accompagnement) pendant l'accouchement • Accouchement • Soins postnatals qualifiés pour la mère et le NN y compris: réanimation si besoin, soins hygiénique du cordon, le maintien de la température, initiation précoce de l'AM et AME • Soins spécifiques pour le NN de faible poids	***Paquet minimum* +** • Accouchement assisté • Monitoring du travail et accouchement assisté par un personnel qualifié y compris utilisation du partogramme et gestion active du 3e stade du travail • SONU de Base (sauf ventouse) • AB pour rupture prématurée des membranes	***Paquet élargi* +** **Prévention de TME du VIH par les ARV et alimentation appropriée du NN**
FS de Référence	• Monitoring du travail et accouchement assisté par un personnel qualifié y compris utilisation du partogramme et gestion active du 3e stade du travail • Soutien social support (accompagnement) pendant l'accouchement • Soins postnatals qualifiés pour la mère et le NN y compris: réanimation si besoin, soins hygiénique du cordon, le maintien de la température, initiation précoce de l'AM et AME • Soins spécifiques pour le NN de faible poids • AB pour rupture prématurée des membranes	*Paquet minimum* + • SONU de Base • Corticostéroïdes pour travail prématuré • Prévention de TME du VIH par les ARV et alimentation appropriée du NN	***Paquet élargi* +** **SONU Complet**

Tableau XI : prévention des maladies de l'enfant

Soins post natals			
Intervention	**Paquet minimum**	**Paquet élargi**	**Paquet maximum**
Famille & communauté	• Allaitement Maternel Exclusif • Maintien de la température • Soins hygiéniques du cordon • Recherche des soins pour le NN malade en temps opportun • Conseils pour : - espacement naissances ≥ 24 mois - le suivi CPON et vaccination - l'utilisation de MII - l'alimentation de la mère allaitant	Paquet minimum + • Conseils Alimentation appropriée du NN de mère VIH • Prise en charge des infections locales (Identification des signes de référence) • Promotion de la méthode Kangourou (petits poids de naissance) • Soins spécifiques du NN avec faible poids à la naissance • Supplémentation en fer et acide folique (prévention de l'anémie chez la mère). • Vitamine A (mère)	**Paquet élargi +** • **Réanimation du NN (Stimulation, maintien de la température, référence)**
FS de 1er niveau	• Allaitement Maternel Exclusif • Maintien de la température • Soins hygiéniques du cordon • Recherche des soins pour le NN malade en temps opportun • Prise en charge des infections locales • Réanimation du NN • Prise en charge du NN malade (infections, asphyxie, prématurité, problèmes d'alimentation) • Espacement naissances ≥ 24 mois • Vitamine A (mère) • Supplémentation en fer et acide folique (prévention de l'anémie chez la mère). • Vaccination BCG & Polio 0	***Paquet minimum +*** • Soins spécifiques du NN avec faible poids à la naissance • Promotion de la méthode Kangourou (petits poids de naissance) • Prévention de TME du VIH par les ARV • Conseils Alimentation appropriée du NN de mère VIH	***Paquet élargi***
FS de référence	• Allaitement Maternel Exclusif • Maintien de la température • Soins hygiéniques du cordon Recherche des soins pour le NN malade en temps opportun • Prise en charge des infections locales • Réanimation du NN • Prise en charge du NN malade (infections, asphyxie, prématurité, problèmes d'alimentation) • Espacement naissances ≥ 24 mois • Vitamine A (mère) • Supplémentation en fer et acide folique (prévention de	*Paquet minimum +* • Soins spécifiques du NN avec faible poids à la naissance • Promotion de la méthode Kangourou (petits poids de naissance) • Prévention de TME du VIH par les ARV Conseils Alimentation appropriée du NN de mère VIH	***Paquet élargi***

Tableau XII : Traitement des maladies de l'enfant

Traitement des maladies de l'Enfant			
Intervention	**Paquet minimum**	**Paquet élargi**	**Paquet maximum**
Famille & communauté	• TRO, SRO & autres liquides (diarrhée) • Antipaludiques pour paludisme (Cases de Santé) • Soins buccaux locaux (dakin dilué) et conseils d'hygiène et alimentaire et référence à l'ICP si tuméfaction de la joue ou ulcération buccale	***Paquet minimum +*** • Antibiotiques pour pneumonie • Antibiotiques pour dysenterie • Vitamine A pour rougeole • Zinc pour diarrhée	***Paquet élargi***
FS de 1er niveau	• TRO, SRO & autres liquides (diarrhée) • Antibiotiques pour pneumonie • Antipaludiques pour paludisme • Antibiotiques pour dysenterie • Vitamine A pour rougeole • Zinc pour diarrhée • Soins buccaux locaux (Dakin dilué ou bain de bouche avec hextril) et conseils d'hygiène et alimentaire, et antibiothérapie avec amoxicilline et métronidazole (noma) ; référence après antibiothérapie injectable en traitement prétransfert si ulcération buccale étendue, haleine fétide, plaque noiratre de la joue	***Paquet minimum +*** • Antibiotiques pour septicémie • Prise en charge de la malnutrition sévère • Prise en charge pédiatrique du VIH/SIDA (soutien psycho social)	***Paquet élargi***
FS de référence	• TRO, SRO & autres liquides (diarrhée) • Antibiotiques pour pneumonie • Antipaludiques pour paludisme • Antibiotiques pour dysenterie • Vitamine A pour rougeole • Zinc pour diarrhée • Prise en charge de la malnutrition sévère • Chirurgie au stade de mutilation faciale	*Paquet minimum +* • Antibiotiques pour septicémie • Prise en charge pédiatrique du VIH/SIDA(soutien psycho social)	***Paquet élargi***

LIGNES D'ACTION

S1. Révision des curricula et renforcement des compétences des prestataires de services

- Réviser les modules de formation PCIME en intégrant la prise en charge du nouveau-né de 0 à 7 jours, VIH/SIDA, Zinc, SRO nouvelle formule
- Réviser les curricula des écoles de formation de base (infirmiers, assistants infirmiers, hygiénistes, sages-femmes, pharmaciens, médecins) en prenant en compte les paquets de services maternels, néonatals et infantiles
- Intégrer le paquet SMNI dans les curricula de formation dans les facultés et écoles de formation de base
- Élaborer et mettre en œuvre un plan de formation continue du personnel de santé prenant en compte les nouvelles directives pour la prise en charge de la SMNI
- Former et recycler au besoin les prestataires en SONUB, en soins du nouveau né, en PCIME, prise en charge des cas de malnutrition, PTME et en gestion des médicaments et autres intrants.

S2. Mise en œuvre d'une politique cohérente de gestion des ressources humaines

- Renforcer les initiatives en cours pour accroître la disponibilité des RH notamment l'augmentation des capacités des écoles de formation, du nombre des Centres Régionaux de Formation et la promotion des écoles privées de formation.
- Renforcer le partenariat avec les institutions de formation et les institutions de recherche
- Mettre en œuvre la politique de maintien du personnel aux postes dans les zones éloignées et difficiles
- Couvrir les besoins en personnels qualifiés de toutes les structures de santé en faisant appel au besoin à la coopération internationale

S3. Mise en place d'un système de développement de la qualité des services

- Rendre effective la communication interpersonnelle client/prestataire
- Appliquer les approches d'assurance qualité (évaluation des performances, accréditation, COPE…)
- Rendre les structures plus accueillantes/conviviales (soutien aux patients, unités d'accueil et d'hospitalisation)
- Élaborer et mettre en œuvre un plan de supervision et de suivi post formation du personnel de santé et communautaire
- Adapter les grilles de supervision en intégrant le paquet SMNI
- Réorganiser les points de prestations de services (PPS) en définissant les rôles et tâches de chaque prestataire ainsi que le circuit de la mère, du nouveau né et de l'enfant
- Assurer la supervision formative intégrée

S4. Renforcement des capacités physiques, techniques et managériales du système de santé

- Améliorer la couverture sanitaire (construire, réhabiliter…)
- Doter les structures en équipements adéquats selon les besoins
- Vulgariser le paquet SMNI à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Doter chaque Poste de santé d'une maternité

- Rendre fonctionnelles les structures de SONUC existantes
- Rendre fonctionnelles les UROCREN
- Assurer la disponibilité et la sécurisation des produits SR et équipements appropriés de prise en charge des mères, des nouveau-nés et des enfants au niveau des points de prestation
- Mettre en place un système de maintenance des équipements pour tous les niveaux
- Renforcer le système de référence et de contre référence (transport médicalisé, communication, outils de gestion…)
- Renforcer le système d'information sanitaire (ressources humaines, supervision, mise à jour des outils …)
- Assurer la surveillance épidémiologique intégrée
- Renforcer la gestion des programmes et activités (planification, monitoring et évaluation) à tous les niveaux du système de santé
- Rendre effective l'offre du paquet de soins intégrés en stratégie avancée
- Assurer une évaluation régulière des districts basée sur les contrats de performance prenant en compte les priorités en SMNI
- Subventionner les services (accouchement et césarienne, forfait CPN, produit PF, MII, médicaments antipaludiques,…) en vue d'une meilleure accessibilité financière

S5. Développement de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC)

- Mettre à jour les supports d'IEC existants en prenant en compte le paquet SMNI
- Documenter et étendre les expériences réussies en CCC (grand mères, pères)
- Organiser des activités de communication de masse (communauté)
- Organiser des activités de communication de proximité (mères/gardiennes d'enfants, grand-mères, pères et leaders d'opinion)
- Faire le plaidoyer auprès des collectivités locales pour le plein exercice de leurs responsabilités en faveur du changement de comportement

S6. Renforcement des capacités de la communauté et des acteurs communautaires pour la mise en œuvre adéquate du paquet SMNI

- Promouvoir la solidarité communautaire (caisses, mutuelles, assurances…)
- Renforcer le pouvoir de décision des femmes (ex : Activités Génératrices de Revenus) et l'implication des hommes en faveur d'une affectation de ressources financières substantielles pour la prise en charge de la SMNI
- Renforcer le pouvoir de la communauté et en particulier celui des femmes dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des projets et programmes de SMNI (ex : projet «ABCD»)[1] afin de permettre plus facilement l'appropriation, le changement de comportement et la pérennisation des interventions.
- Faire le plaidoyer auprès des collectivités locales pour le plein exercice de leurs responsabilités en vue de la mise en place d'un système de suivi
- Rendre opérationnelles les cases de santé en matière de prise en charge du nouveau-né (équipements, coins du nouveau-né),
- Former les ASC et matrones sur les paquets de soins SMNI
- Former les Relais (GIE relais, OCB, GPF) sur les techniques de communication en SMNI
- Orienter les tradipraticiens et autres acteurs sur les signes de danger en matière de SMNI

[1] Projet ABCD : « Atteindre les Bénéficiaires Communautaires à travers les Districts » est un projet impliquant les communautés dans la mise en œuvre et le suivi des activités menées dans la le cadre de la lutte contre le paludisme

S7. Renforcement des mécanismes de collaboration intra et multisectorielle en faveur de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

- Créer un comité de pilotage avec des démembrements au niveau région et district pour le suivi et la coordination des activités SMNI
- Réactualiser la lettre de politique sectorielle en l'articulant aux OMD/DSRP
- Créer des organes d'appui et de suivi pour l'atteinte des OMD portant spécifiquement sur la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant
- Rendre efficace la concertation et la coordination pour une planification conjointe entre les directions, divisions, programmes et services du MSP s'occupant de la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant
- Créer un cadre de concertation multisectoriel pour la planification, la coordination des activités des différentes directions du Ministère de la santé et des Ministères qui interviennent dans la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant
- Impliquer les collectivités locales dans l'élaboration des PO des districts pour une meilleure appropriation de la survie de l'enfant
- Faire le plaidoyer auprès des Collectivités Locales pour l'intégration et le financement des activités liées à la santé lors de l'élaboration des Plans Locaux de Développement (PLD) et pour l'apport de fonds d'impulsion
- Élaborer un plan de suivi évaluation avec tous les partenaires impliqués

S8. Développement des ressources financières et matérielles

- Réviser le CDSMT en rapport avec les paquets d'interventions Mère - Nouveau-né - Enfant
- Créer un cadre de collaboration entre le MSP, le Ministère des finances et du plan, la Cellule de Lutte contre la Malnutrition pour une plus grande mobilisation et allocation des ressources en faveur de la SMNI
- Renforcer les capacités du personnel du MSP dans la mobilisation des ressources financières
- Sensibiliser les Collectivités Locales pour l'allocation d'une part plus importante de leur budget à la SMNI
- Intégrer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans les programmes et différentes initiatives de développement (PNDL, Stratégie de croissance accélérée)
- Faire un plaidoyer auprès des secteurs privé et parapublic pour une contribution plus importante au financement de la SMNI
- Assurer la promotion du partenariat
- Elaborer/adapter les outils de plaidoyer : Reduce – Alive, Profile

4.4 Modalités de mise en œuvre du plan stratégique

La mise en œuvre du plan suppose à la fois un effort important de leadership au niveau de la direction de la santé et plus particulièrement au niveau des deux divisions en charge des cibles visées : la DANSE pour la santé de l'enfant et la DSR pour la santé de la femme. Ce découpage institutionnel n'est évidemment pas favorable à priori pour une mise en œuvre cohérente et intégrée des actions de la stratégie.

Modalités de mise en œuvre du plan stratégique

La mise en œuvre du plan suppose à la fois un effort important de leadership au niveau de la direction de la santé et plus particulièrement au niveau des deux divisions en charge des cibles visées : la DANSE pour la santé de l'enfant et la DSR pour la santé de la femme. Ce découpage institutionnel n'est évidemment pas favorable à priori pour une mise en œuvre cohérente et intégrée des actions du plan. C'est pourquoi il est développé plus loin un point portant spécifiquement sur le pilotage du plan.

Tableau XIII : Plan d'intervention à court ,moyen et long terme : interventions et performances attendues

Données de base	Phase I 2007-2008	Phase II 2009-2011	Phase III 2012-2015
1. Services à base communautaire			
1.1 Prévention / Hygiène et Assainissement			
MII chez enfants de moins de 5 ans	73%	81%	90%
MII femmes enceintes	50 %	80 %	80 %
Accès eau potable			0 %
Hygiène assainissement			90 %
Lavage des mains	50 %	70 %	85 %
Utilisation du préservatif		50 %	90 %
1.2 Prise en charge du nouveau-né au niveau communautaire			
Initiation précoce de l'Allaitement Maternel et maintien de la température	19 %	39 %	60 %
PEC petit poids de naissance		39 %	60 %
1.3 Alimentation du jeune enfant			
Allaitement maternel exclusif 0-6 mois	50 %	60 %	75 %
Allaitement prolongé jusqu'à 24 mois	97 %	97 %	97 %
Alimentation complémentaire	63 %	70 %	84 %
PEC communautaire OEV			80 %
1.4 Prise en charge des maladies au niveau communautaire			
Thérapie de réhydratation orale (nouvelle formule)	45 %	60 %	80 %
Zinc thérapeutique		60 %	80 %
PEC paludisme case de santé par ACT	60 %	70 %	80 %
PEC pneumonie case de santé		60 %	80 %

PEC communautaire des diarrhées et diarrhées sanglantes		60 %	80 %

2. Services de santé

2.1 Prévention chez adolescents et adultes			
Planification familiale		25 %	45 %
2.2 Prévention pendant la grossesse			
CPN recentrée (y inclus conseils à la préparation a l'accouchement, information sur complications mère, NNé, AM, PF)	49 %	67 %	80 %
Vaccination Tétanos	70 %	80 %	90 %
Déparasitage systématique femme enceinte		59 %	78 %
Détection et traitement de la syphillis		59 %	78 %
Prévention et traitement de l'anémie clinique pendant la grossesse	49 %	59 %	78 %
MII chez les femmes enceintes en CPN	49 %	59 %	78 %
TPI	49 %	59 %	78 %
2.3 Prévention et prise en charge du VIH SIDA			
PTME (Dépistage, test conseil, ARV, conseil allaitement)	24 %	47 %	73 %
PTME prévention et traitement enfant VVIH avec ARV		47 %	73 %
Préservatifs	31 %	47 %	73 %
Prophylaxie au co-trimoxazole des mères séropositives/ traitement IO			73 %
Prophylaxie au co-trimoxazole des enfants de mères séropositives			73 %
2.4 Prévention et prise en charge des maladies de l'enfant			
Vaccination rougeole	64 %	77 %	85 %
BCG	92 %	92 %	92 %
VAT	85 %	85 %	85 %
Polio 0	64 %	77 %	85 %
Pentavalent	64 %	77 %	85 %
Fievre jaune	64 %	77 %	85 %
Vaccin méningite		77 %	85 %

Vaccin Pneumocoque			85 %
Vaccin Rotavirus			85 %
Supplémentation Vitamine A	64 %	77 %	85 %
Zinc préventif		77 %	85 %
MII pour enfants au cours du PEV	64 %	77 %	85 %

3. Services de santé en stratégie fixe au premier niveau de soin			
3.1 prise en charge de la mère et du nouveau-né			
Accouchement assisté par personnel qualifie	60 %	70 %	90 %
SONUB (y inclus soins postnatals qualifiés pour la mère et NNé)	60 %	70 %	90 %
Réanimation du Nné	52 %	65 %	90 %
Corticoïdes pour le travail prématuré			90 %
Antibiotiques pour la rupture prématurée des membranes		40 %	90 %
Traitement éclampsie		52 %	90 %
3.2 Prise en charge de la maladie au premier niveau de soin			
PEC pneumonie	25 %	40 %	70 %
Antibiotiques pour les diarrhées et diarrhées sanglantes	45 %	61 %	81 %
PEC de la diarrhée par le zinc		61 %	81 %
ACT enfants		61 %	81 %
Quinine pour paludisme sévère	45 %	61 %	81 %
ARV pour enfants vivant avec VIH		61 %	81 %
ARV pour femmes enceintes VVIH		61 %	81 %
3.3 Structure de référence primaire (centre de santé)			
SONUB et soins essentiels de base NNé	19 %	36 %	70 %
SONUC (y inclus soins intensifs NNé)	22 %	40 %	70 %
PEC cas sévères	17 %	36 %	66 %
PEC ictère hémolytique du Nné	10 %	23 %	66 %
Urgences néonatales	17 %	36 %	66 %
PEC paludisme compliqué	17 %	36 %	66 %
ARV pour enfants VVIH	17 %	36 %	66 %

ARV pour femmes enceintes séropositives	17 %	36 %	66 %
PEC TB résistants			66 %
3.4 PEC second niveau de référence (hôpitaux)			
SONUC (y inclus soins intensifs NNé)	32 %	55 %	79 %
Autres urgences aigües			79 %

FINANCEMENT ET UTILISATION DES RESSOURCES MOBILISEES

4.5.1 Financement du plan stratégique par les sources principales

Tableau XIV : Sources des ressources additionnelles destinées au financement du plan stratégique

Sources / Phases	PHASE I	PHASE II	PHASE III
Budget Etat en %	14 %	24 %	37 %
GFATM, GAVI, AIR Taux en %	55 %	45 %	25 %
Autres partenaires en %	31 %	31 %	38 %
Total en %	**100 %**	**100 %**	**100 %**

Il est intéressant de noter l'évolution des ressources sur les 3 phases :

- Si dans la phase I du PNSE les contributions financières les plus importantes proviennent des grands bailleurs étrangers (fonds mondial et GAVI), en phase II ce sont les autres partenaires (dont les populations) qui détiennent la 1ère place, suivis de très près par l'Etat ;
- le budget de l'Etat passe de 14 % dans la phase I à 37 % en phase III ;
- les ressources des grand bailleurs (GAVI, Fond Mondial, etc.) passent de 55 % en phase I à 25 % en phase III soit une réduction de plus de 50% ;
- quant aux ressources des autres partenaires notamment les ressources des populations, elles passent de 31 % dans la phase I à 38 % dans la phase III.

On peut donc globalement conclure qu'il y aura un effort croissant de financement au niveau national ce qui donne davantage de chance pour la pérennisation des interventions.

4.5.2 Utilisation des ressources mobilisées

Les principaux domaines de développement du PNSE se répartissent fondamentalement entre cinq à sept programmes : le paludisme (coûts non maîtrisés pour les cibles PNSE), la Santé de la Reproduction, le Programme Elargi de Vaccination, le couple TB / Sida (plus spécifiquement la PTME), la nutrition et la PCIME. Ces deux derniers programmes et d'autres actions relèvent des responsabilités institutionnelles de la DANSE.
Une exploitation de diverses études indiquent les niveaux de financement des programmes concernés, comme suit :

- DANSE (avec nutrition, PCIME, ETC.) pour 650 millions FCFA l'an ;
- SR pour un montant annuel de 3 milliards de FCFA ;
- PEV pour un montant annuel de 8,8 milliards de FCFA ;
- PTME dont le montant annuel est estimé à 400 millions FCFA.

Il est vrai que les chiffres ci-dessus ne reflètent pas le même contenu, comme par exemple le montant pour le PEV qui inclut les ressources humaines du programme.

Au total, on peut néanmoins considérer qu'en l'an zéro du PNSE, les ressources disponibles sont globalement estimées à 12,850 milliards FCFA.

4.5.3 Utilisation des ressources mobilisées

Tout au long de ce document, le dollar est retenu à un taux de 1 pour 500 Francs CFA.

Tableau XV : Estimation budgétaire du plan par domaine principal Phase I
En millier de dollars USD est retenu à un taux de 1 pour 500 Francs CFA

Domaines d'action	Année 1	année 2	Total	En %
DANSE	6 775	11 473	18 248	37 %
Paludisme	2 159	4 038	6 197	12 %
PEV	3 904	8 317	12 221	24 %
Santé de la Reproduction	873	1 990	2 862	6 %
TB/SIDA	2 980	7 233	10 213	21 %
Total	**16 691**	**33 051**	**49 742**	**100 %**

Il apparaît qu'en phase I, les ressources additionnelles seront, pour un peu plus du 1/3 des financements nécessaires, orientées vers des actions dont la responsabilité incombera principalement à la DANSE.
Seulement 6% seront orientés directement vers la DSR.
Les autres ressources requises pour cette phase concernent les programmes Paludisme, PEV, SIDA/TB et qui pour l'essentiel bénéficient aujourd'hui d'un excellent niveau de financement, on peut donc considérer que seules les ressources nécessaires à la DANSE et à la DSR sont réellement à rechercher, soit 21,110.000 $ (10 555 000 000 CFA)

Tableau XVI : Estimation budgétaire du plan par domaine principal Phase II
En millier de dollars US, est retenu à un taux de 1 pour 500 Francs CFA

Domaine d'action	Année 1	Année 2	Année 3	Total	En %
DANSE	17 404	23 800	31 540	72 743	45,35 %
Paludisme	4 187	5 830	9 074	19 091	11,90 %
PEV	6 406	6 073	5 570	18 050	11,25 %
Santé de la Reproduction	2 708	3 747	4 947	11 402	7,10 %
TB/SIDA	8 938	12 363	17 826	39 127	24,39 %
Total	**39 643**	**51 813**	**68 957**	**160 413**	**100 %**

Sur la phase II, les ressources nécessaires à la DANSE et à la DSR font plus de 50% des ressources de cette phase (87,145 000 $, soit 43 572 500 000 CFA). Cette dernière comporte un volet renforcement du système de santé avec la construction d'une partie des postes de santé prévus dans le plan stratégique.

Tableau XVII : Estimation budgétaire du plan par domaine principal Phase III
En millier de dollars US, est retenu à un taux de 1 pour 500 Francs CFA

Domaine d'action	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Total	En %
DANSE	102 886	94 833	62 457	71 219	331 395	45,85 %
Paludisme	8 612	8 863	11 640	14 303	43 418	6,01 %
PEV	7 913	9 886	12 033	14 615	44 446	6,15 %
Santé de la Reproduction	5 502	6 032	6 604	7 283	25 421	3,52 %
TB/SIDA	43 358	63 099	77 796	93 893	278 146	38,48 %
Total	**168 270**	**182 714**	**170 529**	**201 313**	**722 826**	**100 %**

La dernière phase du plan stratégique nécessite l'allocation d'une proportion moindre des ressources globales pour couvrir les actions relevant de la responsabilité de la DANSE et de la DSR ; le taux précédent devient inférieur à 50 % (356, 816 000 $, soit 178 408 000 000 CFA). Il convient de noter que l'essentiel des constructions de postes de santé et autres investissements pour les actions cliniques sont prévus sur cette phase. Le déroulement des phases, qui ne sont pas de durée identique, laisse tout de même apparaître un besoin croissant de ressources : de la phase I à la phase II le besoin de ressources est plus que triplé et de la phase II à la phase III le besoin est plus que quadruplé.

Tableau XVIII : Estimation des ressources budgétaires additionnelles suivant les niveaux des prestations en millier de dollars USD est retenu à un taux de 1 pour 500 Francs CFA
Phase I

Modes de prestations	Année 1	Année 2	Total	En %
Services de District	1 405	1 560	2 965	5,96
Services régionaux	751	1 052	1 803	3,63
Appui Technique	826	992	1 818	3,66
1.Axés sur la famille	3 060	4 701	7 760	15,60
2. Axés sur la communauté	8 406	18 258	26 663	53,60
3. Axés sur les soins cliniques individuels	2 243	6 489	8 732	17,55
Total	16 691	33 051	49 742	100 %

Les actions communautaires seront fortement soutenues. Quand on considère les ressources destinées au niveau district, ainsi que les actions d'appui technique axées sur la famille et celles axées sur la communauté, on peut affirmer que le PNSE met un accent particulier sur les actions communautaires et périphériques, en leur allouant près de 4/5 (78,9%) des ressources

Tableau XIX : Estimation des ressources budgétaires additionnelles suivant les niveaux des prestations en En millier de dollars US$ dollars est retenu à un taux
de 1 pour 500 Francs CFA
Phase II

Modes de prestations	Année 1	Année 2	Année 3	Total	En %
Services de District	799	886	973	2 658	1,65
Services régionaux	1 022	1 191	1 359	3 573	2,23
Appui Technique	517	555	592	1 664	1,04
1.Axés sur la famille	7 070	8 183	8 908	24 161	15,06
2.Axès sur la communauté	15 819	16 464	17 232	49 515	30,87
3. Axés sur les soins cliniques individuels	14 415	24 534	39 894	78 843	49,15
Total	39 643	51 813	68 957	160 413	100 %

En phase 2, la part de ressources destinées aux actions communautaires et aux structures périphériques baisse de 78,9 à 48,6 %.

Tableau XX : Estimation des ressources budgétaires additionnelles suivant les niveaux des prestations en En millier de dollars US$ dollars est retenu à un taux de 1 pour 500 Francs CFA
Phase III

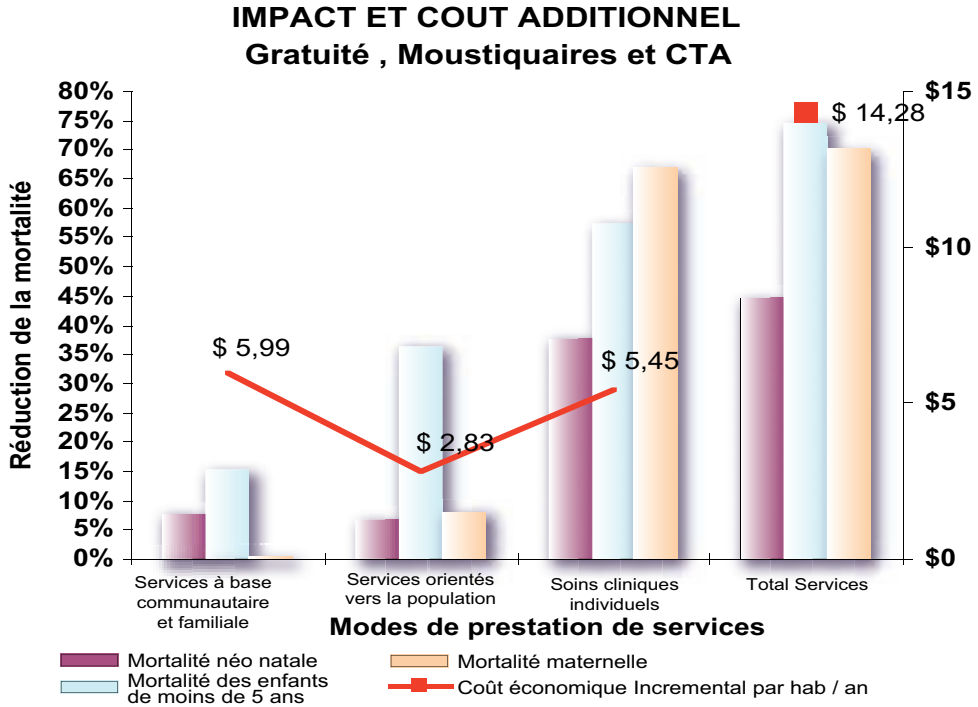
Modes de prestations	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Total	En %
Services de District	4 143	4 242	4 342	4 441	17 167	2,37
Services régionaux	2 390	2 584	2 777	2 971	10 722	1,48
Appui Technique	1 408	1 451	1 494	1 536	5 888	0,82
1.Accés sur la famille	99 932	104 235	58 452	60 671	323 290	44,73
2. Accès sur la communauté	24 956	29 333	32 947	38 985	126 220	17,46
3. Accès sur les soins cliniques individuels	35 442	40 869	70 518	92 710	239 538	33,14
Total	168 270	182 714	170 529	201 313	722 826	100

En phase 3, en dépit de la mise en œuvre renforcée du programme SOUC, la proportion des ressources destinée aux actions non cliniques au niveau district, communauté et famille remonte de 48,6 à 65,4 %.

Tableau XXI : Financement du PNSE :
montants annuels sur chaque phase et montant global

	Phase 1 2007 – 2008	Phase 2 2009 - 2011	Phase 2 2012 - 2015
Coût additionnel par personne et par an	990 Fcfa (1,98 US $)	2030 Fcfa (4,06 US $)	6345 Fcfa (12,69 US $)
Tot. coûts additionnels Par an (en millions F CFA)	12 410	26 735	90 352
Tot. Des coûts initiaux annuels moyens (en millions F CFA)	12 850	12 850	12 850
Total Général du financement annuel moyen (en millions F CFA)	25 260	39 585	103 202

Figure 7 : Impact et coût additionnel par mode de prestation de services



Le coût incrémentiel le plus élevé (5,99 $ soit 2995 Fcfa par personne et par an) se situe au niveau des actions communautaires et familiales, où l'impact est quasiment nul sur la mortalité maternelle. Apparemment c'est surtout au niveau des actions communautaires et familiales que des efforts devront être fournis pour rationaliser l'utilisation des ressources additionnelles attendues dans le secteur.

4.6 Cadre de mise en œuvre

Le plan stratégique de survie de l'enfant nécessite un cadre novateur et cohérent pour sa mise en œuvre. Il s'agit de déterminer aussi bien les instances de pilotage que les modalités du suivi / évaluation. .

4.6.1 Instances de pilotage

Chacun des trois principaux niveaux du système de santé doit être pris en compte spécifiquement pour mettre en place un bon système de pilotage.

Au niveau national :

Le plan stratégique de survie de l'enfant doit bénéficier d'un vigoureux leadership tant au plan politique qu'au plan technique.
Au plan politique il convient de prendre en charge aussi bien la dimension intersectorielle du plan stratégique que l'envergure multisectorielle de bon nombre d'actions. A cet égard, en s'inspirant des expériences acquises notamment le PEV dans les années 80, deux instances sont suggérées :

- Une instance d'orientation et d'impulsion que serait un conseil interministériel, organisé une fois par an sous la présidence du Chef de l'Etat. Un tel engagement de haut niveau du Chef de l'Etat outre qu'il constitue un signal puissant adressé aux partenaires et aux populations, est un gage de mobilisation des ressources requises. De plus, ce sera le lieu de faire le bilan des résultats attendus des différents ministères concernés.

- Un cadre de coordination et concertation présidé au moins par le Secrétaire Général ou le Directeur de Cabinet, qui réunira les responsables nationaux des programmes de santé, de nutrition et de formation concernés, les responsables de la coopération bilatérale et multilatérale, ceux du secteur privé ainsi que ceux de la société civile.

Au niveau régional :

En préalable au prochain exercice de planification dans lequel les régions seront engagées, il conviendra d'entamer l'élaboration d'un plan centré sur les paquets d'interventions SMNI. Ce plan régional, sous la responsabilité du Président du Conseil Régional, sera décliné en plans opérationnels annuels impliquant les collectivités locales, la communauté et tous secteurs socio-économiques intéressés.
Un Comité Régional de Développement (CRD) spécial centré sur le suivi de la mise en œuvre du plan au niveau régional sera organisé chaque six mois sous la présidence du Gouverneur avec l'appui technique du Médecin Chef de Région (MCR) et la participation active des élus régionaux.

Au niveau du district :

A l'image du niveau régional, un Comité Départemental de Développement (CDD) spécial sera organisé semestriellement par le Préfet du département. Les élus locaux seront invités à ces CDD et le Médecin Chef de District (MCD) assurera l'appui technique et le secrétariat des réunions.

Suivi / évaluation

De nombreux indicateurs de couverture ont été définis dans le cadre logique joint en annexe du présent plan stratégique. Les responsables techniques impliqués dans la gestion du plan stratégique (DANSE, DSR, MCR et MCD) devront veiller à disposer trimestriellement d'une synthèse des données de routine, compilées par le SNIS, sur les indicateurs de couverture retenus dans le cadre logique.

Il sera également important qu'un système de suivi budgétaire soit mis en place afin d'atteindre, pour chaque niveau du système de santé, les niveaux d'allocation de ressources attendus pour la performance d'ensemble du plan. En plus du suivi budgétaire, l'élaboration des comptes nationaux devra fournir des informations détaillées sur la mobilisation et l'utilisation des ressources de la SMNI.
Les différentes instances d'orientation, d'impulsion, de coordination et de suivi devront disposer des documents de synthèse évoqués ci-dessus et qui constitueront les bases d'échanges fructueux.
Le système d'évaluation prévoit une évaluation à la fin de chacune des phases, la dernière devant correspondre à l'évaluation finale du plan stratégique.

Tableau XXII : Nombre de vie d'enfants ou de mères sauvées et niveau d'atteinte des deux principaux OMD visés

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Total
Nombre de vies d'enfants sauvées	13 769	32 491	49 681	95 941
Taux réduction / obj atteinte OMD 4	54 %	88 %	160 %	
Nombre de vies de mères sauvées	420	808	1 546	2 774
Taux réduction / obj atteinte OMD 5	41 %	50 %	105 %	

S'il est vrai que les moyens recherchés sont importants, il apparaît aussi, avec une grande marge de certitude, que les objectifs visés seront alors atteints.

ANNEXES

Annexe A
Cadre logique et indicateurs

Annexe B
Cartographie des interventions concernées

Annexe C
Types de prestations de services par niveau

Annexe D
Goulots d'étranglement, opportunités des interventions et implications pour les programmes : volet avant la grossesse, grossesse et accouchement

Annexe E
Goulots d'étranglement, opportunités des interventions et implications pour les programmes : volet nouveau-né, nourrisson et enfant sains

Annexe F
Goulots d'étranglement, opportunités des interventions et implications pour les programmes : volet nouveau né, nourrisson et enfant malades

Cadre logique					
HIERARCHIE DES OBJECTIFS		**INDICATEURS DE PERFORMANCE**	**SOURCE DE DONNEES**	**MOYEN DE VERIFICATION**	**HYPOTHESES ET RISQUES**
Objectifs généraux		Indicateur d'impact			
OG1	Réduire la mortalité néonatale de 35‰ en 2005 à 16‰ d'ici 2015 en tenant compte de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales;	Taux de mortalité néo natale	Enquête de ménage- EDS- MICS- SNIS	Enquête de ménage- EDS- MICS- SNIS	Epidémies, paupérisation de population, famines, catastrophes naturelles Faible scolarisation des filles
OG2	Réduire la mortalité infanto juvénile de 121‰ en 2005 à 44‰ d'ici 2015 conformément aux OMD.	Taux de mortalité infanto juvénile	Enquête de ménage- EDS- MICS- SNIS	Enquête de ménage- EDS- MICS- SNIS	Epidémies, paupérisation de population, famines, catastrophes naturelles Faible scolarisation des filles
		Indicateur de résultat			

Axe prioritaire 1	**Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet intégré d'interventions de qualité pour la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant**				
Domaine 1 : Paquet de soins anté et prénatals					
Objectif spécifique	**Atteindre un taux de couverture adéquate d'au moins 80% du paquet de soins prénatal de qualité dans 100% des districts d'ici 2015**	% de femmes enceintes ayant fait 4 CPN	Données de routine, monitoring, EDS,	Données de routine, monitoring, EDS,	Faible scolarisation des filles paupérisation de population
		% de femmes enceintes vues en CPN ayant fait le dépistage VIH /Sida	Idem	Idem	
		% de femmes enceintes vues en CPN dont les résultats sont positifs et qui ont reçu le traitement ARV	Idem	Idem	

HIERARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS DE PERFORMANCE	SOURCE DE DONNEES	MOYEN DE VERIFICATION	HYPOTHESES ET RISQUES
Domaine 6 : Amélioration de la qualité des services				
Objectif spécifique	Mettre en oeuvre dans au moins 80% PPS, le système d'assurance qualité centré sur la SMNI	% des structures sanitaires appliquant les approches d'assurance qualité	Rapport d'activités et de monitoring	

Cartographies des interventions concernées

Période	Intervention	Mesure	Couverture Actuelle	Objectifs nationaux (connus)	Ecart	Districts couverts	Partenaires Impliqués
Avant la grossesse	Planification Familiale	Prév. contraceptive Besoins non satisfaits	10% 65%	45% 20%	35% 45%	35/63 districts	UNFPA, OMS, USAID, JICA,
Grossesse	Soins Prénatals Adéquats	% des FE ayant reçu au moins 4 CPN	40%	89% (2015)	49%	Tous districts	UNFPA, OMS, USAID, BM/PRN/AEC
	VAT à toutes les femmes enceintes	% des FE /reçu VAT 2+	66%	90% (2011)	24%	Tous districts	UNICEF, OMS, GAVI
	Supplémentation en FAF - 90 jours	% des FE ayant reçu du FAF	90%	90%		Tous districts	UNICEF, OMS, USAID
	PTME	% des FS avec PTME					UNICEF, OMS, USAID, BM/PRN/AEC
		% de femmes enceintes qui ont accepte le dépistage et ont reçu le résultat	6%				UNICEF, OMS, USAID, BM, Fond Mondial, Fond mondial
		% des FE HIV+ qui reçoivent ARV					
	Prévention du paludisme	% des FE - 2 doses de TPI	9 % EDS 4	80 %	71 %	Tous les districts	UNICEF, OMS, USAID, BM/PRN/AEC, Fond Mondial, JICA

		% des FE dormi s/MII	59.5 % (enquête PNLP)	80%	20.5%	Tous les districts	UNICEF, OMS, USAID, BM/PRN/AEC, Fond Mondial, JICA
Accouchement	Accouchements assistés/ Pers. Qualifié	% accouchements dans structures sanitaires	62 %	90 %	28 %	Tous les districts	UNFPA, OMS, USAID,
		% Accouchements assistés par personnel qualifié	51,9 % EDS 4	90 % (2015)	38,1 %	Tous les districts	UNFPA, OMS, USAID,
SONU	SONU B	Disponibilité de SONU B	25 % (An 2000)	80 %	55 %	Régions Ziguinchor, Kolda, Tambacounda, Kaolack, Matam, Fatick, Thies et Louga. Districts Rufisque, Mbao et Guediawaye	UNFPA, OMS, BAD
	SONU C	Disponibilité de SONU C	18	50	33	Guédiawaye, Rufisque, Nord (Nabil Choucair), Sud (IHS), Mbour, Thiadiaye, Touba, Koungheul, Nioro, Kaffrine, Sokone, Foundiougne, Gossas, Richard Toll, Bakel, Goudiry, Kédougou, Sedhiou	UNFPA, OMS, BAD
		% des Césariennes	3 %	10%	7 %	Guédiawaye, Rufisque, Nord (Nabil Choucair), Sud (IHS), Mbour, Thiadiaye, Touba, Koungheul, Nioro, Kaffrine, Sokone, Foundiougne, Gossas, Richard Toll, Bakel, Goudiry, Kédougou, Sedhiou	UNFPA, OMS, BAD
Période Postnatale/ néonatale	Soins Postnatals adéquats pour la mère et l'enfant	% des mères/ NN ayant eu 1 contact SPN dans la 1ere semaine (VAD)	27,7 %	90 %	62,3 %	Faible niveau d'offre de services dans les districts	UNFPA, OMS, UNICEF, USAID, BAD
	Initiation précoce à AM	% des NN mis au sein dans l'heure > la naissance	22,7 %	70 %	47,3 %		UNFPA, OMS, UNICEF, USAID, BAD

Cartographie des interventions concernées

	Intervention	Mesure	Couverture Actuelle %	Objectifs nationaux (connus)	Ecart	Districts couverts	Partenaires Impliqués
NRS et Enfants	AME	% NRS exclusivement allaités au sein jusqu'à 6 mois	34% en 2005	50% en 2007 (Plan Strat PCIME)	**16**	**Tout le pays (mieux monitoré dans les 34 DS PRN).**	**Gouvernement BM/PRN /AEC UNICEF, OMS, OCB**
	Alimentation complémentaire	% des enfants 6-9 mois qui reçoivent AM +AC	61.4% (EDS IV)	Rien		**Tout le pays (mieux monitore dans les 34 DS zones PRN)**	**Gouvernement BM/PRN /AEC UNICEF, OMS, OCB**
	Micro nutriments Adéquats	% enfants avec vit A dans les 6 derniers mois	75.3% (EDS IV)	95% en 2007	**20**	**Tout le pays Couplé au déparasitage) et a ré imprégnation des M II (Kolda et Tamba)**	**Gouvernement BM/PRN /AEC, MI UNICEF, OMS, HKI, USAID/BASICS, Comites de Santé, OCB**
	Vaccination Enfants	- % enfants 12-23 m vaccinés/ Rougeole	61.2%	90%	**29**	**Tout le pays**	**Gouvernement,GAVI, UNICEF, USAID, BM/PRN/AEC, OMS Comites de Santé, CL**
	Prévention Paludisme	% enfants dormi s/MII	10% (EDS4) 57,5% (Enq 2006)	80% en 2010	**22.5**	**Tout le pays**	**Gouvernement Fonds Mondial, OMS, UNICEF, OMS, JICA BM/PRN /AEC, USAID Comites de Santé, CL**

NRS et Enfants	PCIME	% parents connaissant au moins 2 signes de recours imméd	Non dispo au niveau nat.			**Tout le pays**	**Gouvernement, OMS UNICEF, USAID, BM/PRN /AEC, OCB Comites de Santé**
		% enfants malades (diarrhée) recevant plus de liquides + ACont'	39	Non		**Tout le pays et (mieux monitoré dans les 34 DS zones PRN)**	**Gouvernement, OMS, UNICEF, USAID, BM/PRN /AEC, OCB Comites de Santé**
		% enfants avec fièvre ayant reçu un traitement antipaludique (ACT)	45%	80%	**35%**	**Tout le pays mais aller a l'échelle au niveau communautaire.**	**Gouvernement Fonds Mondial, UNICEF, OMS, BM/PRN /AEC JICA, USAID Comites de Santé**
		% enfants ayant une diarrhée aigue avec TRO	27%	Non		**Tout le pays et (mieux monitoré dans les 34 DS zones PRN)**	**Gouvernement UNICEF, OMS, BM/PRN /AEC, USAID, OCB, Comites de Santé**
		% enfants ayant une diarrhée aigue ayant reçu SRO NF associe au Zn	0	Non (Nouvelle intervention)			
		% pneumonie/ reçu AB	41%	50% en 2007 (Plan Strat PCIME)	**9**	**Districts appuyes par l'USAID et l'UNICEF**	**Gouvernement USAID BASICS OMS , UNICEF**
		% malnutris pris en charge	Pas renseigne				
		% FS offrant PCIME	61%	80%	**19**	**Toutes les régions sauf Diourbel Dakar et Saint Louis où certains districts ne sont pas` formes nouveau personnel des autres districts**	**Gouvernement OMS, UNICEF, BAD, BM, PRN, USAID BASICS, TDH**
		% des Cases offrant le paquet de PCIME C					
	PEC Ped du VIH	% des FS offrant PEC pédiatrique du VIH					
		% enfants s/ ARV en rapport à ceux éligibles					

TYPE DE SERVICE ET PRESTATION PAR NIVEAU

Droit du client à l'accès aux services

Niveaux / Méthodes	CHU	HOP	CR de type II	CS de type II	Poste de santé	Niveau communautaire	Officine pharmacie
CCV	+	+	+				
NORPLANT	+	+	+	+	+		
INJECTABLES	+	+	+	+	+		+
D.I.U	+	+	+	+	+		
PILULE	+	+	+	+	+	+	+
BARRIERES + CONDOMS	+	+	+	+	+	+	+
METHODE NAT	+	+	+	+	+	+	

Surveillance de la grossesse

ACTIVITES	CSE	PS	CS1	CS2	HR
1. **Accueillir la femme**					
Assurer un bon accueil et mettre à l'aise	+	+	+	+	+
2. **Interroger la femme sur :**					
♦ Age de la femme	+	+	+	+	+
♦ Gestité/parité	+	+	+	+	+
♦ Antécédents obstétricaux :					
- Normaux	+	+	+	+	+
- Pathologiques	+	+	+	+	+
♦ Antécédents médico-chirurgicaux	+	+	+	+	+
♦ Date des dernières règles	+	+	+	+	+
♦ Calcul du terme	+	+	+	+	+
♦ Plaintes : fièvre, perte de sang, douleur	+	+	+	+	+
3. **faire un examen général** :					
♦ Apprécier l'état général	+	+	+	+	+
♦ Mesure de la taille	+	+	+	+	+
♦ Prendre le poids		+	+	+	+
♦ Prendre la TA	+	+	+	+	+
♦ Examiner les conjonctivites	+	+	+	+	+
♦ Rechercher les œdèmes des MI et varices	+	+	+	+	+
♦ Palper les mollets	+	+	+	+	+
♦ Apprécier l'état nutritionnel	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+
4. Faire un examen obstétrical :					
♦ Inspecter les seins	+	+	+	+	+
♦ Apprécier le volume utérin	+	+	+	+	+
♦ Inspecter la vulve	+	+	+	+	+
♦ Mesurer la HU	+	+	+	+	+
♦ Palper l'abdomen pour dépister une présentation non céphalique au 3ème trimestre		+	+	+	+

Annexe C

♦ Ausculter les BDC		+	+	+	+
♦ Faire un TV orienté			+	+	+
5. Examens complémentaires obligatoires GSRH,					
♦ Taux d'hémoglobine (TALQUIST)		+	+	+	+
♦ Albumine sucre	+	+	+	+	+
6. Apporte une démarche thérapeutique appropriée	+	+	+	+	+

Tableau III : **SURVEILLANCE DE LA GROSSESSSE (SUITE)**

ACTIVITES	CSE	PS	CS1	CS2	HR
7. Activités préventives :					
♦ Prescrire fer/acide folique, chloroquine	+	+	+	+	+
♦ Vacciner contre la tétanos si nécessaire		+	+	+	+
8. Traiter les affections ou anomalies : prendre en charge la fièvre, l'anémie, la leucorrhée et la mictalgie		+	+	+	+
9. Référer avec une fiche de liaison pour :	+	+	+	+	+
♦ Consultation de référence	+	+	+	+	+
♦ Accouchement	+	+	+	+	+
♦ Urgence		+	+	+	+
♦ Examens complémentaires : glycémie, échographie					
10. Assurer la prise en charge des femmes référées			+	+	+
♦ Investigation : examens de laboratoires, échographie					
♦ Avis techniques			+	+	+
♦ Hospitalisation			+	+	+
♦ Interventions				+	+
- transfusion				+	+
- curage digital			+	+	+
- curetage AMIU			+	+	+
- laparatomie (GEU)					
11. Assurer la rétro-information des cas référés		+	+	+	+
12. Informer la femme					
♦ remplir le carnet de santé		+	+	+	+
♦ informer la femme sur le déroulement de sa grossesse	+	+	+	+	+
♦ informer sur la date de sa prochaine visite	+	+	+	+	+
♦ informer sur l'apparition des signes et complications éventuels	+	+	+	+	+
♦ date prévue de l'accouchement		+	+	+	+
♦ condition de l'accouchement		+	+	+	+
13. Eduquer la femme	+	+	+	+	+
♦ conseils hygiéno-diététiques	+	+	+	+	+
♦ promouvoir l'espacement des naissances	+	+	+	+	+
♦ promouvoir la mise au sein précoce et l'AME					
	+	+	+	+	+
14. SIG : collecter et transmettre les données sanitaires		+	+	+	+
♦ analyser les données sanitaires					
15. Assurer la formation et la supervision du personnel sous sa responsabilité		+	+	+	+

Annexe C

SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEMENT (SUITE)

ACTIVITES	CSE	PS	CS1	CS2	HR
1. Travail	+	+	+	+	+
♦ accueil aimable	+	+	+	+	+
♦ vérifier le carnet de santé	+	+	+	+	+
♦ rechercher les œdèmes	+	+	+	+	+
♦ identifier les complications	+	+	+	+	+
♦ faire uriner		+	+	+	+
♦ vérifier la TA	+	+	+	+	+
♦ apprécier la CU, la HU et la présentation		+	+	+	+
♦ vérifier les BDC	+	+	+	+	+
♦ apprécier la dilatation		+	+	+	+
♦ évaluer l'état du bassin		+	+	+	+
♦ apprécier la descente de la présentation		+	+	+	+
♦ apprécier l'état des membranes		+	+	+	+
♦ faire le pronostic du mode d'accouchement		+	+	+	+
♦ vider la vessie au besoin		+	+	+	+
2. Accouchement					
♦ mettre le matériel en place	+	+	+	+	+
♦ installer la parturiente	+	+	+	+	+
♦ faire épisiotomie si nécessaire					
♦ effectuer l'accouchement	+	+	+	+	+
♦ saisir le nouveau-né et le mettre sur le ventre de sa mère	+	+	+	+	+
♦ essuyer le nouveau-né	+	+	+	+	+
♦ clamper et sectionner le cordon ombilical					
♦ apprécier les signes de validités et / ou mesurer l'indice d'APGAR à 1mm, 5 mm et à 10 mm					
♦ ligaturer le cordon	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+
3. soin du nouveau-né					
♦ aspirer le nouveau-né	+	+	+	+	+
♦ peser le nouveau-né	+	+	+	+	+
♦ panser le cordon ombilical	+	+	+	+	+
♦ mettre du collyre dans les yeux	+	+	+	+	+
♦ placer un cathéter ombilical si nécessaire		+	+	+	+
♦ intuber le nouveau-né si nécessaire		+	+	+	+
♦ mesurer la taille du nouveau-né					
♦ dépister une gêne respiratoire, une cyanose ou un tirage intercostal	+	+	+	+	+
♦ faire de l'oxygénothérapie, du SAT (si mère non vaccinée) ou du Bina si nécessaire		+	+	+	+
♦ administrer de la VIT K au nouveau-né si nécessaire (poids < à 2,5kgs, souffrance fœtale)		+	+	+	+
♦ mettre au sein le nouveau-né					
♦ vacciner le nouveau-né		+	+	+	+
		+	+	+	+
	+				

Annexe C

SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEMENT (SUITE)

ACTIVITES	CSE	PS	CS1	CS2	HR
4. Délivrance					
♦ surveiller l'écoulement vulvaire	+	+	+	+	+
♦ surveiller le pouls et la TA de la mère					
♦ demander à la mère de se mettre en décubitus dorsal les le long du corps	+	+	+	+	+
♦ reconnaître les signes du décollement placentaire	+	+	+	+	+
♦ assister la délivrance naturelle	+	+	+	+	+
♦ faire une délivrance dirigée si nécessaire référer si retard au décollement (30mn)		+	+	+	+
♦ faire la toilette vulvaire	+	+	+	+	+
♦ mettre une garniture ou un tissu propre	+	+	+	+	+
♦ donner un ocytocique per os	+	+	+	+	+
♦ apprécier le globe utérin (vider la vessie)	+	+	+	+	+
♦ masser l'utérus	+	+	+	+	+
♦ faire une révision utérine si nécessaire	+	+	+	+	+
♦ poser un sac de sable si nécessaire	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+
5. Examen du placenta					
♦ vérifier l'intégrité du placenta (cotylédons et membranes)	+	+	+	+	+
♦ vérifier le petit côté des membranes, la zone d'insertion du placenta et la présence de calcification	+	+	+	+	+
♦ peser le placenta	+	+	+	+	+
♦ calculer le rapport fœtal placentaire	+	+	+	+	+
6. Surveillance et soins de la mère					
♦ réparer les lésions périnéales		+	+	+	+
♦ vérifier la TA, le pouls et la diurèse		+	+	+	+
♦ surveiller l'écoulement sanguin et le globe utérin	+	+	+	+	+
♦ administrer de la vitamine A (200 000 UI)		+	+	+	+
♦ préparer la femme à l'AME	+	+	+	+	+
♦ donner un RV pour la consultation post-natale	+	+	+	+	+

SURVEILLANCE POST-NATALE

ACTIVITES	CSE	PS	CS1	CS2	HR
1. Accueil de la femme					
♦ assurer un bon accueil et mettre la femme à l'aise	+	+	+	+	+
2. Interrogatoire					
♦ demander le carnet de santé	+	+	+	+	+
♦ recueillir les informations sur :					
- le déroulement de l'accouchement (eutocique ou dystocique)	+	+	+	+	+
- l'état de l'enfant (vivant, décédé ou mort-né)	+	+	+	+	+
3. Examen clinique					
♦ examiner les conjonctives	+	+	+	+	+
♦ prendre les constantes (pouls, température, TA)	+	+	+	+	+
4. Examen gynécologique					
♦ inspecter les seins	+	+	+	+	+
♦ vérifier la sécrétion lactée	+	+	+	+	+
♦ apprécier l'involution utérine	+	+	+	+	+
♦ inspecter la vulve	+	+	+	+	+
♦ placer un spéculum si nécessaire		+	+	+	+
♦ faire un toucher vaginal		+	+	+	+
♦ apprécier les sécrétions ramenées par le doigtier		+	+	+	+
5. Prise en charge des affections et des complications du post-partum	+	+	+	+	+
6. Vérification de l'état vaccinal de :					
♦ la femme : VAT		+	+	+	+
♦ l'enfant : BCG/PO		+	+	+	+
7. Administrer au besoin VAT, BCG ou PO		+	+	+	+
8. Administrer de la Vit A si nécessaire 200 000 UI	+	+	+	+	+
9. sensibilisation de la femme					
♦ promouvoir l'AME pendant les quatre premiers mois révolus et les bonnes pratiques du sevrage à partir du cinquième mois	+	+	+	+	+
♦ vérifier la technique de l'allaitement maternel	+	+	+	+	+
♦ sensibiliser les femmes sur la PF, PEV, SNP, la prise du fer et de la chloroquine	+	+	+	+	+
♦ promouvoir l'utilisation du sel iodé et de la vitamine A	+	+	+	+	+
10. Offre des services					
♦ PF :					
- distribution de condoms	+	+	+	+	+
- pilule, injectable		+	+	+	+
- pose de DIU		+	+	+	+
- insertion de norplant			+	+	+
- ligature des trompes				+	+
♦ PEV et SNP		+	+	+	+
11. SIG					
♦ collecter et transmettre les données	+	+	+	+	+
♦ analyser les données	+	+	+	+	+

Annexe C

Goulots d'étranglement et opportunités des interventions et implications pour les programmes : volet avant la grossesse, grossesse et accouchement

Période	Goulots d'étranglement et défis majeurs	Opportunités	Implications pour les programmes (stratégies d'accélération)
Avant la grossesse Planification Familiale	***Disponibilité :*** Non disponibilité de toute la gamme dans les structures de santé ***Utilisation*** Facteurs socio culturels limitent l'acceptabilité de la PF Faible implication des hommes ***Couverture :*** Déficit de communication	Amélioration du niveau d'Education et de scolarisation des filles Engagement politique de l'état avec ligne budgétaire pour la PF Densité du réseau de communication au niveau communautaire	Rendre disponible toute la gamme PF au niveau de toutes les structures sanitaires Développer les interventions au niveau communautaire Ciblage des hommes Améliorer la qualité des services dans les structures de santé
Grossesse Soins Prénatals Adéquats Prévention du Paludisme	***Accessibilité :*** Difficulté d'accès géographique et financière (ordonnances et bilan) dans certaines régions périphériques Faible accessibilité financière aux MII pour certaines populations ***Utilisation / CPN tardives*** Facteurs socio culturels Méconnaissance de l'intérêt de la CPN Problème acceptabilité culturelle de MII Insuffisance de la sensibilisation sur l'utilité de la MII ***Couverture*** : Faible qualité des CPN Insuffisance de l'application du TDO ***Disponibilité*** Insuffisance disponibilité de SP Insuffisance de MII au niveau communautaire	Densité du réseau de communication au niveau communautaire Engagement des parlementaires. Engagement financier Forte implication des acteurs dans l'initiative FRP Stratégie ABCD Existence d'un plan stratégique 2006 -2010	Développer les interventions au niveau communautaire et Augmenter la couverture des stratégies avancées en particulier dans les régions de Tamba, Kolda, Matam, St Louis Subvention des services (Appliquer un forfait comprenant ordonnances & bilan) Communication / CCC (Information appropriée sur l'intérêt de la MII) en particulier ciblage des hommes Améliorer la qualité des services dans les structures de santé Prendre les mesures fermes pour assurer la disponibilité et la gratuité de la SP Coupler la distribution de MII à des campagnes de masse (journée, semaines de SMNI, vaccination).

Annexe D

Période	Goulots d'étranglement et défis majeurs	Opportunités	Implications pour les programmes (stratégies d'accélération)
Accouchement Accouchements assistés/ Pers. Qualifié SONU C	***Disponibilité*** Insuffisance de structures périphériques offrant le service ***Accessibilité*** Faible accessibilité géographique dans certaines zones surtout rurales ***Couverture*** Faible qualité des services d'accouchement Insuffisance et mauvaise répartition du personnel qualifié	Engagement politique pour la santé maternelle et néonatale et infantile Gratuité des accouchements dans certaines régions. Engagement des partenaires dans l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des structures	Accroître la disponibilité des structures, des équipements et des produits Améliorer la communication avec les FE lors des CPN (préparation à l'accouchement) Généraliser la gratuité des accouchements Renforcer la disponibilité en personnel qualifié en particulier les SFE Améliorer la qualité des services (suivi post formation et supervision du personnel formé effectivité de l'utilisation du partogramme et l'application des normes et procédures dans les structures de santé
	Disponibilité Non fonctionnalité de la plupart des structures SONU C Mauvaise organisation des services SONU C (problème de leadership) ***Accessibilité :*** Faible accessibilité géographique ***Couverture :*** Faible qualité des services Insuffisance et mauvaise répartition du personnel	Engagement politique pour la santé maternelle et néonatale et infantile Gratuité des césariennes dans 10 régions. Engagement des partenaires dans l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des structures	Améliorer la disponibilité des structures SONUC Rendre fonctionnelles les structures existantes Renforcer la disponibilité en personnel, en particulier gynécologue, pédiatre, anesthésistes, instrumentistes, etc … Améliorer la qualité des services (suivi post formation et supervision du personnel formé, effectivité de l'utilisation du partogramme et de l'application des normes et procédures dans les structures de santé)

Goulots d'étranglement et opportunités des interventions et implications pour les programmes : volet nouveau né, nourrisson et enfant sains

Période	Intervention	Indicateurs	GOULOTS	OPPORTUNITES	MESURES A PRENDRE
Période Postnatale / néonatale	Soins Postnatals adéquats pour la mère et l'enfant	% des mères/ NN ayant eu 1 contact SPN dans la 1ere semaine (VAD)	Pas de problème de disponibilité du service Problème d'accessibilité géographique et financière (CPON à J3) Capacité d'accueil des structures faible Problème d'utilisation lié aux croyances et pratiques culturelles	Implication des relais et matrones Sensibilisation lors de la dernière CPN Implication des pères et des grand-mères	Renforcer la sensibilisation de la communauté par rapport à la CPON Améliorer la capacité d'accueil des FS (lits)
	Initiation précoce à AM	% des NN mis au sein dans l'heure > la naissance	Insuffisance de la formation et de supervision du personnel Croyances/pratiques culturelles	Existence de réseau communautaire avec les groupes de soutien les relais Existence de ressources pour la formation et la supervision Implication des pères et des grand-mères	Redynamiser les structures 'Ami des Bébés' Redynamiser les groupes de soutien à l'AME Etendre les stratégies communautaires réussies impliquant les grand-mères et les pères
NRS et Enfants	AME	% NRS exclusivt allaités au sein jusqu'à 6 mois	Travail de la mère Maladies de la mère Déficit de l'information sur AME Croyances/pratiques culturelles Concurrence des laits de substitution	Organisation des CPN, CPON, vaccination Implication pères, grand- mères, relais, media, organisation d'événements spéciaux	Initier la mise en place par les employeurs de garderies d'enfants pour les femmes travailleuses Renforcer la stratégie de communication pour l'adoption de l'AME Mener un plaidoyer auprès des autorités législatives pour le vote du décret d'application du CCSLM
	Alimentation complémentaire	% des enfants 6-9 ms qui reçoivent AM +AC	Ignorance, pauvreté Accessibilité géographique	Ouverture des FARN Existence des loumas	Renforcer la stratégie de communication pour l'adoption de l'AM+ AC Etendre les interventions réussies du type PD FARN

Période	Intervention	Indicateurs	GOULOTS	OPPORTUNITES	MESURES A PRENDRE
	Micro nutriments Adéquats	% enfants avec vit A dans les 6 derniers mois	Non respect des directives par les agents Interférence entre les campagnes de masse et la routine Rapportage des données non effectives dans les registres	Intégration avec les autres programmes Mise en œuvre effective de la Pcime Monitoring semestriel	Prévoir dans les requêtes de formation le financement des activités de suivi post formation Tenir régulièrement le monitoring des FS Tenir régulièrement les revues trimestrielles avec les RM pour la collecte des données
	Déparasitage	% d'enfants déparasités dans les 6 derniers mois	disparités régionales (Louga 63% CR06DPM) Problème de pérennité des campagnes de masse	Partenariat dans l'approvisionnement en Meben 500Mg	Assurer la disponibilité du Meben 500mg à travers la PNA
	Intervention	**Indicateurs**	**GOULOTS**	**OPPORTUNITES**	**MESURES A PRENDRE**
	Vaccination - Enfants	% enfants 12-23 m vaccinés/ Rougeole	Beaucoup d'occasions manquées de vaccination (gestion des pertes, planification des séances, conditionnement) Vétusté de la logistique roulante	Appui fonds Gavi, Mise en œuvre 'ACD' Implication des autres secteurs	Faire un plaidoyer pour un conditionnement adequat des vaccins VAA et VAR Renouveler la logistique roulante du PEV
	Suivi de la croissance	% des enfants 0-24m pesés mensuellement	Insuffisance de l'équipement Mauvaise perception de l'intérêt du SPC après la vaccination Faible couverture nationale Non intégration des données du niveau communautaire	Extension des interventions du PRN 2 Extension du Pain, Pcime Com, SPC/BC, PD Nouveau programme USaid	Renforcer la capacité des prestataires en techniques de communication (CIP mère prestataires lors des séances de pesées) Responsabiliser les collectivités locales / partenaires locaux dans la gestion, le suivi et l'évaluation des activités sanitaires

Période	Intervention	Indicateurs	GOULOTS	OPPORTUNITES	MESURES A PRENDRE
	Prévention Paludisme	% enfants dormis/MII	Insuffisance des MI surtout au niveau communautaire Coût élevé des MI Problème d'acceptabilité culturelle Insuffisance dans la sensibilisation	Implication des partenaires dans la promotion et le financement des MI (Fonds Mondial, Usaid, BM)	Rendre disponibles et accessibles les MII Renforcer la stratégie de communication pour l'acceptabilité des MII
	Tuberculose	% d'enfants < 5ans qui vit sous le même toit qu'une personne atteinte de tuberculose ayant bénéficié d'une chimioprophylaxie à l'INH		Effectivité du Counseilling Elaboration Politiques, normes et protocole du PNT	
	PTME	% de NNe de mère séropositive mis sous prophylaxie ARV	Problème de disponibilité des ARV Insuffisance de la formation du personnel Problème de disponibilité des données sur la PTME	ISAARV Passage à l'échelle de la PTME	Rendre disponibles les ARV Renforcer les capacités du personnel Utiliser les nouveaux outils de collecte du SNIS

HIERARCHIE DES OBJECTIFS		INDICATEURS DE PERFORMANCE	SOURCE DE DONNEES	MOYEN DE VERIFICATION	HYPOTHESES ET RISQUES
Objectif spécifique	**Atteindre une prévalence contraceptive de 45%**	% de femmes enceintes vues en CPN ayant reçu au moins deux doses de VAT	Idem	Idem	
		% femmes enceintes vues en CPN et ayant reçu le 2 doses de TPI	Idem	Idem	
		% de femmes enceintes vues en CPN ayant reçu le paquet de conseils	Enquête	Enquête	
		% de femmes enceintes vues en CPN ayant reçu une prescription de FAF	Données de routine, monitoring, EDS,	Données de routine, monitoring, EDS,	
		% de femmes enceintes vues en CPN ayant reçu une prescription de MII lors du premier contact CPN	Idem	Idem	
		Taux de prévalence contraceptive	Données de routine, EDS	Données de routine, EDS	
		Taux de besoins en PF non satisfaits	Données de routine, EDS	Données de routine, EDS	
Domaine 2 : Travail, accouchement et post partum immédiat					
Objectif spécifique	- Atteindre 90% des accouchements par du personnel qualifié (méd., SFE, IDE)	% d'accouchements assistés par un personnel qualifié	Données de routine, EDS	Données de routine, EDS	Mauvaise qualité des routes
		% d'accouchements effectués avec la méthode GATPA	Données de routine	Données de routine	Insuffisance et inadéquation des moyens de transport
	- Prendre en charge au moins 90% des complications liées aux	Taux de couverture en césarienne	Données de routine, EDS		Faible taux de scolarisation des filles

HIERARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS DE PERFORMANCE	SOURCE DE DONNEES	MOYEN DE VERIFICATION	HYPOTHESES ET RISQUES
complications liées aux Accouchements - Effectuer la surveillance du travail dans 100% des cas par le partogramme	% de centres de santé offrant des SOUC Taux de disponibilité des structures offrant des SOUB Proportion de femmes séropositives ayant accouché en structures et ayant bénéficié ainsi que son nouveau né d'une prophylaxie ARV Taux de létalité obstétricale au sein des structures SOU	Données de routine, EDS Idem Données de routine, EDS Idem	Données de routine, EDS Données de routine, EDS Idem Données de routine, EDS Idem	Crises énergétiques
Objectif spécifique Assurer à 100% des enfants qui naissent dans les structures de santé le paquet de soins essentiels (maintien de la T°, soins du cordon, soins des yeux, mise au sein précoce, réanimation au besoin, initiation à l'AME)	% de NNE en structures pour qui la température a été maintenue selon les normes % de NNE en structures ayant bénéficié des soins du cordon selon les directives % de NNE en structures ayant reçu un collyre antiseptique à la naissance % de NNE en structures mis au sein dans les 30 mns après la naissance	Données de routine Idem Idem Idem	Données de routine Idem Idem Idem Idem	Crises énergétiques

HIERARCHIE DES OBJECTIFS		INDICATEURS DE PERFORMANCE	SOURCE DE DONNEES	MOYEN DE VERIFICATION	HYPOTHESES ET RISQUES
		% de NNE en structures réanimés			
Domaine 3 : Soins postnatals					
Objectif spécifique	**Assurer à 80% des femmes séropositives ayant accouché en structures et à leurs nouveaux nés une prophylaxie ARV adéquate**	% de femmes séropositives ayant reçu la dose de charge d'ARV à l'accouchement % de NNE de mère séropositive ayant reçu une prophylaxie ARV	Données de routine, EDS Données de routine, EDS	Données de routine, EDS Données de routine, EDS	
Objectif spécifique	**Atteindre un taux de couverture adéquate de 70% en CPON chez la mère et le nouveau né**	% de couple mère – enfant ayant bénéficié d'une CPON dans les 3 jours après la naissance % de couple mère – enfant ayant bénéficié d'une CPON à J 9 après la naissance % de couple mère – enfant ayant bénéficié d'une CPON à J 42 après la naissance % de femmes ayant reçu la vitamine A selon les normes	Données de routine, EDS Données de routine, EDS Données de routine, EDS Données de routine, EDS	Données de routine, EDS Données de routine, EDS Données de routine, EDS Données de routine, EDS	Défectuosité des routes Paupérisation des populations Moyens de transports insuffisants

HIERARCHIE DES OBJECTIFS		INDICATEURS DE PERFORMANCE	SOURCE DE DONNEES	MOYEN DE VERIFICATION	HYPOTHESES ET RISQUES
		% de femmes ayant reçu le paquet de conseils CPON (nutrition, MII, AME, FAF, PF, soins du nné)	EDS Données de routine, EDS	EDS Données de routine, EDS	
Objectif spécifique	**Atteindre un taux de couverture de 80% de soins spécifiques aux nouveau-nés malades et de faible poids**	% de NNE infectés ayant reçu un traitement antibiotique selon les normes % de NNE de faible poids à la naissance (moins de 2500 grs) ayant reçu une prise en charge selon les normes	Données de routine, EDS Données de routine, EDS	Données de routine, EDS Données de routine, EDS	Crise énergétique
Domaine 4 : Soins du NRS et de l'enfant					
Objectif spécifique	**Assurer la prise en charge adéquate d'au moins 80% des enfants malades (paludisme, pneumonie, diarrhée, malnutrition, noma) y compris au niveau des structures sanitaires communautaires.**	% de prise en charge correcte des cas de paludisme simple % de prise en charge correcte des cas de paludisme grave hospitalisés % de prise en charge correcte des cas d'IRA au niveau des cases de santé % des cas d'IRA graves référés	Registre CPC Registre d'hospitalisation Registre CPC niveau case Registre et Fiches de référence et contre référence	Enquête dans les FS - Rapports des programmes et structures Enquête dans les FS - Rapports des programmes et structures Rapports des structures Enquête dans les FS - Rapports des programmes et structures	Difficulté d'approvisionnement des intrants au niveau international Moyens de communication Absence de politique de motivation des ASC Crise alimentaire Crise énergétique Accès Eau Assainissement

HIERARCHIE DES OBJECTIFS		INDICATEURS DE PERFORMANCE	SOURCE DE DONNEES	MOYEN DE VERIFICATION	HYPOTHESES ET RISQUES
		% de cas de diarrhées pris en charge selon les directives nationales	Registre CPC	Enquête dans les FS - Rapports des programmes et structures	
		% de cas de malnutrition aigues pris en charge correctement	Registre CPC	Enquête dans les FS - Rapports des programmes et structures	
Objectif spécifique	**Atteindre au moins un taux de couverture de 80% en MII chez le NRS et l'enfant**	% d'enfants de 0 à 5ans dormant sous MII	Enquêtes et rapports de programmes	Enquêtes et rapports de programmes	
Objectif spécifique	**Atteindre au moins un taux de couverture de 80 % d'allaitement maternel exclusif (AME)**	% d'enfants de 0 à 6mois exclusivement allaités au sein	Enquêtes	Enquêtes	
Objectif spécifique	**Assurer une alimentation complémentaire adéquate à 90% des enfants**	% des enfants de 6 59 mois qui reçoivent une alimentation complémentaire en plus du lait maternel	Enquêtes	Enquêtes	
Objectif spécifique	**Assurer un taux de couverture de 95% de Supplémentation en VA et de déparasitage des enfants de moins de 5 ans**	% d'enfants 6-59 mois supplémentés en VA à doses adéquates % d'enfants 12-59 mois déparasités au mébendazole	EDS ou MICS Rapport de JNM	Rapports d'enquête : MICS, EDS	- Non disponibilité des fonds -Défaut d'engagement politique

HIERARCHIE DES OBJECTIFS		INDICATEURS DE PERFORMANCE	SOURCE DE DONNEES	MOYEN DE VERIFICATION	HYPOTHESES ET RISQUES
Objectif spécifique	**Atteindre un taux de couverture d'au moins 90% d'ECV**	% d'enfants de 11 mois complètement vaccinés	Rapports PEV, EDS, MICS Rapports de monitoring	Rapports d'enquête Données de routine Revue de programme	-Retard de mobilisation des ressources financières auprès du gouvernement (Rupture de stock de vaccins) Mouvement d'humeur du personnel
Objectif spécifique	**Réduire d'au moins 50% la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 2 ans**	- % d'enfants de moins de 2 ans ayant un faible poids pour âge	Rapports d'enquête	Enquêtes nutritionnelles EDS, MICS	Calamités et sinistres naturels (inondation, sécheresse, dévaluation
Objectif spécifique	**Assurer la prise en charge d'au moins 80% d'enfants séropositifs de 0 à 5 ans**	% d'enfants séropositifs de 0 à 5 ans pris en charge selon les directives	Rapports d'activités Rapports de supervision	Rapports d'activités et de supervision	Problème de stigmatisation

Domaine 5 : Renforcement en équipement et infrastructures

Objectif spécifique	- Renforcer d'ici 2011, en équipements les structures pour une prise en charge adéquate de l'accouchement, du nouveau-né et des enfants de moins de 5 ans - Renforcer les infrastructures selon les normes du PNDS	Nombre de PS construits et fonctionnels Nombre de CS réhabilités et dôtés de SONUC fonctionnel % des PS et % des CS disposant du personnel qualifié requis % des districts gérés suivant les contrats de performance	Données de routine DIEM Données de routine DSR Données de routine DRH Rapports d'enquête DS	Rapport SNIS Rapport SNIS Rapport SNIS Rapport d'enquête	

Axe prioritaire 2	Augmentation de la demande et de l'utilisation des services par les populations notamment les groupes vulnérables				
Domaine 1 : Renforcement de capacité de la communauté					
Objectif spécifique	D'ici 2015, amener 80% des agents de santé communautaire (ASC, Matrone, Relais, OCB) à mettre en œuvre le paquet SMNIc	% des agents de santé communautaire (ASC, Matrone, Relais) qui sont formés sur le paquet SMNI % des agents de santé communautaire (ASC, Matrone, Relais) qui connaissent 75% du paquet SMNI	Rapport de formation	Rapports des structures et programmes Enquête CAP-Rapports	
Domaine 2 : Renforcement de la communication pour le changement de comportement					
Objectif spécifique	**D'ici 2015, amener au moins 80% des mères ou Gardiennes d'enfants de 0 à 5ans, à adopter des comportements favorables au paquet SMNI.**	% des mères ou Gardiennes d'enfants de 0 à 5ans, qui connaissent au moins trois signes de danger nécessitant le recours aux soins % des mères ou Gardiennes d'enfants de 0 à 5ans , qui recherchent des soins en temps opportun pour leur enfant malade		Enquête CAP Enquête CAP	Analphabétisme

Axe prioritaire 3	**Création d' environnements institutionnel, réglementaire et économique, favorables au passage à l'échelle du paquet d'interventions**				
Domaine 1 : Développement des cadres institutionnel et réglementaire					
Objectif spécifique	- Redynamiser d'ici fin 2008 le cadre de concertation intrasectorielle de collaboration dans le cadre de la SMNI - Mettre en place d'ici fin 2008 le cadre de concertation multisectorielle de collaboration dans le cadre de la SMNI.	Nombre de cadres de concertation fonctionnels	Nombre de réunions des différentes instances	Comptes rendus de réunion des différentes instances	
Domaine 2 : Mobilisations de ressources financières					
Objectif spécifique	***Accroître de 80% les ressources financières allouées aux programmes relatifs à la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant***	% de ressources financières allouées aux programmes relatifs à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant par rapport au budget du ministère de la santé	- Budget du ministère de la santé (DAGE)	-Rapport d'exécution financière	Non engagement du gouvernement à augmenter les ressources destinées à la santé Compétition de priorités au sein du Ministère de la santé
Domaine 3 : Renforcement des ressources humaines					
Objectif spécifique	**Accroître d'au moins 80% la disponibilité du personnel en quantité et en qualité pour la mise en œuvre des interventions**	% de personnel qualifié recruté et affecté aux interventions et programmes SMNI	Arrêté ministériel de recrutement Contrats d'embauche Carte sanitaire	Certificats de prise de service	Non atteinte des prévisions du nombre à recruter dues à une faible production de personnel technique Fuite de cerveau Politique de contrôle de la masse salariale (PAS)

Goulots d'étranglement et opportunités des interventions et implications pour les programmes : volet nourrisson et enfant malades

	Intervention	Mesure	Goulots d'étranglement	Opportunités	Défis majeurs
NRS et Enfants	PCIME	% parents connaissant au moins 2 s.de recours imméd	- Insuffisance de communication entre prestataire et client (38,5)	- Existence d'ASC et relais susceptibles de donner les conseils dans la PCIME/C	- Application effective de la PCIME/C
		% enfants malades (diarrhée) recevant plus de liquides + ACont'	- Insuffisance de communication entre prestataire et client	- Existence d'ASC et relais susceptibles de donner les conseils dans la PCIME/C	- Application effective de la PCIME/C
		% enfants avec fièvre ayant reçu un traitement antipaludique (ACT)	- Pas de forme adaptée (sirop) pour enfants ; - Insuffisance d'ASC formes pour la prise en charge ; - Non respect des directives par les ASC	- Disponibilité des ACT a tous les niveaux ; - Disponibilité de financement ; Partenariat solide	- Mettre a disposition cette forme sirop au niveau du pays ; - Rendre fonctionnel les comites de pilotage
		% enfants ayant une diarrhée aigue avec TRO	- Absence de coins TRO Au niveau Structures Sanitaires	- Appui des partenaires ; - Stratégie PCIME / C	- Susciter l'engagement des agents et comites de santé ;
		% enfants ayant une diarrhée aigue sous SRO NF associe Zn		- Existence de SRO NF + Zn ; - Appui des partenaires	- Adapter les manuels de formation et les outils a ces innovations ;
		% pneumonie/ reçu AB % malnutris pris en charge	- Insuffisance d'accessibilité aux structures de santé ; - Premier recours aux tradipraticiens - Non fonctionnalité des UROCREN ; - Insuffisance de formation du personnel	- Prise en charge des IRA au niveau communautaire ; - Partenariat solide - Disponibilité de partenaires pour l'appui ; - Résultats enquête prise en charge des cas de malnutris graves	- Mettre a l'échelle la stratégie de prise en charge des IRA au niveau C - Révision des manuels de formation intégrant la prise en charge de la malnutrit° aigue sévère ; - Engagement de MCD à rendre opérationnel les UROCREN

Bibliographie

DPS/MEF.
Profil démographique et socio-économique du Sénégal, DPS 2005.

HDF UNDP.
Rapport mondial sur le développement humain 2005.

DSR/MSPM
Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006-2015.
DANSE/MSPM.
Plan stratégique de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) 2003-2007.

MEF/République du Sénégal
Enquête Sénégalaise auprès des Ménages 2 (ESAM 2), octobre 2006.

MEF/République du Sénégal
Document Stratégique de Réduction de la pauvreté 2 (DSRP 2) 2006-2010.

MSPM/MEF.
Enquêtes Démographiques et de Santé 4 (EDS 4), 2005.

MSPM 1998.
Plan National de Développement Sanitaire 1998-2008 (PDIS 1998-2003 et 2ème phase 2004-2008).

SNIS/MSPM
Annuaire statistique de la santé 2005

OMS 2006
Rapport sur la santé de la Région africaine.

MSPM.
Cadre des Dépenses Sectoriels à Moyen Terme du secteur santé 2006-2008 (CDSMT santé), juillet 2005.

MPDDCI.
Etude sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, 2004.

MGP-Afrique
INTRAH

Plan National Strategique pour la Survie de l'Enfant
2007 - 2015

Conception graphique Mise en page Mohamed S. Soumaré
Imprimé à Dakar par Polykrom

REPUB LIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un but – Une foi
Ministère de la Santé
et de la Prévention

Plan National Strategique pour la Survie de l'Enfant 2007 - 2015

unicef

Orga ı ı ı le de la Santé

UNFPA

USAID | SENEGAL

UNFPA